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

End. Profissional: *Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce*
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: ***deranysantos@hotmail.com***

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: Santos José do Nascimento			Nacionalidade: BRASILEIRA
Estado Civil: Solteiro	Profissão: Autônomo		Carteira de Identidade: 53199671
CPF nº: 605.291.983-23	Residência: Rua Pará, 1867.		
Bairro: Centro	Cidade: Tipiu de Juscaiba	Estado/UF: Ceará	CEP: 62.598.000

OUTORGADO: **ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS,** brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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

Crateús – CE., 10 de Setembro de 2019.

Santos José do Nascimento
(outorgante)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BC.

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

End. Profissional: *Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce*
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: ***deranysantos@hotmail.com***

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: Santos José do Nascimento		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Rua Pará, 1867.		Profissão: Autônomo
CPF nº: 601.291.983-23	RG nº: 53199671	Estado Civil: Solteiro
Bairro: Centro	Cidade: Tijuca de Juicoaloca	Estado/UF: Ceará
CEP: 62.598.000	Telefone:	

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 10 de Setembro de 2019.

Santos José do Nascimento

Declarante

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

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

NOME: SANTOS JOSE DO NASCIMENTO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF: 53199671 SSP/SP

CPF: 601.291.983-23

DATA NASCIMENTO: 02/07/1988

FILIAÇÃO: JOSE JOAQUIM DO NASCIMENTO
ALAIDE MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO

PERMISSÃO: [redacted]

ACC: [redacted]

CAT. HAB.: AB

Nº REGISTRO: 05922395500

VALIDADE: 14/12/2018

1ª HABILITAÇÃO: 05/11/2013

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1316737153

OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIVIDADE REMUNERADA

Santos José do Nascimento

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SAO PAULO, SP

DATA EMISSÃO: 25/10/2016

07789898616
SP745738044

Neusa Aparecida Coelho Reis pela portaria Presidência Detran SP

ASSINATURA DO EMISSOR

DETRAN SP (SÃO PAULO)

PROIBIDO PLASTIFICAR

1316737153

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: Santos José do Nascimento		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Rua Paraá, 1867.		Profissão: Autônomo
CPF nº: 601.291.983-23	RG nº: 53199671	Estado Civil: Solteiro
Bairro: Centro	Cidade: Ipaporanga	Estado/UF: Ceará
CEP: 62.598.000	Telefone:	

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

Crateús - Ce., 10 de Setembro de 2019.

Santos José do Nascimento
(declarante)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 004405228

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de 08/2019

Nº DO CLIENTE	DV
4729488	

VENCIMENTO
23/08/2019

TOTAL A PAGAR (R$)
54,71

DATA EMISSÃO
17/08/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome JOSE JOAQUIM DO NASCIMENTO

Endereço RU PARA 01867
62598-000 J.DE JERICOACOARA CENTRO

Classificação Comercial

Modalidade Tarifária B3 OUTROS-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 4567838-FAE-643 - JJ010U02

CPF / CNPJ
820.582.613-72

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
AFCF.3E02.3E61.C3BC.F1B3.C364.E636.F8FC

DATAS DE LEITURA

Anterior	Atual	Prev. Próx. Leitura
18/07/2019	17/08/2019	02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Consumido Leitura Anterior	Consumido Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Injetado Leitura Anterior	Injetado Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
HFP	443.00	435.00	8.00	0.00	0.00	0.00	1.00	8.00	30.00	0.80633	24.19

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R$)
CIP Estat			3,03
Custo de disponibilidade			24,19
Adicional Band. Amarela			0,27
Adicional Band. Vermelha			1,91
Debito De Pequenos Valores			25,21

CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh) Atualizado	A Expirar Próximo Mês

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO_2 (kg/kWh).Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
		0 — 100

Tributo:	Base (R$):	Alíquota (%):	Valor (R$):
PIS/PASEP	25,47	1,3000	0,32
COFINS	25,47	6,1000	1,56
ICMS	25,47	27,00	6,87

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R$
06/2019	50,87
Total	50,87

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Periodos: Band. Tarif.: Amarela : 19/07 - 31/07 Vermelha : 01/08 - 17/08

SEGUNDA VIA

83860000000 0 54710031300 9 00603206503 4 00004729488 4

enel

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

Nova Consulta

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 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190437934 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA SANTOS JOSE DO NASCIMENTO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO SANTOS JOSE DO NASCIMENTO
CPF/CNPJ: 60129198323

Posição em 10-09-2019 17:41:23
O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/08/2019	R$ 1.687,50	R$ 0,00	R$ 1.687,50

