



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

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: EDIMILSON MATIAS CHAVES		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR	Carteira de Identidade: 2004019143668	
CPF nº: 873.662.313-04	Residência: RUA ONELIA TELES DE MESQUITA Nº 373		
Bairro: VENANCIOS	Cidade: CRATEÚS	Estado/UF: CE	CEP: 63708-270

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

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

CRATEÚS – CE., 16 de Dezembro de 2019

(outorgante)



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

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

DECLARAÇÃO

Declarante: EDIMILSON MATIAS CHAVES		Nacionalidade: BRASILEIRO
Residência: RUA ONELIA TELES DE MESQUITA Nº 373		Profissão: AGRICULTOR
CPF nº: 873.662.313-04	RG nº: 2004019143668	Estado Civil: SOLTEIRO
Bairro: VENANCIOS	Cidade: CRATEÚS	Estado/UF: CE
CEP: 63708-270	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., 16 de dezembro de 2019.

+ Edmilson matias Chaves

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, RENOVAÇÃO E PERÍCIAS E IDENTIFICACAS

PROIBIDO PLASTIFICAR

Polegar Direito

Edmilson Matias Chaves

CARTEIRA DE IDENTIDADE

2004019143668

28/09/2016

EDMILSON MATIAS CHAVES

GILDO ARAUJO CHAVES

FRANCISCA MATIAS CHAVES

NOVO ORIENTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 22/11/1975

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SANTO ANTONIO TERMO: 2816 FOLHA: 137

LIVRO: A-04 CRATEUS - CE

CPF 873.662.313-04

2 VIA

ASSINATURA DO DETRATOR

LEINº 7.116 DE 28/08/83

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2004019143668

28/09/2016

EDMILSON MATIAS CHAVES

GILDO ARAUJO CHAVES

FRANCISCA MATIAS CHAVES

NOVO ORIENTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 22/11/1975

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SANTO ANTONIO TERMO: 2816 FOLHA: 137

LIVRO: A-04 CRATEUS - CE

CPF 873.662.313-04

2 VIA

ASSINATURA DO DETRATOR

LEINº 7.116 DE 28/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Recife Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 873.662.313-04

Nome EDMILSON MATIAS CHAVES

Nascimento 22/11/1975

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

873.662.313-04



Nº de Inscrição:

027702847

DADOS DO CLIENTE

Nome: EDILSON MATIAS CHAVES
End. Lattur: RU ONELIA TELES DE MESQUITA, 373, VENANCIOS
Cidade: RATELIS CEP: 63708-270
End. Entrega:
Cidade:
Local: 029 Setor: 003 Quadra: 0050 Lote: 0147 Comp: 0001
Subsetor: 00 Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	AD9F094844	731	737	6	4

DATAS

Leitura Atual: 03/07/2019 Emissão: 03/07/2019 Lacre Água:
Leitura Anterior: 04/06/2019 Próxima Leitura: 03/08/2019 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Analisadas	050	050	010	050	050
Em conformidade	050	049	008	050	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Diga não ao abuso e à exploração sexual contra a criança e o adolescente. DENUNCIE! Disque 100 ou procure o Conselho Tutelar mais próximo de sua residência. Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA	25,50	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,07	JUL/18	5	0
MULTA DE 2%	0,57	AGO/18	5	0
		SET/18	8	0
		OUT/18	5	0
		NOV/18	8	0
		DEZ/18	6	0
		JAN/19	5	0
		FEV/19	5	0
		MAR/19	4	0
		ABR/19	5	0
		MAI/19	4	0
		JUN/19	5	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		Subsídio	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,25	VALOR DO SERVIÇO	41,74
COFINS	1,24	VALOR DO SUBSÍDIO	15,60
		VALOR TOTAL A PAGAR	26,14
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
07/2019	01/08/2019	26,14	

ONDE PAGAR SUA FATURA : 358866081766034 L: 3786 H: 11:32:02 R: 000 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFacil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.
Mais informações pelo telefone 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1919, de 8h às 12h e 13h às 17h.



