
Rio de Janeiro, 25 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 26 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 08 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 15 de Março de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovação de ato declaratório não enviado(a), não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 31 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

Data do Acidente: 18/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ENOS PESSOA LIRA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

NR do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 826.275.333-04 Nome completo da vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENES

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

Nome completo: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENES CPF: 826.275.333-04
Profissão: AGRICULTOR Endereço: POUCADO ASSENZAMENTO SÃO JOSÉ Número: S/Nº Complemento: DT TRAIUA
Bairro: ZONA RURAL Cidade: CRATEÚS Estado: CEARÁ CEP: 63.700-000
E-mail: _____ Tel. (DDD): 181.90968-0286

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

RENTA 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: CAIXA ECONOMICA FEDERAL

AGÊNCIA: CONTA:

AGÊNCIA: 0747 CONTA: 25.961

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) ☐ Divorçado ☐ 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 provar em 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.

Local e Data: CRATEÚS - CE, 20.02.2019.
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Joachim Junior de Castro Meneses
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

(*) 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.

DECLARAÇÃO

A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS pessoa jurídica de direito privado, entidade filantrópica de assistência social e à saúde, com fins não lucrativos, com sede na Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, Centro, CEP 63.700-000, Crateús/CE, regularmente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 60.975.737/0076-79, neste ato representado legal abaixo assinado, **DECLARA**, para os devidos fins, que o paciente **JOAQUIM JÚNIOR CASTRO MENESES (Prontuário 39586)**, CPF Nº 826275333-04, foi atendido nesta unidade hospitalar (Hospital São Lucas) às 22:37h do dia 18/11/2018, referindo haver sofrido acidente de trânsito.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo de declaração.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS
CNPJ Nº 60.975.737/0076-79.


Dr. João Victor Leite Melo
CREMEC 15492
MÉDICO
CIRURGIÃO GERAL

Dr. João Victor Leite Melo
Diretor Técnico



DECLARAÇÃO

A **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS** pessoa jurídica de direito privado, entidade filantrópica de assistência social e à saúde, com fins não lucrativos, com sede na Rua Ubaldino Souto Major, 1052, Centro, CEP 63.700-000, Crateús/CE, regularmente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 60.975.737/0076-79, neste ato representado legal abaixo assinado, **DECLARA**, para os devidos fins, que o paciente **JOAQUIM JÚNIOR CASTRO MENESES (Prontuário 39586)**, CPF Nº 826275333-04, foi atendido nesta unidade hospitalar (Hospital São Lucas) às 22:37h do dia 18/11/2018, referindo haver sofrido acidente de trânsito.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo de declaração.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS
CNPJ Nº 60.975.737/0076-79.

Dr. João Victor Mielo
CREMEC 15492
MÉDICO
CIRURGIÃO GERAL

Dr. João Victor Leitão Melo
Diretor Técnico





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 558507399

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 80135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 34 038002 02 049800

Medidor

Poste

Nome JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

9226494

0000 0

Endereço Postal

Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

7127000

DV 0

VENCIMENTO

18/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

60,88

End. da Unidade Consumidora PV ASSENTAMENTO SAO JOSE 00000 IRAPUA CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 826.275.333-04

CGF

Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☐ Constante ☐ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☐ Consumo Faturado

FP 22098

21959

1

139

0

139

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

139

0,36315

50,47

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,17

MULTA MORATORIA

1,04

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT

9,20

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

18/01/2019

18/02/2019

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7D85.D7C5.7B8E.F57E.A78C.2D2D.A1C8.A907

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	26,20
TRANSMISSÃO	2,79
DISTRIBUIÇÃO	14,93
ENCARGOS SETORIAIS	4,00
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,55

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

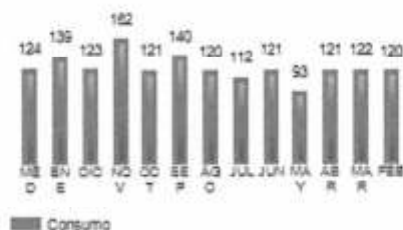
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 27,14

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Annual	Mensal	Trim.	Annual
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)

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

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

7127000-0

Nº da Nota Fiscal: 558507399

Total a Pagar (R\$): 60,88

Data de Emissão:

20/02/2019

Referência: JAN/2019

Nº de Controle: 0007127000 00039 4340 2 82

83810000000-0 60880031000-8 00071270000-5 00394340230-6

22 FEV. 2019





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 551940730

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 2002Esta é a segunda via de
DEZ/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
8481927 DV **8**VENCIMENTO
10/01/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
37,14

Rota 01 038000 01 0482600

Medidor

Poste

Nome IRISMAR PESSOA PEDROSA LIRA

1493290

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU ZACARIAS CARLOS DE MELO 00584 SAO VICENTE CRATEUS
63700000

RG / CPF / CNPJ 478.864.553-04

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 8142 8090 1 52 0 52

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA CONSUMO

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

52 0,69771 36,28

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

04/12/2018

02/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2137.861B.2CE6.833C.D379.51F2.77A3.EA31

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
36,28 27% 9,79

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 14,26
TRANSMISSÃO 1,52
DISTRIBUIÇÃO 8,12
ENCARGOS SETORIAIS 2,18
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 10,20OUTROS PAGAMENTOS
Multa Moratória

0,86

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

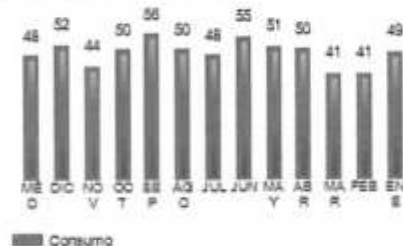
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,97

Conjunto CRATEUS

Mês OUT/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Annual	Mensal	Trim.	Annual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,20			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

8481927-8

N° da Nota Fiscal: 551940730

Total a Pagar (R\$): 37,14

Data de Emissão:

02/01/2019

Referência: DEZ/2018

N° de Controle: 0008481927 00017 4320 2 70

83860000000-0 37140031000-5 00084819270-2 00174320253-6



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

22 FEV. 2019

09 JAN. 2019

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h) Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, FRANCISCO DEUSIMAR FERREIRA DA PONTE, RG nº 134295-1-0, data de expedição 28/12/2015, Órgão POLICIA MILITAR-CE, portador do CPF nº 798.595.263-20, com domicílio na cidade de CRATEÚS, no Estado de CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) RUA CAPITÃO CASTRO, nº 1176, complemento VENANCIOS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES, cujo o condutor era JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES.