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2018176137

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 578 - 1482 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/10/2018 09:37:13**
Data / Hora da Ocorrência: **19/08/2018 22:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CORREGO DA FORQUILHA I**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A ESCOLA PROFISSIONALIZANTE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SANTOS JOSE DO NASCIMENTO**
Nascimento: **02/07/1988** CPF: **601.291.983-23**
CNH: **05922399500** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ALAIDE MARIA DA CONCEIÇAO NASCIMENTO**
JOSE JOAQUIM DO NASCIMENTO
Endereço: **RUA PARÁ, 1867**
Bairro: **CENTRO**
Município: **JIJOCA DE JERICOACOARA/CE** CEP: **62.598-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99900-5654**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNY8516** Uf: **CE** Município: **CRUZ** Chassi: **9C2KD0810HR439733** Renavam: **1124721620** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESDD** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARIA GRACIETE DE ALBUQUERQUE** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Afirma o noticiante que dia 19/8/2018, por volta das 22h30min, trafegava pela Localidade de Córrego da Forquilha I, em frente a Escola Profissionalizante, zona rural, Jijoca de Jericoacoara-CE, conduzindo a motocicleta HONDA/NXR 160 BROS ESDD, ano 2017/2017, placa PNY8516, renavam 1124721620, chassi 9C2KD0810HR439733, cor VERMELHA, documentada em nome de MARIA GRACIETE DE ALBUQUERQUE, quando inesperadamente abalroou uma lombada; Que o noticiante informa que não viu o obstáculo por conta da má sinalização da via, bem como falta de iluminação; Que foi socorrido ao Centro de Saúde Gabriel Brandão, em Jijoca de Jericoacoara-CE, por um automóvel que passava pelo local do ocorrido; Que sofreu TRAUMA EM JOELHO ESQUERDO E CLAVÍCULA ESQUERDA, além de hematomas pelo corpo, realizado os procedimentos clínicos de urgência e em seguida encaminhado para a Santa Casa de Misericórdia, em Sobral-CE; Que indica como testemunhas: NÚBIA DE VASCONCELOS, telefone (88) 99628-9290, residente na Avenida Afonso Fontes, nº 708, centro, Jijoca de Jericoacoara-CE, e MARIA ERONILDES DE VASCONCELOS CUNHA, telefone (88) 99764-1319 e (88) 99989-8112, residente na Localidade de Córrego do Urubu I, zona rural, Jijoca de Jericoacoara-CE; Que não foi socorrido por SAMU nem CORPO DE BOMBEIROS pela ausência destes órgãos na região;

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

Impresso nº 2018176137

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 578 - 1482 / 2018

Que deseja dar entrada no SEGURO DPVAT; Que possui CNH, Registrada Sob o nº 05922399500; E nada mais disse.

O presente registro é de inteira responsabilidade do responsável pela informação, ficando este cientificado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
BERGSON ADALBERON SALES ARAUJO - MAT.: 30119479

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Santos Sari do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
SAMELLA SARAIVA DE FREITAS - MAT.: 30124723

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

Prefeitura Municipal de Jijoca de Jericoacoara
Secretaria Municipal de Saúde
HOSPITAL MUNICIPAL GABRIEL BRANDÃO DE SOUSA

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de direitos ou a quem possa interessar que SANTOS JOSÉ DO NASCIMENTO deu entrada nesta Unidade de Saúde no dia 19 de agosto de 2018, relatando ser vítima de acidente automobilístico, apresentando trauma em JOELHO ESQUERDO E CLAVÍCULA ESQUERDA, realizado os procedimentos de urgência e em seguida encaminhado para Santa Casa de Misericórdia de Sobral. Certa das informações contidas nesta declaração antecipa votos de estima e consideração.

Jijoca de Jericoacoara, 12 de SETEMBRO de 2018.

Atenciosamente

Sandra Alves do Nascimento
Diretora Administrativa
CPF 053 ...
Hospital Gab...

Sandra Alves do Nascimento

Sandra Alves Nascimento
Diretora da Unidade

Recebi em: 12/09/18
Ass: Gleiciane Vasconcelos

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

DATA: 19 / 08 / 2018 HORA: _____

Hospital Municipal Gabriel Brandão de Sousa

REGISTRO DE ATENDIMENTO

ETIQUETA DE CLASSIFICAÇÃO

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

NOME: Santos José do Nascimento IDADE: _____

☐ MORADOR: _____ ☒ TURISTA: Cruz

ATENDIMENTO

☐ ADULTO ☐ PEDIÁTRICO Resp: _____

PROCUROU PSF: SIM ☐ CAUSAS:
- ☐ ENCAMINHAMENTO
- ☐ NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐
- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ ESTAVA FECHADO

TRIAGEM:

ALÉRGICO: ☐ ☐ SIM _____

ASSINATURA DO ENFERMEIRO - COREN

PA: _____ Pulso: _____ RF: _____ tEMP: _____ Peso: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA
Adm: AMAMOS E CUIDAMOS

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Hospital Gabriel Brandão de Sousa.
Distrito Sanitário: 12º [illegible] Município: Jijoca de Jericoacoara

Nome: Santos José do Nascimento Prontuário Nº
Sexo: M [X] F [ ] Data de Nascimento: 10/07/88 Ocupação:
Endereço: Av. Afonso Pontes Bairro: Fone:
Pai:
Mãe: Maria de [illegible]

Motivo do Encaminhamento: Paciente com dor e edema em joelho

Resultado de Exames:

Consulta já realizada: RX de joelho E + ortopedista

Impressão Diagnóstica: Fratura de patela + ortopedista.