SINISTRO 3190670578 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EDIMILSOM MATIAS CHAVES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO EDIMILSOM MATIAS CHAVES**CPF/CNPJ:** 87366231304**Posição em 17-12-2019 08:07:16**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/12/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
Impresso nº 2019778137



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3578 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/10/2019 08:55:47**
Data / Hora da Ocorrência: **01/09/2019 14:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 187 - ENTRADA DO TOURÃO - CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDIMILSOM MATIAS CHAVES**
Nascimento: **22/11/1975** CPF: **873.662.313-04**
RG: **2004019143668** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA MATIAS CHAVES**
GILDO ARAÚJO CHAVES
Endereço: **RUA ONELIO TELES, 373**
Bairro: **VENÂNCIOS**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9213-5818**

Histórico

Informa o declarante que trafegava em um BICICLETA, vindo da localidade de TOURÃO onde trabalhava; QUE ao chegar na CE187, próximo a entrada do tourão, foi atropelado por uma MOTOCICLETA DE GRANDE DE COR PRETA; QUE não acionou o CORPO DE BOMBEIROS; QUE não acionou a GURDA MUNICIPAL desta urbe; QUE foi socorrido pela pessoa de nome: FRANCISCO HILTON DOS SANTOS MARTINS, que lhe levou até a UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO situada nesta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO DA UPA de nº 9021, relatando: "PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO VINDO A COLIDIR O MSD; COM QUEIXA DE INTENSO QUADRO ALGICO EM PORÇÃO DISTAL DO MSD"; QUE apresenta como testemunha ocular do acidente supracitado a pessoa de nome: VALDENOR RODRIGUES DOS SANTOS, afirmando ter visto uma MOTO GRANDE E PRETA, que causou o acidente; QUE apresenta como testemunha a pessoa de nome: FRANCISCO HILTON DOS SANTOS MARTINS, CPF: 060.777.853-93 E RG: 2007716205-0, relatando ter prestado socorro e levado a vítima até a UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniel da Silva Paiva
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT: 30110976-47

+ Edmilson M

+ Valdenor R

+ Hilton



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
Impresso nº 2019778137

fls. 14



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3578 / 2019

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Odilmar Mendes Chaves

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

Renê Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 301249-4-4

x Val de Noro Rodri Gus dos Santos

x Francisco Hilton dos Santos Morais

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 009031 Atendimento 0020 Nome do Paciente EDIMILSON MATIAS CHAVES

CNS 705002640272956

Guia de Autorização

Documentos: 2004019143668

Estado Civil Casado(a)

Sexo Masculino

Data de Nascimento: 32/11/1975

Local NOVO ORIENTE/CE

Idade 43 Ano(s)

Pai GILDO ARAUJO CHAVES

Mãe FRANCISCA MATIAS CHAVES

Endereço: RUA ONELIA TELES 373

Bairro VENANCIO

CEP 63700-000

Município CRATEUS

UF CE

Telefone 88992135818

Profissão: AGRICULTOR

Empresa

Cônjuge

Responsável: EDIMILSON MATIAS CHAVES

GPF do Responsável

Endereço: RUA ONELIA TELES 373

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 01/09/2019 Hora 15:36 Convênio SUS

Matrícula

CID

Profissional de Atendimento BRUNA SANTOS XIMENES

CRM/UF 18516/CE

Tipo Atendimento CONSULTA COM MEDICACAO

Indicador de Acidente

Funcionário

LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA

Observação

Sala

Data/Hora Liberação

as hs

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) Altura (cm) T (°C) 36 P (bpm) 107 R (rpm) PA (mmHg) 140 X 60 Oximetria (%) 95 Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 01/09/2019 15:35

Responsável pela Classificação: FRANCISCA LAIANE BA

Relatório:

Paciente refere algia em MID intensa apos trauma

F3F Venancios

Nega alergia medicamentosa

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

01/09/2019 15:49:11h Responsável: BRUNA SANTOS XIMENES CRM-CE 18516

PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO, VINDO A COLIDIR O MSD, COM QUEIXA DE INTENSO QUADRO ÁLGICO EM PORÇÃO DISTAL DO MSD

ALÉRGICO À BENZETACIL

CD.