Veículo: MOTOCICLO Modelo: HONDA/NXR 160cc BROS ESD Ano: 2015/2015

Placa: PMD 1526-CRATEÚS/CE Chassi: 9C2KD0800FR026448

Data do Acidente: 18/11/2018

Local e Data: CRATEUS-CE, 30 DE JANEIRO DE 2019



FRANCISCO DEUSIMAR F. DA PONTE

Assinatura do Declarante

Joachim Junior de Castro Menezes

Assinatura do Condutor

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

CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Paulene Cândido Oliveira Costa
Escritório Autenticado
MOTL
854761



Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade
Francisco Deusimar Ferreira da Ponte
Doc. nº: CRATEUS-CE
30 JAN 2019
Em Teste de Verdade
☒ Sr.ª Bránnia Barreto Cavalcante
☒ Junior Pimentel Ferreira
☒ Soraya Barreto Cavalcante
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

22 FEV. 2019

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586	Atendimento 0012	Nome do Paciente JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES	CNS 700102909339819	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 826.275.333-04		Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 30/01/1974	Local CRATEUS/CE	Idade 44 Ano(s)		
Pai JOAQUIM DE MELO MENESES		Mãe ANTONIA CASTRO DE MENESES		
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN	Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjugue MARIA DO SOCORRO TELES		
Responsável MARIA DO SOCORRO TELES	CPF do Responsável	Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 18/11/2018	Hora 22:37	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO JEAN ANDRE DA SILVA		CRM/UF 18383/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente		Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação 18/11/2018 23:12	Tipo de Saída Alta		

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		36,1	44	20	140 X 80	97	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE	Data e Hora: 18/11/2018 22:41
Responsável pela Classificação: JEFERSON ALVES VIAN	
Relatório: PACIENTE RELATA TRAUMA E EDEMA NA MÃO ESQUERDA.	

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

18/11/2018 23:12:17h Responsável: ANTONIO JEAN ANDRE DA SILVA CRM-CE 18383

PCT, 44 ANOS, NEGA ALERGIAS

COMORBIDADES: NEGA

EM USO DE: NEGA

REFERE QUADRO DE: TRAUMA EM MÃO ESQUERDA HÁ CERCA DE 1 HORA.

EF: EDEMA IMPORTANTE EM MÃO ESQUERDA

CD:

1- VOLTAREM 75 MG, IM

2- RX DE MÃO ESQUERDA (AP/OBLÍQUO) OK 23:27

→ Presença de fratura fechada
→ Solicito Análise de

Antonio Jean Andre da Silva
Téc. Enfermagem
CRM-CE: 969702

Dr. Thyago Vieira
MÉDICO
CREMEC 18481

ANTONIO JEAN ANDRE DA SILVA - CRM: 18383

22 FEV. 2019

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586 Atendimento 0014 Nome do Paciente JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES

CNS 700102909339819

Guia de Autorização

Documento(s) CPF: 826 275.333-04

Estado Civil Casado(a)

Sexo Masculino

Data de Nascimento 30/01/1974

Local CRATEUS/CE

Idade 44 Ano(s)

Pai JOAQUIM DE MELO MENESES

Mãe ANTONIA CASTRO DE MENESES

Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Bairro ZONA RURAL

CEP 63700-000

Município CRATEUS

UF CE Telefone 88 92087774

Profissão AGRICULTOR

Cônjuge MARIA DO SOCORRO TELES

Responsável MARIA DO SOCORRO TELES

CPF do Responsável Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/11/2018 Hora 09:58 Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente

Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação

Sala Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 83,000 Altura (cm) T (°C) 36,6 P (bpm) 52 R (mpm) 21 PA (mmHg) 110 X 70 Oximetria (%) 98 Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 19/11/2018 10:22

Responsável pela Classificação: PATRICIA ROSA DE AN

Relatório:

PACIENTE COMPARECE AO ATENDIMENTO PARA REALIZAR RAO X DE CONTROLE.

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

T reme mo (E)
u ede (+ + + / + +)
R mo (E)
10 harte de 20/30/40/50?
metarpo

lura gessade
englobando dedo

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES

22 FEV. 2019



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586 Atendimento 0015 Nome do Paciente JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES
Documento(s) CPF: 826.275.333-04 Local CRATEUS/CE
Data de Nascimento 30/01/1974
Pai JOAQUIM DE MELO MENESES Mãe ANTONIA CASTRO DE MENESES
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN Bairro ZONA RURAL CEP 63700-000 Município CRATEUS
Profissão AGRICULTOR Empresa Conjuge MARIA DO SOCORRO TELES
Responsável MARIA DO SOCORRO TELES CPF do Responsável Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN Município CRATEUS UF CE
CNS 700102909339819 Guia de Autorização
Estado Civil Casado(a) Sexo Masculino Idade 44 Ano(s)
UF Telefone CE 88 92087774

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/11/2018 Hora 08:32 Convênio SUS
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM/UF 6945/CE Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente Funcionário MONALIZA LOPES CLAUDINO

Observação

Sala Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 83,000 Altura (cm) T (°C) 35 P (bpm) 61 R (mpm) 20 PA (mmHg) 150 X 100 Oximetria (%) 98 Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 29/11/2018 10:26

Responsável pela Classificação: LILIAN BATISTA COST

Relatório:

PACIENTE RETORNA PARA REAVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA.