Dr. Frisbera Nogueira Duarte
CRM 9944
Coordenação Médica UPA

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro | Função | 20/08/18 Data | Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial [ ] Hospitalar [ ] Auxílio Diagnóstico [ ]
Procedimento: Profissional:
Unidade de referência: Data: / / Hora:

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:
Município: Prontuário Nº Alta / /

Resumo: Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Diagnóstico: Principal CID:
Secundário 1 CID:
Secundário 2 CID:

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim [ ] Não [ ] O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim [ ] Não [ ]

Assinatura do consultante - Nº Registro | Função | / / Data

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

MA00 5659 CAMELKA fls. 19

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

5166

Informações do Paciente:
Nº ACOLHIMENTO: 34728 | 20/08/2018
Etiqueta Atendimento

ATEND.: 5284787 DT. ATEND.: 20/8/2018 - 12:09
PRONT.: 944724 NASCIMENTO.: 22/7/1966
NOME...: SANTOS JOSE DO NASCIMENTO
MAE....: ALAIDE MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO
CPF....: 60129198323 CNS: SUSFACIL:
ENDER.: RUA AFONSO FONTES
BAIRRO: JIJOCA - JIJOCA DE JERICOACOARA -CE- CEP: 62598000

Descrição da História Prévia do Atendimento:
PACIENTE30A, MASCULINO. VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO. APRESENTA TRAUMA E EDEMA EM JOELHO ESQUERDO E CLAVICULA ESQUERDA.

Sinais Vitais do Paciente:
Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, João Roberto de Oliveira, ( ) Paciente ( ) Responsável
(Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informei ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, ____ de _____ de _____ às _____

João Roberto de Oliveira
Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

IRICORDIA DE SOBRAL
Hospitalar
o Hospitalar

085 RTO

DADOS DO PACIENTE

Matricula... 944724
Paciente. : SANTOS JOSE DO NASCIMENTO — CPF...: 60129198323
Sexo.....: MASCULINO
Dt. Nasc...: 22/7/1988 — Idade..: 30a 0m 29d
Mae.....: ALAIDE MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO — Cor.....: PARDA
Pai.....: JOSE JOAQUIM DO NASCIMENTO — CNS...:
E. Civil.....: SOLTEIRO
Endereço...: RUA AFONSO FONTES — Nº.....:
Bairro.....: JUJOCA — CEP.: 62598-000
Cidade.....: JUJOCA DE JERICOACOARA — UF.....:CE
Fone.....: 88005654

DADOS DO RESPONSAVEL

Nome.....:
Endereço....:
Documento.:
Fone .....:

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento..: 5285049 — Atendente.: CLERSON
Data..... 20/09/2018 — Hora.....: 14:51 — **Permanência.: 3 Dias**
Procedimento.. 0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA
Medico.....: SERGIO LUIS CAVALCANTE IBIAPINA (RES)
Unidade Int.....:EMERG ADULTO - OBSERVACAO
Leito..... OBSERVAÇÃO EXTRA 19
Convenio..... SUS - SIH
Plano.....: 1
Carteira.....:
N. Guia.....:

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL — Página: 1/1
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internamento — Emitido por: ROSILENE
Comprovante de Alta Hospitalar do Paciente — Em: 25/09/2010 10:

Atendimento: 5285049 — Dt. Atendimento: 20/09/2010 14:51

Data Alta...: 25/09/2010 — Hora Alta: 10:00

Paciente....: 944724 SANTOS JOSE DO NASCIMENTO

Servico: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA — Convenio: 1 SUS SIH
Leito...: 101 LEITO 14 1 C.S. SAO J Plano....: 1 SUS SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA — Usuario..: ROSILENE
CID: S000 FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Procedimento de Alta:40805052 TRATAMENTO CIR ROTULA [PATELA] POR

Observacao de Alta:

MARIA ROSILENE DA SILVA

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

1344009 7665 fls. 21

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 320406

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
2 - CNES: 3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
4 - CNES: 3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

ATEND.: 5285519 DT. ATEND.: 20/8/2018 - 14:51
NATRI..: 944724 NASCIMENTO..: 22/7/1988
NOME...: SANTOS JOSE DO NASCIMENTO
MAE....: ALAIDE MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO
CPF....: 60129193323 CNS: SUSFACIL:
ENDER..: RUA AFONSO FONTES
BAIRRO: JIJOCA - JIJOCA DE JERICOACOARA -CE- CEP: 62598000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
9 - SEXO: Masc. 1 Fem. 3
10 - RAÇA/COR
12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE (DDD)
14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE (DDD)
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF
19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Paciente vítima de acidente motociclístico, apresenta fratura exposta de patela esquerda e fratura fechada elementar de clavícula esquerda