- DAPIRONA 2 18 AD, EV
- CETOPROFENO 100 MG + SF0.9% 100 ML, EV
- DEXAMETASONA 4MG/ML, 2.5 ML + 17.5 ML AD, EV
- SOLICITO RAO X DO MSD

1º Faturado da UCUA

1100

- Realizar mobilização passiva do MSD
- Continuar a HSA de manutenção de amplitude de movimento
- Liberar analgésicos ao paciente

BRUNA SANTOS XIMENES
MÉDICA
CREMEC 18.516

BRUNA SANTOS XIMENES CRM. 18516

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável EDIMILSON MATIAS CHAVE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

25 cc
fls. 16

v201900

DADOS DO PACIENTE

Nome EDIMILSON MATIAS CHAVES				Prontuário/Atendimento 009021/0033	
Nascimento 22/11/1975		Local NOVO ORIENTE		Idade 43 Ano(s)	
País Nacionalidade Brasil		Estado Civil Outro		Religião NÃO DETERMINADA	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia	
Documento(s) Identidade: 2004019143668		CNS 70.5002.640.2729-56		CEP 63700-000	
Endereço RUA ONELIA TELES		Nº 373		Bairro VENANCIO	
Fone (88) 9243-7537		Profissão AGRICULTOR		Empresa	
Responsável EDIMILSON MATIAS CHAVES		CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável LOPES VIEIRA, SN CASA		Cônjuge JOANA LUCIO DOS SANTOS		Fone Empresa	
Mãe FRANCISCA MATIAS CHAVES		Pai GILDO ARAUJO CHAVES		Fone Responsável	

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 02/09/2019 15:09	Quarto/Leito 057-0003	Aposento ENFERMARIA	Clinica MEDICA	Setor INTERNACAO - PS	
Convênio SUS	Matrícula	Autorização	Dias 0	Gula	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CID Complementar S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]		CRM 6945		
CID Principal S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]	Observação				
Usuário FÁTIMA VITÓRIA FERREIRA DE OLIVEIRA	Procedimento SUS		Sisprenatal		
Data Saída	Hora	Condição da Saída	Usuário 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, 2 de setembro de 2019.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: FÁTIMA VITÓRIA FERREIRA DE OLIVEIRA

Joana Lucia dos Santos
Assinatura do responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/12/2019 às 12:09, sob o número 00109764720198060070. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0010976-47.2019.8.06.0070 e código 5ABD14F.



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 17

Impressão: 02/09/2019 14:14

Página 1
v2014.012

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 009021	Atendimento 0032	Nome do Paciente EDIMILSON MATIAS CHAVES	CNS 705002640272956	Gula de Autorização
Documento(s) Identidade: 2004019143668			Estado Civil Outro	Sexo Masculino
Data de Nascimento 22/11/1975	Local NOVO ORIENTE/CE			Idade 43 Ano(s)
Pai GILDO ARAUJO CHAVES	Mãe FRANCISCA MATIAS CHAVES			
Endereço RUA ONELIA TELES, 373	Bairro VENANCIO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão AGRICULTOR	Conjuge JOANA LUCIO DOS SANTOS			Telefone 88 92437537
Responsável EDIMILSON MATIAS CHAVES	CPF do Responsável	Endereço RUA ONELIA TELES, 373	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 02/09/2019	Hora 08:39	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente			Funcionário SEBASTIANA MARQUES BARBOSA	

Observação	
Sala	Data/Hora Liberação 02/09/2019 14:14
	Tipo de Saída Permanência

Sinais Vitais							
Peso (kg) 76,000	Altura (cm)	T (°C) 36	P (bpm) 80	R (rpm) 19	PA (mmHg) 136 X 84	Oximetria (%): 95	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 02/09/2019 07:54

Responsável pela Classificação: PATRICIA ROSA DE AN

Relatório:

Paciente vítima de acidente de moto apresetando trauma em antebraço direito, realizou raio x na upa. Refere alergia a penicilinas.