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

*Uma fratura
do meio
no meio AP e H*

Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopedia
CRM: 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Joaquim Junior
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES

22 FEV. 2019



CAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 30/11/2018 09:52

Página 1
v2018/02

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586 Atendimento 0017 Nome do Paciente JOAQUIM JUNIOR CASTRO ME:IESES

CNS 700102909339819

Guia de Autorização

Documento(s) CPF: 826 275 333-04

Estado Civil Casado(a)

Sexo Masculino

Data do Nascimento 30/01/1974

Local CRATEUS/CE

Idade 44 Ano(s)

Pai JOAQUIM DE MELO MENESES

Mãe ANTONIA CASTRO DE MENESES

Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Bairro ZONA RURAL

CEP 63700-000

Município CRATEUS

UF CE Telefone 88 92087774

Profissão AGRICULTOR

Empresa

Cônjuge MARIA DO SOCORRO TELES

Responsável MARIA DO SOCORRO TELES

CPF do Responsável

Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/11/2018 Hora 09:41 Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional do Atendimento JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR

CRM/UF 6029/CE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Indicador de Acidente

Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA

Observação

Sala

Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs.

Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 80.000 Altura (cm) T (°C) 36 P (bpm) 62 R (mpm) 20 PA (mmHg) 132 X 84 Oximetria (%): 98 Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 30/11/2018 09:51

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente com trauma em MSE na mão , ha 13 dias , para retorno medico hoje

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

*uma fratura
do antebraço
na mão direita*

na mão direita

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM: 6029

X Joaquim Junior
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES

22 FEV. 2019

DADOS DO PACIENTE

Nome: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES
Nascimento: 30/01/1974 Local: CRATEUS País Nacionalidade: Brasil
Sexo: Masculino Raça/Cor: Parda Etnia: Estado Civil: Casado(a) Religião: NÃO DETERMINADA
Documento(s): CPF: 826.275.333-04 CNS: 70.0102.909.3398-19
Endereço: CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE Nº: SN Bairro: ZONA RURAL Município: CRATEUS-CE CEP: 63700-000
Fone: (88) 9208-7774 Profissão: AGRICULTOR Empresa: CPF do Responsável: Fone Empresa: Fone Responsável:
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES
Endereço Responsável: ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN CASA
Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES Cônjuge: MARIA DO SOCORRO TELES
Pai: JOAQUIM DE MELO MENESES

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora: 30/11/2018 12:48 Quarto/Leito: 006-0001 Aposento: ENFERMARIA
Convênio: SUS Matricula: Clínica: CIRURGICA Sotor: CLINICA CIRURGICA
Medico: JAMIL SANCHES JORQUEIRA Autorização: Dias: 0 Guia: CRM: 6945
CID Principal: CID Complementar: Sisprenatal:
Observação: 12880031488
Usuário: MARIA APARECIDA SOARES XIMENES Procedimento SUS: Usuário Saída:
Data Saída: Hora: Condição da Saída:

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 30 de novembro de 2018.

22 FEV. 2019

Assinatura do paciente

Responsável pela impressão: MARIA APARECIDA SOARES XIMENES

Joaquim Junior
Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÂO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

S. BSC

2 - CDES

024811973

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

J. R. SL

4 - CDES

0248110AB

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

89586

Paciente: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES

Prontuário: 039586 Convênio: SUS

Data Nascimento: 30/01/1974

Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES

Município: CRATEUS-CE

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/01/74

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

3

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CE 63700000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

51 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

22 FEV. 2019

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário		
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020		
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTÔNIA CASTRO DE MENESES			
Data Internação	Aposento	Quarto/Leto			
08/12/2018	ENFERMARIA	007/0001			
Profissional Responsável			CRM		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945		
Convênio	Setor	Especialidade			
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 10:00:00

REALIZADO ITEM 4

Maria Soraia N. Barbosa

 RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA N. BARBOSA - COREN-CE 1040498
 COREN-CE: 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 10:56:15

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR POR MELHORA. ENTREGUE AVISO DE ALTA+RECEITA MEDICAS E ATESTADO.

Maria Soraia N. Barbosa
Tec. de Enfermagem

 RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA N. BARBOSA - COREN-CE 1040498
 COREN-CE: 1040498

x joaquim junior de castro Menezes

22 FEV. 2019

Resumo/Sumário de alta

Paciente: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES	Prontuário: 039586
Data de Nascimento: 30/01/1974	Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES
Idade: 44 Ano(s)	Convênio: SUS
Setor: CLINICA CIRURGICA	Data da Internação: 08/12/2018
Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	Leito: 007 - 0001
Diagnóstico Principal:	CRM: 6945
Data: 11/12/2018	Hora: 09:23

Motivo da Internação:

FRTURA LUXAÇÃO DOS OSSOS DO CARPO

Conduta / Tratamento Realizado:

REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO

Exames Realizados:

RX DA MÃO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Joaquim Junior de Castro Menezes
Assinatura Paciente/Responsável

22 FEV. 2019

Prescrição: 0003

Paciente: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES

Prontuário: 039586/0020

Data de Nascimento: 30/01/1974

Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES

Sexo: Masculino

Data: 10/12/2018

Aposento: ENFERMARIA

Quarto/Leito: 007/0001

Hora: 09:19

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

CRM: 6945

Convênio: SUS

Setor: CLINICA CIRURGICA

Data de Internação: 08/12/2018

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. DIETA GERAL				Atencioso
02. SOLUÇÃO RINGER C/LACTATO 500ML 1000ML m.f		E.V.		
03. CEFAZOLINA 1G +10ML DE AD	1g	E.V.	08/08 H	14V 22V 06V
04. DAPIRONA 1G +08ML DE AD	1g	E.V.	08/06 H	16V 22V 04V 10V
05. CETOPROFENO 100MG IV +100ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9%	100mg	E.V.	12/12 H	16V 04V
05. TRAMADOL 100MG/ML AMP +100ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9% SE DOR	100mg	E.V.	08/08 H	5V - 04V
07. BROMOPRIDA 10 MG (AMP) +18ML DE AD SE VÔMITOS E NAUSEAS	10mg	E.V.	S/N	5V
08. SSVV + CCGG			06/06 H	11V 17V 23V 05V

A - Alergênico

I - Alta Vigilância

Evolução Clínica:

PACIENTE EVOLUINDO COM DOR NO MOMENTO.