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Risco de complicação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Anamnese + Radiografias

Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Maria Cleide da Silva COORDENADORA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Fratura exposta de patela esquerda

24 - CID 10 PRINCIPAL: S820
25 - CID 10 SECUND.:
26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0 4 0 8 0 5 0 5 2 7
29 - CLÍNICA: 1
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 2
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS (✓) CPF
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 0 4 9 0 6 7 7 3 8 4
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Sérgio Luis Cavalcante Ibiapina
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/08/18
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Sérgio Ibiapina MÉDICO CRM-CE 16520

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPICO
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA
43 - Nº DO PROCESSO
44 - CBOR

Dr. Cirsio Vasconcelos Lira DEMSUS - SUSAGE CRM - 6591 CPF: 003.380.757-47

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Cristiano Araújo Costa CRM 9362 DIRETOR TÉCNICO

COD. 9166(A) 9167(V) — Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceará, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
Data.....: 20/08/2
Hora.....: 19:1

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 340870 Sala : 0001 SALA 01
Paciente : 944724 SANTOS JOSE DO NASCIMENTO Atendimento : 5285049
Convênio Atend. : 1 SUS - SIH Carteira :
Leito : 1635 OBSERVAÇÃO EXTRA 19 Idade : 30 Anos 29 Dias 19 Horas
Dt. Início : 20/08/2018 17:20 Dt. Fim : 20/08/2018 18:24
Cid Pré-Operatório : S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]
Cid Pós-Operatório : S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA]

Procedimentos

Procedimento: 0408050527 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA
Convênio: 001 SUS - SIH
Anestesia: 05 BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA	2739	VICENTE PONTES CARVALHO
CIRURGIAO	6011	FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
1. AUXILIAR	12196	THIAGO MONT´ALVERNE LOPES PARENTE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

FRATURA DE PATELA ESQUERDA
-POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBIDO DORSAL;
-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA MIE;
-ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, COM CAMPOS CIRÚRGICOS;
-INCISÃO ANTERIOR DO JOELHO;
-DIERÉSE POR PLANOS, ATÉ A VISUALIZAÇÃO DA FRATURA;
-REDUÇÃO DA FRATURA;
-FIXAÇÃO COM FIO DE STAINMANN E FIO DE AÇO(CERCLAGEM-TIRANTE DE TENSÃO) ;
-SUTURA POR PLANOS;
-CURATIVOS.

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos: **Descrição Complementar**

Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6011

DR(A) : FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
CRM : 6011

Dr Thiago Mont´Alverne L. Parente
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 12196 - CPF 641.349.503

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 16:47 , sob o número 01720052201980600001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
ENTIDADE FILANTRÓPICA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: Samuel José do Nascimento	DATA: 20/08/19	REGISTRO:	
IDADE: 30	SEXO: M	COR: Parda	CLÍNICA: Traumatologia
ENF.:	LEITO:		
PRESSÃO ARTERIAL: 13x7	PULSO: 72	RESPIRAÇÃO: 20	TEMPERATURA:
PESO:	GRUPO SANGUÍNEO:		

ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☒ MAU ☐ PÉSSIMO ☐

RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III ☐ Grau IV ☐

EXAMES COMPLEMENTARES: Veia periférica

AP. RESPIRATÓRIO: MV +, Hipofonese

AP. CIRCULATÓRIO: RCR, 2T, 88 bpm

AP. DIGESTIVO: Gestante

ESTADO MENTAL: Consciente

DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA: — x — x — x

ESTADO FÍSICO (ASA): (1) 2 3 4 5 E

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Maléolo da Perna "D"

CIRURGIA REALIZADA: Osteossíntese

CIRURGIÃO: Dr. Carlos

AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 17:20

TÉRMINO DA ANESTESIA: 18:20

DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h

AGENTE/HORA: 17:20 20 40 50 18:10 20

O,
N,O

LIQUIDOS VENOSOS: SN 500 SN 500 SN 500 SR

PULSO ● DIASTÓLICA V SISTÓLICA Λ P. ARTERIAL X ANESTESIA X CÓDIGOS CIRURGIA O

240 220 200 180 160 140 120 100 80 60 40 20

MONITORAÇÃO: P. ARTERIAL ☒ E. C. G. ☒ OX. PULSO ☐ ANOTAÇÕES

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☒ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA: Bloqueio L3-L4 Agulha Espinal Quincke Raquianestesia 4 - 4 Agulha 30x25

LÍQUIDOS	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO			
GLICOSE		1	Marcaína 0,5%	6	Lidocaína 2%
NaCl	1000 ml	2	Dexmed 0,4 / ml	7	
SANGUE		3	Ketamina 50 mg	8	
RINGER	1000 ml	4	Cefazolina 2g	9	
TOTAL		5	Dipirona 2g	10	

DESTINO DO PACIENTE: APTO ☐ ENFERM. ☐ SRPA ☐ UTI ☐ OUTROS ☐

SRPA PA: PULSO: RESPIRAÇÃO: SpO_2

ASSINATURA / ANESTESISTA

CRM: 2732 275

Santa Casa de M. de Sobral SAME CONFERE COM O ORIGINAL Maria Cleide da Silva COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

PLANO TERAPEUTICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Nome: Santos José do Nascimento	Clínica: Traumato	Enf.: —	Leito: —	Mat.: 944734	Reg.: 528347	Peso:	Altura:

Data: 20/8/18 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
Dieta Zero		14:51 Paciente admitido
SG 0,9% 2000ml ev 28gtts	1000	nesse setor de emergência
Cefalotina 1g ev		Fratura exposta de
Cefalotina 1g ev 6/6h	15h 21h - 03h	patela, quirtado cirurgi-
Tramal 100mg ev 8/8h	15h	cando, inque aguardando
Ao CC p/ RX		dos. Enf. Ana Mª Vieira Silva TEC. ENFERMAGEM COREN-CE 962.598

Dr. Sérgio Ibiapina
MÉDICO
CREMEC: 12880

Santa Casa M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Ana Mª Vieira Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 962.598

SINAIS VITAIS			
HORA	TEMP.	PA	F

USO O_2 e AR CO		
	LIG.	DESL.
O_2		
O_2		
AR		
AR		

RESPIRADOR		
LIG		DESL.
LIG		DESL.
Contínuo		
Monitor	LIG	DESL.
Oxímetro	LIG	DESL.

GLICEMIA		
HORA	VALOR	HORA
HORA	VALOR	HORA
HORA	VALOR	HORA

BOMBAS DE INFU	
MEDICAÇÃO	LIGADO

ECG às

Raio X às

Cod. 261 - Gráfica CLEIDE

fls. 24

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

SANTACASA DE MISERICÓRDIA DESOBRAL
ENTIDADE FILANTRÓPICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Santos José do Nascimento Nº PRONTUÁRIO 5285046

SETOR: Emergência ENFERMARIA: LEITO:

DATA	
15:50	Transferido para SR. Ana Mª Vieira Costa TÉC. EM ENFERMAGEM COREN-CE 992.608
	16:10 Cliente recebido na SR e realizou procedimento cirúrgico Leziane 690-516
	17:15 Cliente vai a S.O Leziane 690-516
20/08/18	17:18 - Cliente nasido na SOL calmo, vitalizado, orientado AVP em M.S.D gotejando, cirúrgico em M.S.E, escoriação pelo corpo, uso de colar de radex sendo conduzido pela equipe de enfermagem. Monitorizado em sala P.A-116x64mmHg, FC 81 bpm, SpO2-100%. MARIA KEZIA SILVA TOMAZ TÉC. EM ENFERMAGEM COREN-CE: 032.732
20/08/18	17:25 - Paciente submetido a raquianestesia com agulha Nº 26 pela 02 cirurgião anestesiologista MARIA KEZIA SILVA TOMAZ TÉC. EM ENFERMAGEM COREN-CE: 032.732
20/08/18	17:29 - Passado gelo de emergência Técnico de enfermagem Nonato + Dr. Cláudio MARIA KEZIA SILVA TOMAZ TÉC. EM ENFERMAGEM COREN-CE: 032.732
20/08/18	17:33 - Realizado anti-sepsia MARIA KEZIA SILVA TOMAZ TÉC. EM ENFERMAGEM COREN-CE: 032.732
20/08/18	17:41 - Início de procedimento cirúrgico com o Dr. Cláudio MARIA KEZIA SILVA TOMAZ TÉC. EM ENFERMAGEM COREN-CE: 032.732
20/08/18	18:05 - Fim de procedimento cirúrgico, sem intercorrência, em tempo estimado gelo e emergência MARIA KEZIA SILVA TOMAZ TÉC. EM ENFERMAGEM COREN-CE: 032.732
20/08/18	18:26 - Paciente transferido para PA calmo, vitalizado, orientado, AVP em M.S.D gotejando com SRL 500ml, cirúrgico limpo em M.I.E, conduzido em maca pela equipe de enfermagem. Monitorizado P.A-121x65 mmHg, P-68 SpO2-100% MARIA KEZIA SILVA TOMAZ TÉC. EM ENFERMAGEM COREN-CE: 032.732
	18:28h Vino da S.O. no PO1 acordado consciente acena verbaliza queixa de curativo limpo e seco no membro afetado, evoluindo com baixa de reflexos, segue sem queixas. E.Oliveira
	21:00. Segue no leito calmo sem queixas curativo limpo no membro afetado não refere algia. Segue sem queixas E.Mellina