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Oft. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Lilian Batista C. Leitão
ENFERMEIRA
COREN/CE 542175

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: João Junior Castro Mendes DATA: 10/12/18
 PRONTUÁRIO: _____ LEITO: 7.1 DATA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____
 MÉDICO: _____ CONVÊNIO: _____ UNIDADE/SETOR: CCT
 MOTIVO DA INTERNAÇÃO: _____

CONTROLES

Hora	PA	FC	T	FR	SpO ₂	Glicemia	Diurese	Evacuações	Êmese	DT	DS
11:00	130x80	76	36,4	20	97	-	+	+			
17:00	140x80	46	37,1	21	97	-	+	+			
23:00	130x80	92	36,2	20	98						
07:00	140x80	72	36,6	20	98						

Cleirilene Souza Torres
 Tec. de Enfermagem
 COREN/CE: 756232

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

Hora	Via Oral	SNG	SNE	CVC	CH	TOT	SNG	SNE	SVD	Traqueostomia
11:00	General	-	-	-	-	-	-	-	-	-
17:00	General	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Cleirilene Souza Torres
 Tec. de Enfermagem
 COREN/CE: 756232

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado/Realizado

Entregue

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO			
		() Abocath nº _____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº _____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº _____	() extensor	() tree way	() curativo transparente

TRANSFUSÕES SANGÜÍNEAS

DATA/HORA DO INÍCIO	RESPONSÁVEL	DATA/HORA DO TÉRMINO	RESPONSÁVEL

22 FEV. 2019

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

[illegible]

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESES	
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito
08/12/2018	ENFERMARIA		007/0001
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Sector	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 10:00:00

REALIZADO ITEM 04 CONFORME PRESCRITO.

Cleurlene Souza Torres
Téc. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 11:00:00

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA. EM 1º PO DE PROCEDIMENTO EM MÃO "D". COM CUREATIVO NO LOCAL. REFERE DISCRETA ALGIA JA MEDICADO. ACEITA A DIETA OFERTADA, COM ACESSO VALIDO. ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.
PA: 120X70 MMHG P: 76 BPM R: 20 RPM T: 36.4°C SPO2: 97%

Cleurlene Souza Torres
Téc. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 16:00:00

REALIZADO ITENS 04/05 CONFORME PRESCRITO.

Cleurlene Souza Torres
Téc. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 17:00:00

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA. AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOTENSO, NORMOCARDICO, NORMOSATURANDO EM AR AMBIENTE. EM PO DE PROCEDIMENTO EM MSE. COM TALA NO LOCAL. REFERE DISCRETA ALGIA NO LOCAL. JA MEDICADO. ACEITA A DIETA OFERTADA, COM ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.
PA: 140X80 MMHG P: 46 BPM R: 21 RPM T: 37.1°C SPO2: 97%

Cleurlene Souza Torres
Téc. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

22 FEV. 2019

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESES	
Data Internação	Aposento		
08/12/2018	ENFERMARIA		
Profissional Responsável			Quarto/Leito
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			007/0001
Convênio	Setor	Especialidade	CRM
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	6945

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 21:17:41

PACIENTE CONCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA, ACEITA DIETA OFERTADA, EM PO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO DE OSTEOSINTESE EM MÃO ESQUERDA IMOBILIZADO POR TALA GESSADA, REFERE DISCRETA ALGIA LOCAL, SEM OUTRAS QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

RESPONSÁVEL: JESSICA KELLY SILVA S. Lima

Jessica Kelly S. Lima
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 22:00:54

REALIZADO ITEM 03,04,

RESPONSÁVEL: JESSICA KELLY SILVA S. Lima

Jessica Kelly S. Lima
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 02:03:59

realizado item 06 paciente refere algia intensa

RESPONSÁVEL: JESSICA KELLY SILVA S. Lima

Jessica Kelly S. Lima
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 04:00:08

realizado item 04,05

RESPONSÁVEL: JESSICA KELLY SILVA S. Lima

Jessica Kelly S. Lima
TÉC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 11/12/2018 06:00:48

realizado item 03

22 FEV. 2019



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESES	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
08/12/2018	ENFERMARIA	007/0001	
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Setor	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

RESPONSÁVEL: JESSICA KELLY S. LIMA

Jessica Kelly S. Lima
TEC. EM ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

22 FEV. 2019

Prescrição: 0002	Paciente: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES	Prontuário: 039586/0020
Data de Nascimento: 30/01/1974	Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES	Sexo: Masculino
Data: 09/12/2018	Aposento: ENFERMARIA	Quarto/Leito: 007/0001
Hora: 12:42	Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM: 6945
Convênio: SUS	Setor: CLINICA CIRURGICA	Data de Internação: 08/12/2018