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Iris da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Ceara, protocolado em 12/09/2019 as 10:47 , sob o número 01720605220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

SANTACASA DE MISERICÓRDIA DESOBRAL ENTIDADE FILANTRÓPICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Santos José do Nascimento Nº PRONTUÁRIO 5285049

SETOR: SAR ENFERMARIA: LEITO: Eytha

DATA	
21/08/18	06:00h paciente em repouso, calmo, orientado, verbalizando, consciente, com curativo limpo e SCO em MIE enfaixado com faixa de crepom, sem queixas, com acesso venoso periférico em MSD em bom funcionamento, segue os cuidados de enfermagem
21/08/18	07:05 Cliente encontra-se calmo, orientado, com AVP mantido; curativo limpo no MIE enfaixado com faixa de crepom; MSE imobilizado com faixa crepom. Segue aos cuidados de enfermagem P.A. ~~120x80~~ P 84 R 20 — TEC. DENAN SILVA TÉCNICO EM ENFERMAGEM COREN 067.642
	11:00h Administrado medicamentos itens de acordo com prescrição médica. Tec. Graça 28/03/06 — MARIA DAS GRAÇAS RIBEIRO TÉC. ENFERMAGEM COREN-CE 289874
	14:00 Paciente encontra-se calmo, orientado, normogerado, pouco ansioso mantido em bom funcionamento. Curativo no umeral limpo, sem alterações. Segue os cuidados de enfermagem. Sem queixas. Tec. Luiz
	18:00 Administrado medicações conforme prescrição médica
	20:00 Cliente encontra-se estável, orientado, curativo no joelho (E) + MSE imobilizado, aguarda cirurgia do MSE. Sem queixas no momento, repouso afebril. Segue aos cuidados de enfermagem. Tec. Gilmario 7:00, 7:15
	19:00h. Paciente queixa-se que não consegue urinar, com hemiparesia pós AVE passado SVA nº 16, drenou 1.100ml. Retorna Enfermeira

Santa Casa de M. de Sobral — CÓPIA FIEL DO ORIGINAL — Maria Cecília de Lima Silva — COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/09/2019 às 10:41 , sob o número 01721005220198060001.

TIPO DE TRAUMA

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO:
0h; 30m - Acidente de - E 16a
de moto
Dor + edema Antebraço + Joelho

CONDUTA: Encaminhado

DIAGNÓSTICO: Fx Exposta Patela

Dr. Sérgio Ibiapina
MÉDICO
CREMEC 18580
Ass Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS _____

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA
☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO
☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO
☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

ALTA DO PACIENTE

Data / / Hora:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

SANTACASA DE MISERICÓRDIA DESOBRAL
ENTIDADE FILANTRÓPICA

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Santos José do Nascimento Nº PRONTUÁRIO 5285049

SETOR: ENFERMARIA: LEITO:

DATA	
22.08.18 06:00	Cliente permanece na SRPA, estável, orientado, AVP mantido, curativo em MIE + MSE umedecido com faixa de crepom, aguardando vaga p/ enfermaria, realizado medicações de horário e cuidados de enfermagem. RC. Gilmario 7R1 - 7R2
22/08/18	às 08hs a Pcd acordou no leito confortável AVP mantido e pérvio, curativo limpo e seco. MIE e MSE e segue aos cuidados de enfermagem. 11:35 administrado medicação conforme prescrição e prestados cuidados de enfermagem. Edson Carlos da Silva Coren-CE: 8[illegible]
	14hs - Calmo, estável, curativo em MIE + MSE umedecido com crepom, aceito dieta no momento sem alterações. Segue aos cuidados de enfermagem. RC. Ulisses 07/3[illegible]
	16:55 Cliente transferido para enfermaria Recreio 620-510
	17:05h Paciente admitido na unidade para dar continuidade ao seu tratamento vindo da sala de recuperação. RC. [illegible]
	22hs Cliente calmo em repouso no leito orientado, eupneico, AVP bem aceito dieta sem queixas gastrogrias presente hygienizado (cuidados 97/18)

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

fls. 29

PRESCRIÇÃO.: 1921019 DATA: 23/08/2018 09:00
USUÁRIO....: TALITA.AQUINO
ATENDIMENTO: 5285049 DT NASC: 22/07/1988 (30A 1M 1D)
CONVÊNIO...: SUS - SIH
PACIENTE...: 944724 - SANTOS JOSE DO NASCIMENTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/08/2018 14:51 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: SERGIO LUIS CAVALCANTE IBIAPINA (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT..: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO..: LEITO 14-1 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA: ENFERMARIA
CID.....: S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA] CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR CHAGAS

#SANTOS JOSÉ, 30A
#PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM FX EXPSOTA DE PATELA E, REALIZADO DESBRIDAMENTO E OX EM BANDA DE TENSAO DIA 20/08
#EM USO DE CEFALOTINA E SINTOMÁTICOS
#EVOLUI ESTAVEL, COM DOR, EDEMA E DIMINUIÇÃO DE MOBILIDADE EM 5º QUIRODÁCTILO DIREITO
#FO LIMPA, SEM SINAIS DE INFECCAO