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Apazamento
01. DIETA GERAL				✓
02. SOLUCAO RINGER C/LACTATO 500ML 1000ML		E.V.		16 MF 04 MF
03. CEFAZOLINA 1G +10ML DE AD	1g	E.V.	08/08 H	14✓ 22✓ 06✓
04. DAPIRONA 1G +08ML DE AD	1g	E.V.	08/06 H	16✓ 22✓ 04✓ 10✓
05. CETOPROFENO 100MG IV +100ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9%	100mg	E.V.	12/12 H	16✓ 04✓
① 06. TRAMADOL 100MG/ML AMP +100ML DE SORO FISIOLÓGICO 0,9% SE DOR	100mg	E.V.	08/08 H	✓
07. BROMOPRIDA 10 MG (AMP) +18ML DE AD SE VOMITOS E NAUSEAS	10mg	E.V.	S/N	✓
08. SSVV + CCGG			06/06 H	11✓ 17✓ 23✓ 05✓

⚠ - Alergênico ⓘ - Alta Vigilância

Ilene Soares Rosa
ENFERMEIRA
COREN-CE 588365

Evolução Clínica:

DIETA LIVRE APÓS AS 15:00 HS

RX DA MÃO EM AP E P SEM TALA

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

22 FEV. 2019

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO

Paciente: JORQUIM JUNIOR CASTRO MENESES
 Prontuário: 039586 Convênio: SUS
 Data Nascimento: 30/01/1974
 Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES
 Município: CRATEUS-CE

HISTÓRIO DE ENFERMAGEM

NOME:

DATA: 09/02/18

PRONTUÁRIO:

LEITO: 7. L

DATA DA INTERNAÇÃO: 1-1-18

MÉDICO:

CONVÊNIO: —

UNIDADE/SETOR: C.C.T

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

CONTROLES

Hora	PA	FC	T	FR	SpO ₂	Glicemia	Diurese	Evacuações	Êmese	DT	DS
12:00	130x80	78	36.6	21	97%						
23:00	130x80	84	36.0	21	99.6%						
05:00	120x80	76	36.2	20	98.7%						

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

Hora	Via Oral	SNG	SNE	CVC	CH	TOT	SNG	SNE	SVD	Traqueostomia
12:40	Genal									
17:00	Genal									

EXAMES (Laboratório / imagem)

Coletado/Realizado

Entregue

	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO			
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente

TRANSFUSÕES SANGÜÍNEAS

DATA/HORA DO INÍCIO	RESPONSÁVEL	DATA/HORA DO TÉRMINO	RESPONSÁVEL
			22 FEV. 2019

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Diurese Total; DS = Diurese Supra; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoenterica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter Hebra; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vaginal; Traqueostomia = Traqueostomia.

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
OAGUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
07/01/1974	44 Anos	ANTONIA CASTRO DE MENESES		
Data Internação	Aposento	Quarto/Leto		
18/12/2018	ENFERMARIA	007/0001		
Profissional Responsável			CRM	
AMIL SANCHES JORQUEIRA			6945	
Convênio	Sector	Especialidade		
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA		

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 08:47:27

paciente encaminhado ao cc de cadeira de rodas.

Maria Soraia N. Barbosa

Téc. de Enfermagem

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498
COREN/CE: 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 10:00:00

NÃO REALIZADO MEDICAÇÃO DO ITEM 4, PACIENTE ENCONTRAVA-SE NO CC.

Maria Soraia N. Barbosa

Téc. de Enfermagem

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498
COREN/CE: 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 11:00:00

REALIZADO ITEM 8

Maria Soraia N. Barbosa

Téc. de Enfermagem

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498
COREN/CE: 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 13:14:58

PACIENTE RETORNA DO CC APOS REALIZAÇÃO DE OSTEOSINTESE DE MAO ESQUERDA, COM CURATIVO COMPRESIVO NO LOCAL, O MESMO CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA, ACEITA A DIETA OFERTADA, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Maria Soraia N. Barbosa

Téc. de Enfermagem

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498
COREN/CE: 1040498

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 14:00:00

22 FEV. 2019

REALIZADO ITEM 3

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
OACQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
0/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESES		
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito		
8/12/2018	ENFERMARIA	007/0001		
Profissional Responsável			CRM	
AMIL SANCHES JORQUEIRA			6945	
Setor		Especialidade		
CLINICA CIRURGICA		CIRURGICA		

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 16:00:00

REALIZADO ITENS 4 E 5

Maria Soraia N. Barbosa

Loc. de Enfermagem

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 17:00:00

PACIENTE CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EM REPOUSO NO LEITO, EM POI DE OSTEOSSINTESE EM MÃO ESQUERDA. AGUARDA RX DE CONTROLE. SEM QUEIXAS ALGICAS OU OUTRAS. COM AVP VALIDO E FUNCIONANTE. ACEITA DIETA E MEDICAÇÕES OFERTADAS. NORMOTENSO, NORMOCARDICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOSATURANDO EM O2 AMBIENTE. SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DA ENFERMAGEM.

SSVV:PA:130X90 FC:78 T:36.6 FR:21 SPO2:97%

Maria Soraia N. Barbosa

Loc. de Enfermagem

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498

22 FEV. 2019

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário		
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020		
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
30/01/1974	44 Anos	ANTONIA CASTRO DE MENESES			
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito			
08/12/2018	ENFERMARIA	007/0001			
Profissional Responsável			CRM		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945		
Convênio	Setor	Especialidade			
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 22:00:00

REALIZADAS MEDICAÇÕES DOS ITENS: 03 E 04.

Aline Rodrigues de Almeida
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1148.161

RESPONSÁVEL: TE: ALINE RODRIGUES DE ALMEIDA - COREN-CE 1148161

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 23:00:00

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA, DEAMBULA E NO MOMENTO NÃO REFERE NENHUMA QUEIXA-ALGICA OU OUTRAS. PACIENTE EM PO: DE OSTEOSSINTESE EM MÃO, NA MÃO. COM CURATIVO COMPREENSIVO NO LOCAL. ACEITA A DIETA HOSPITALAR, COM ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS GERAIS DE ENFERMAGEM.

SSVV: PA: 130X70 FC: 84 T: 38,0 FR: 21. SPO₂: 99%

Aline Rodrigues de Almeida
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1148.161

RESPONSÁVEL: TE: ALINE RODRIGUES DE ALMEIDA - COREN-CE 1148161

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 04:00:00

REALIZADA MEDICAÇÃO DO ITEM: 04 e 05.

Aline Rodrigues de Almeida
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1148.161

RESPONSÁVEL: TE: ALINE RODRIGUES DE ALMEIDA - COREN-CE 1148161

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 10/12/2018 06:00:00

REALIZADA MEDICAÇÃO DO ITEM: 03.

Aline Rodrigues de Almeida
TÉC. DE ENFERMAGEM
COREN/CE 1148.161

RESPONSÁVEL: TE: ALINE RODRIGUES DE ALMEIDA - COREN-CE 1148161

22 FEV. 2019

Sistematização da Assistência de Enfermagem

Prescrição: 0001

Data de Nascimento: 30/01/1974

Data: 08/12/2018

Hora: 17:27

Convênio: SUS

Paciente: JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES

Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: LILIAN BATISTA COSTA LEITAO

Setor: CLINICA CIRURGICA

Prontuário: 039586/0020

Sexo: Masculino

Quarto/Leito: 007/0001

COREN: 542175

Data de internação: 08/12/2018

CBO: ENFERMEIRO EM GERAL

Prescrição de Enfermagem**Frequência****Aprazamento****Evolução**

PACIENTE J.J.C.M. 44 ANOS, ADMITIDA NA CLÍNICA CIRÚRGICA TRAUMATOLÓGICA, APRESENTANDO HD DE TRAUMA EM MSE. NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSA. REFERE DOR E EDEMA EM MSD. SEGUE CONSCIENTE, ORIENTADA, FÁSICA, NORMOCORADA, COOPERATIVA, DEAMBULANDO SEM AUXÍLIO, AFEBRIL (36°C), NORMOCÁRDICA (86 BPM), HIPERTENSA (150X 100 MMHG), EUPNEICA (20 RPM), NORMOSATURANDO (97%). AO EXAME FÍSICO: CABEÇA E COURO SEM ANORMALIDADES, OLHOS ISOCÓRICOS, NORMOCORADOS E FOTORREAGENTES; NARIZ, BOCA E OUVIDOS ÍNTEGROS, GÂNGLIOS CERVICAIS NÃO PALPÁVEIS. TÓRAX SIMÉTRICO, AP: MV+, SEM ANORMALIDADES, AC: BNF 2T. ABDOME SEMI GLOBOSO, FLÁCIDO, INDOLOR À PALPAÇÃO, TIMPÂNICO À PERCUSSÃO. AVP EM MSD, SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. MMII SEM EDEMA E LESÃO. ACEITA DIETA POR VIA ORAL. SONO E REPOUSO SATISFATÓRIO. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES E ESPONTÂNEAS. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Lilian Batista Costa Leitao
ENFERMEIRA
COREN/CE 542175

RESPONSÁVEL: ENF: LILIAN BATISTA COSTA LEITAO - COREN-CE 542175

22 FEV. 2019

Hospital São Lucas

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ADMINIST

Paciente: JORQUIA JUNIOR CASTRO MENESSES
 Prontuário: 039586
 Data Nascimento: 30/01/1974
 Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESSES
 Município: CRATEUS-CE

PACIENT
 NOME DA

SETOR: C. C. T. LEITO: 7.1 CONVÊNIO: — DATA: 08/12/18.

	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO
01	OK!	
02	08/12	
03	o fto em apazamento	
04	o fto em apazamento	16v 22v 04v 04v (10)
05	o fto em apazamento	
06	o fto em apazamento	16v 04v
07	o fto em apazamento	11v 22v 05v
08		
09		
10	14v	
11	14v	
12	14v	
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		


Rafael Camelo Soares
 Enfermeiro
 COREN-CE 413755

Evolução Médica:

Do fto em apazamento
 do fto em apazamento

Assinatura e Carimbo

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CARLOS

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Joaquim Junior O. MenesesDATA: 08/12/18PRONTUÁRIO: 39586LEITO: 7.1DATA DA INTERNAÇÃO 08/12/18MÉDICO: Dr. JamelCONVÊNIO: SUSUNIDADE/SETOR: C.C.T

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

CONTROLES

Hora	PA	FC	T	FR	SpO ₂	Glicemia	Diurese	Evacuações	Êmese	DT	DS
13:40	50x100	86	36	20	97	—	+	+	—	—	—
17:00	130x80	98	35.8	19	97	—	+	+	—	—	—
23:00	130x80	92	35.1	20	96	—	+	+	—	—	—

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

Hora	Via Oral	SNG	SNE	CVC	CH	TOT	SNG	SNE	SVD	Traqueostomo
13:40	líquido									
17:00	búfere									

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado/Realizado

Entregue

	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO			
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente

TRANSFUSÕES SANGÜÍNEAS

DATA/HORA DO INÍCIO	RESPONSÁVEL	DATA/HORA DO TÉRMINO	RESPONSÁVEL

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucedor; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tutel Orotraqueal; SVD = Sonda Vascular de Demora

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário		
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020		
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESES			
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito			
08/12/2018	ENFERMARIA	007/0001			
Profissional Responsável:			CRM		
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945		
Convênio	Setor	Especialidade			
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA			

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 22:00:06

REALIZADO ITEM 04 CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

RESPONSÁVEL: TE: MARIA SOARES DA SILVA - COREN-CE 1286213
TE: DE ENFERMAGEM
COREN-CE 1286213

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 23:19:18

PACIENTE EM REPOUSO NO LEITO CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO, EUPNEICO, EM O² AMBIENTE, AFEBRIL, NORMOCORADO, NORMOCARDICO, NORMOTENSO, NORMOSATURANDO. PCT AGURDA REALIZAR PROCEDIMENTO TRAUMATOLOGICO EM MSE, COM AVP EM MSE FUNCIONANTE,SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO, ACEITA BEM A DIETA E MEDICAÇÕES OFERECIDAS, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE, SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