CD: -SOLICITO RAIO-X MÃO D
-CHECO FO

Ste p/ Cx. Plastica

5285049

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1					[23/08] . 09

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. CEFALOTINA 1G - TO	1	FRASCO AM		EV	04X04 HOR	[23/08] . 09 . 13 . 17 . 21 [24/08] . 01 . 05
Justificativa.: *prescrita*						
Obs.: *DILUIR EM 100ML DE SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9%. INFUNDIR EM 30 MINUTOS.*						10 14 18 22 02 06
|-> SORO FISIOLOGICO 0.9% FR. 100ML	1	FRASCO				
|-> EQUIPO PARA SORO	1	UND				
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
3 C.C. DIPIRONA - TO	1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[23/08] . 09 . 15 . 21 . 02 . 04 [24/08] . 03
Obs.: *Diluir em 20mL de AD*						
|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	1	AMPOLA				
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
4 C.C. BROMOPRIDA 5MG/ML AMPOLA 2ML + ABD 20ML - HC	1	AMPOLA		EV	08X08 HO	12 . 20 . 04
|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA				
|-> AGULHA DESCARTAVEL 25 * 12	1	UNIDADE				

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o numero 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

fls. 80

PRESCRIÇÃO.: 1921833 DATA: 24/08/2018 09:30
USUÁRIO....: EUCLIDES.MATTOS
ATENDIMENTO: 5285049 DT NASC: 22/07/1988 (30A 1M 2D)
CONVÊNIO...: SUS - SIH
PACIENTE...: 944724 - SANTOS JOSE DO NASCIMENTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/08/2018 14:51 4 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: SERGIO LUIS CAVALCANTE IBIAPINA (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT..: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO..: LEITO 14-1 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.....: S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA] CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR CHAGAS

#SANTOS JOSÉ, 30A
#PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM FX EXPSOTA DE PATELA E, REALIZADO DESBRIDAMENTO E OX EM BANDA DE TENSAO DIA 20/08
#EM USO DE CEFALOTINA E SINTOMÁTICOS
#EVOLUI ESTAVEL, REFERINDO DISÚRIA NO MOMENTO, NEGA HEMATOMAS OU TRAUMA EM REGIÃO GENITAL. REFERE DOR EM REGIÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA. SEM OUTRAS QUEIXAS.
#FO LIMPA, SEM SINAIS DE INFECCAO

CD: -CHECO RAIO-X MÃO D. SOLICITO RX CLAVÍCULA BILATERAL
-AGUARDO PARECER PLÁSTICA

Dr. Sergio Ibiapina
MÉDICO
CRM/CE: 10590

5285049

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1					[24/08] . 09:30

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. CEFALOTINA 1G - TO	1	FRASCO AM		EV	04X04 HOR	[24/08] . 09:30 . 13:30 . 17:30 . 21:30 [25/08] . 01:30 . 05:30
Justificativa.: prescrita						
Obs.: DILUIR EM 100ML DE SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9%. INFUNDIR EM 30 MINUTOS.						
|-> SORO FISIOLOGICO 0.9% FR. 100ML	1	FRASCO				
|-> EQUIPO PARA SORO	1	UND				
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
3 C.C. DIPIRONA - TO	1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[24/08] . 09:30 . 15:30 . 21:30 [25/08] . 03:30
Obs.: Diluir em 20mL de AD						
|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	1	AMPOLA				
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
4 C.C. BROMOPRIDA 5MG/ML AMPOLA 2ML + ABD 20ML - HC	1	AMPOLA		EV	08X08 HC	12 20 04
|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA				
|-> AGULHA DESCARTAVEL 25 * 12	1	UNIDADE				

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

1ª VIA

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO.: 1922570 DATA: 25/08/2018 10:30
USUÁRIO....: EUCLIDES.MATTOS
ATENDIMENTO: 5285049 DT NASC: 22/07/1988 (30A 1M 4D)
CONVÊNIO...: SUS - SIH
PACIENTE...: 944724 - SANTOS JOSE DO NASCIMENTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 20/08/2018 14:51 5 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SERGIO LUIS CAVALCANTE IBIAPINA (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT..: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO..: LEITO 14-1 -C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA: ENFERMARIA
CID.....: S820 FRATURA DA ROTULA [PATELA] CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR CHAGAS