RESPONSÁVEL: TE: MARIA SOARES DA SILVA - COREN-CE 1286213
TE: DE ENFERMAGEM
COREN-CE 1286213



Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESES	
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito	
08/12/2018	ENFERMARIA	007/0001	
Profissional Responsável			CRM
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			6945
Convênio	Sector	Especialidade	
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 13:52:21

PACIENTE ADMITIDA NESTA UNIDADE DA CLINICA CIRURGICA. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALZIA, DEAMBULA. AFEBRIL, EUPNEICO, HIPERTENSO, ORMOSATURANDO EM AR AMBIENTE, VITIMA DE QUEDA DE MOTO A MAIS OU MENOS 20 DIAS. APRESENTA TRAUMA EM MÃO "D". NEGA QUEIXAS, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA, NEGA COMORBIDADES. ACEITA A DIETA OFERTADA, COM ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. COM CHECK LIST + TERMO DE CONCENTIMENTO ANEXADOS AO PRONTUÁRIO. PA: 150X100 MMHG P: 86 BPM R: 20 RPM T: 36°C SPO2: 97%

Cleurlene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 16:00:00

REALIADO ACESSO VENOSO. EM MSD. GELCO 20.
FEITO ITENS 03/04/05 CONORME PRESCRITO.

Cleurlene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 08/12/2018 17:00:00

PA: 120X80 MMHG P: 98 BPM R: 19 RPM T: 35.8°C SPO2: 97%

Cleurlene Souza Torres
Tec. de Enfermagem
COREN/CE: 756232

RESPONSÁVEL: TE: CLEURILENE SOUZA TORRES - COREN-CE 756232

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente			Prontuário	
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES			039586/0020	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		
30/01/1974	44 Ano(s)	ANTONIA CASTRO DE MENESES		
Data Internação	Aposento	Quarto/Leito		
08/12/2018	ENFERMARIA	007/0001		
Profissional Responsável			CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA			0048 0070	
Convênio		Setor	Especialidade	
SUS		CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA	

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM
ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/12/2018 08:47:27

paciente encaminhado ao cc de cadeira de rodas.

Maria Soraia N. Barbosa
Téc. de Ensf.
COREN/CE 1040498

RESPONSÁVEL: MARIA SORAIA NEPOMUCENO BARBOSA - COREN-CE 1040498



**Ministério da Fazenda
Receita Federal**

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
914.345.303-10

Nome
ENOS PESSOA LIRA

Nascimento
18/02/1978

CÓDIGO DE CONTROLE
1770.F9F0.A132.F580



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 18:38:54 do dia 07/11/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007019026584 DATA DE EMISSÃO 25/4/2007

NOME ENOS PESSOA LIRA

FILIAÇÃO JOSE TEIXEIRA LIRA E IRISMAR PESSOA PEDROSA LIRA

NATURALIDADE CRATEUS-CE DATA DE NASCIMENTO 18/2/1978

DOC ORIGEM CERT. NASC. 3204 L A 04 F

151 CRATEUS CE

CPF

PORTALEZA CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

22 FEV. 2019

LIBIA CORRETORA DE SEG.

09 JAN. 2019

AM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012411305178

DETRAN - CE

38626450186

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

EDIL

012411305178

VIA

COD. RENAVAM

RNTRC

01

1046718824

0000000000

NOME/ENDEREÇO

FRANCISCO DEUSIMAR FERREIRA DA PONTE
R CAP CASTRO, 01176
- VENANCIOS
63700000 - CRATEUS/CE

CPF/CNPJ

79859526320

PLACA

PMD1526

NOME ANTERIOR

MARIA KAROENNE DE SOUSA JERONIMO

PLACA ANT./UF

*****/CE

CHASSI

9C2KD0800FR026448

ESPÉCIE TIPO

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL

GASOL/ALCO

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESD

ANO FAB.

2015

ANO MOD.

2015

CAP/POT/CL

2P/0CV/162CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

BRANCA

OBSERVAÇÕES

MOTOR: KD08EQF026448

CRATEUS

LOCAL

Igor Ponte

SECRETÁRIO GERAL



DATA

30/06/2016

DETRAN-CE

22 FEV. 2019

SINISTRO 3190166752

VÍTIMA JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

COBERTURA Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**

BENEFICIÁRIO JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF/CNPJ: 82627533304

CARTA DE ESCLARECIMENTOS

**EU JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES, CPF: 826.275.333-04 FUI
SURPREENDIDO POR UMA PENDENCIA NO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO AO
SER SOLICITADO DE MINHA PESSOA QUE FOSSE ENVIADO COMPROVAÇÃO DE
ATO DECLARATÓRIO.**

**OCORRE SR(A) ANALISTA QUE JÁ ENVIEI REFERIDA DOCUMENTAÇÃO POR
OCASIÃO DA ABERTURA DO MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, SEJA, UMA
DECLARAÇÃO EMITIDA PELO PROPRIO HOSPITAL DANDO CONTA QUE SOFRI
ACIDENTE DE TRANSITO, VEJAMOS A DECLARÇÃO DO HOSPITAL:**

DECLARAÇÃO

*A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS pessoa jurídica de direito pri-
vado, entidade filantrópica de assistência social e à saúde, com fins não lucrativos, com sede na
Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, Centro, CEP 63.700-000, Crateús/CE, regularmente inscrita na
CNPJ/MF sob o nº 60.975.737/0076-79, neste ato representado legal abaixo assinado, DECLARA,
para os devidos fins, que o paciente JOAQUIM JÚNIOR CASTRO MENESES (Prontuário 39586), CPF
Nº 826275333-04, foi atendido nesta unidade hospitalar (Hospital São Lucas) às 22:37h do dia
18/11/2018, referindo haver sofrido acidente de trânsito.*

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo de declaração.

**SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS
CNPJ Nº 60.975.737/0076-79.**

Dr. João Victor Melo
CREMEX 15492
MÉDICO
CIRURGIÃO GERAL

Dr. João Victor Leitão Melo
Diretor Técnico

**SÃO POR ESSES MOTIVOS ACIMA, QUE SUPlico PELO NORMAL ANDAMENTO DO
MEU PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, INCLUSIVE VENHO REQUERER SEJA DESIGNADA
UMA PERICIA MÉDICA EM MINHA PESSOA POR PERITO INDICADO PELA
SEGURADORA LÍDER.**

NA CERTEZA DE QUE JUSTIÇA SE FARÁ AGRADEÇO DESDE JÁ.

CRATEÚS/CE, 14 DE MARÇO DE 2019.

Joaquim Junior de Castro Menezes

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190166752 **Cidade:** Crateús **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO **Data do acidente:** 18/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A
MENESES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/05/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 8/13

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: A FALTA DE APRESENTAÇÃO DO RELATÓRIO DE PRIMEIRO ATENDIMENTO HOSPITALAR COM OU SEM INTERNAÇÃO/INTERNAMENTO INVIABILIZOU ESTABELECE A RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE OCORRIDO E AS SEQUELAS INFORMADAS NOS DOCUMENTOS MÉDICOS APRESENTADOS, PORTANTO, DEVE-SE APRESENTAR EM COMPLEMENTO, AS SEGUINTE ALTERNATIVAS DE DOCUMENTAÇÃO MÉDICA:
EM CASO DE CIRURGIA ENVIAR FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO, DESCREVENDO PROCEDIMENTO ADOTADO E MATERIAIS USADOS, FOLHA DE ANESTESIA, FOLHAS DE EVOLUÇÃO MÉDICA E SUMÁRIO DE ALTA.
TAIS DOCUMENTOS SÃO EMITIDOS, MEDIANTE SOLICITAÇÃO, SEM CUSTO E SÃO DE DIREITO DOS PACIENTES SUBMETIDOS AOS TRATAMENTOS NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES PÚBLICAS OU PARTICULARES, SEJA EM CARÁTER DE INTERNAÇÃO OU AMBULATORIAL.
NÃO SÃO SUFICIENTES PARA ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL, DOCUMENTOS, SOMENTE, EMITIDOS POR ENFERMAGEM OU OUTROS PROFISSIONAIS DA ÁREA DE SAÚDE QUE NÃO SEJAM EMITIDOS POR MÉDICOS.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PROCURAÇÃO

Outorgante: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES, brasileiro(a), estado civil CASADO, profissão AGRICULTOR, residente e domiciliado à POVOADO ASSENTAMENTO SÃO JOSÉ, DISTRITO DE IRAPUA, nº S/N, bairro ZONA RURAL, Município de CRATEÚS, Estado de(o) CEARA, Cep.: 63.700-000, portador(a) do RG nº 2008130537-5, SSP/CE e CPF nº 826.275.333-04

Outorgado: ENOS PESSOA LIRA, brasileiro(a), estado civil SOLTEIRO, profissão AUTONOMO, residente e domiciliado(a) à RUA ZACARIAS CARLOS DE MELO, nº 584, bairro SÃO VICENTE Município de CRATEÚS, Estado de (o) CEARA Cep.: 63.700-000, portador (a) do RG nº 2007019026534 SSP/CE e CPF nº 914.345.303-10

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro natureza INVALIDEZ, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES, ocorrido em 18/11/2018, conforme registrado pelo B.O anexo ao processo.

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da Indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

CRATEÚS/CE, 29 de JANEIRO de 2019.



Joachim Junior de Castro Menezes
Outorgante JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES
CPF Nº 826.275.333-04



CARTÓRIO CAVALCANTE
3º Ofício Registro de Imóveis
Paulene Cândido Othelma Costa
Escrivente Autorizada

CARTÓRIO
Rua Coronel Júlio, 25
Centro - Fone: 3021-0151
CRATEÚS - CEARÁ

Reconheço a(s) firma(s) por autenticidade:
Joachim Junior de Castro Menezes
Data: 30 JAN 2019
Em Test. _____ de Verdade.

☐ Ref. Silvanis Barreto Cavalcante
☐ Junior Pimentel Ferreira
☐ Soraya Barreto Cavalcante

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066329/19

Número do Sinistro: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF: 826.275.333-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Comprovação de ato declaratório

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 07/03/2019
Nome: ENOS PESSOA LIRA
CPF: 914.345.303-10

ENOS PESSOA LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 07/03/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066329/19

Número do Sinistro: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF: 826.275.333-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: ENOS PESSOA LIRA
CPF: 914.345.303-10

ENOS PESSOA LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066329/19

Número do Sinistro: 3190166752

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF: 826.275.333-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/03/2019
Nome: ENOS PESSOA LIRA
CPF: 914.345.303-10

ENOS PESSOA LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/03/2019
Nome: LARISSA CRISOSTOMO BARROS
CPF: 061.393.643-45

LARISSA CRISOSTOMO BARROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0066329/19

Vítima: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF: 826.275.333-04

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 18/11/2018

Titular do CPF: JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

ENOS PESSOA LIRA : 914.345.303-10

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES : 826.275.333-04

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/02/2019
Nome: ENOS PESSOA LIRA
CPF: 914.345.303-10

ENOS PESSOA LIRA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/02/2019
Nome: JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA
CPF: 001.023.383-02

JOAO CAIO OLIVEIRA DA SILVA