#SANTOS JOSÉ, 30A
#PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, EVOLUI COM FX EXPOSOTA DE PATELA E, REALIZADO DESBRIDAMENTO E OX EM BANDA DE TENSAO DIA 20/08. APRESENTA FRATURA EM CLAVÍCULA ESQUERDA.
#EM USO DE CEFALOTINA E SINTOMÁTICOS
#EVOLUI ESTAVEL, REFERINDO DISÚRIA NO MOMENTO, COM MELHORA, NEGA HEMATOMAS OU TRAUMA EM REGIÃO GENITAL. REFERE DOR EM REGIÃO DE CLAVÍCULA ESQUERDA. SEM OUTRAS QUEIXAS.
#FO LIMPA, SEM SINAIS DE INFECCAO
#LAB 24/08: HB12,7; HT38,7; LEUCO7390 (2BAST); PLAQ292000

CD: -CHECO RX CLAVÍCULA
-INICIO CLEXANE
-CHECO LAB
- Alta Hospitalar

Dr. Sergio Ibiapina
MÉDICO
CREMEC 18580

5285049

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1					[25/08] . 10:30

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. CEFALOTINA 1G - TO	1	FRASCO AM		EV	04X04 HOR	[25/08] . 10:30 . 14:30 . 18:30 . 22:30 [26/08] . 02:30 . 06:30
Justificativa.: *prescrita*						
Obs.: *DILUIR EM 100ML DE SOLUÇÃO FISIOLOGICA 0,9%. INFUNDIR EM 30 MINUTOS.*						
|-> SORO FISIOLOGICO 0.9% FR. 100ML	1	FRASCO				
|-> EQUIPO PARA SORO	1	UND				
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
3 C.C. DIPIRONA - TO	1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[25/08] . 10:30 . 16:30 . 22:30 [26/08] . 04:30
Obs.: *Diluir em 20mL de AD*						
|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	1	AMPOLA				
|-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
4 C.C. BROMOPRIDA 5MG/ML AMPOLA 2ML + ABD 20ML - HC	1	AMPOLA		EV	08X08 HC	
|-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2	AMPOLA				
|-> AGULHA DESCARTAVEL 25 * 12	1	UNIDADE				

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:

NOME: Sintia Sue Nascimento Nº PRONTUÁRIO 94372

SETOR: Trauma ENFERMARIA: LEITO:

DATA	
20.8.19	Admissão Dr. Sérgio Ibrapina MÉDICO CREMEC 18580

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 as 10:47 , sob o numero 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

Gráfica CLEIDE - 88 3611 3721

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

PLANO TERAPEUTICO

Nome: Santos José do Nascimento | Clínica: S. Joaquim | Enf.: 1 U | Leito: 1 | Mat.: 1447 24 | Reg.: — | Peso: | Altura:

Data: 25/8/18 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
		8:00h Paciente encontra-se no leito calmo orientado eupneico afebril acente, alta Verificado SSVV. Segue aos cuidados de enfermagem Tec Enfermagem
		16:00h paciente encontra-se no leito calmo orientado eupneico afebril acente, alta Verificado SSVV. Segue aos cuidados — Tec Enfermagem
		18h evoluiu com alta hospitalar. AE Karilene
		Maria Rosimeiro da Silva AUXILIAR DE ENFERMAGEM COREN-CE 280702

SINAIS VITAIS			
HORA	TEMP.	PA	P
11	36,1	11/7	70

USO O_2 e AR COMP.	LIG.	DESL.	CO
CO_2			
O_2			
AR			
AR			

RESPIRADOR	
LIG	DESL.
LIG	DESL.
Contínuo	

	LIG	DESL.	CO
Monitor			
Oximetro			

GLICEMIA			
HORA	VALOR	HORA	VAL
HORA	VALOR	HORA	VAL
HORA	VALOR	HORA	VAL

BOMBAS DE INFUSÃO		
MEDICAÇÃO	LIGADO	DES

ECG às

Raio X às

Cód. 261 - Gráfica CLEIDE - (88) 3611

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Elisa Silva
Matrícula 3

fls. 33

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DEADMISSÃO - EMERGÊNCIA

ATEND.: 525059 DT. ATEND.: 20/8/2018 - 14:51
PAINEL.: 794/29 NASCIMENTO.: 22/7/1968
NOME...: SANTOS JOSE DO NASCIMENTO
MAE....: ALAIDE MARIA DA CONCEICAO NASCIMENTO
CPF....: 60129198323 CNS: SUSFACIL:
ENDER.: RUA AFONSO FONTES
BAIRRO: JUAZCA - JUAZCA DE JERICOACOARA -CE- CEP: 62598000

QP:

HDA: Paciente acompanhado com queixa de fratura exposta de perna e fechada de clavícula

EXAME FÍSICO:

Santa Casa de M. de Sobral
CAME
CÓPIA FIEL COM O ORIGINAL
Maria Carlos da Silva
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Internamento Politrauma

CONDUTA: Internamento

DIAGNÓSTICO FINAL: Fratura rotula esquerda

Dr. Sérgio Ibiapina
MÉDICO
CREC: 18580

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/09/2019 às 10:47 , sob o número 01721005220198060001.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172100-52.2019.8.06.0001 e código 51574BE.