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

02/09/2019 14:14:27h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

RX DO ANTIBRAÇO D EM AP E P

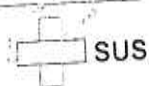
FRATURA DA ULNA PROXIMAL

INTERNAMENTO

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: EDIMILSON MATIAS CHAVES

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/12/2019 às 12:09, sob o número 001097647201919060070. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 00109764-47.2019.8.06.0070 e código 5ABD14F.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 18

v201901

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

EDIMILSON MATIAS CHAVES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.5002.640.2729-56

8 - DATA DE NASCIMENTO

22/11/1975

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

FRANCISCA MATIAS CHAVES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

EDIMILSON MATIAS CHAVES

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA ONELIA TELES, 373, VENANCIO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2304103

18 - UF

CE

19 - CEP

63700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRACO COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
RX DO ANTIBRACO D EM AP E P

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

RISCO D ECOMPLICAÇÃO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito (ulna)

24 - CID 10 PRINCIPAL

S52.0 5524

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S520

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Elativo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO

209573277350004

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/09/2019

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408020631

CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- () ACIDENTE DE TRÂNSITO
() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

43 - CNAE DA EMPRESA

41 - SÉRIE

44 - CBOR

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Gilvan Martins
Médico Auditor CRM/CE: 1078
Departamento de Controle, Avaliação
e Regulação

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 19
Impressão: 04/09/2019 08:46

Página 1

Período: 04/09/2019 07:00:00 à 04/09/2019 18:59:24

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente

EDIMILSON MATIAS CHAVES

Data de Nascimento

22/11/1975

Data Internação

02/09/2019

Profissional Responsável

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Convênio

SUS

Diagnóstico

S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Nome da Mãe

FRANCISCA MATIAS CHAVES

Idade

43 Ano(s)

Aposentado

ENFERMARIA

Sector

CLINICA CIRURGICA

Especialidade

MEDICA

Prontuário

009021/003

Quarto/Leito

007/0003

CRM

6945

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 04/09/2019 08:46:33

PACIENTE ENCAMINHADO AO CENTRO CIRURGICO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO TRAUMATOLOGICO.

Antonia Emanuella Vieira Andrade
TÉCNICA EM ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL: TE: ANTONIA EMANUELLA VIEIRA ANDRADE - COREN-CE 001398019

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
RUA Ubaldino Souto Maior, 1052, CRATEUS/CE, CEP 63700-000

Resumo/Sumário de alta

Impressão: 06/09/2019 09:23

Página 1

v2019002

Prontuário: 009021

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES

Data de Nascimento: 22/11/1975

Idade: 43 Ano(s)

Setor: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp.: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal: S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Diagnóstico Secundário: S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Data da Alta: 06/09/2019

Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Data da Internação: 02/09/2019

Leito: 006 - 0002

CRM: 6945

Motivo da Internação:

FRATURA DA ULNA DISTAL

Conduta / Tratamento Realizado:

OSTEOSINTESE DA ULNA

Exames Realizados:

RX ANTEBRACO

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

+ Joana Lucia dos Santos
Assinatura Paciente/Responsável

Dados Clínicos - Enfermagem

Prontuário
009021/0033

Nome
MILSON MATIAS CHAVES

Data de Nascimento

11/1975

Data de Internação

09/2019

Fisioterapeuta Responsável

MIL SANCHES JORQUEIRA

Idade

43 Ano(s)

Nome da Mãe

FRANCISCA MATIAS CHAVES

Aposento

ENFERMARIA

Seção

CLINICA CIRURGICA

Especialidade

MEDICA

Quarto/Leito

006/0002

CRM

6945

S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 08:01:16

REALIZADO ITEM 03 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE ORIENTADO QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 09:42:40

ALTA HOSPITALAR

PACIENTE RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS REAVALIAÇÃO MÉDICA E MELHORA CLÍNICA, DEAMBULANDO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. RETIRADO ACESSO PERIFÉRICO E REALIZADO ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO. REALIZADAS ORIENTAÇÕES A RESPEITO DE SINAIS E SINTOMAS QUE POSSAM SURTIR NA FERIDA OPERATÓRIA, DEVENDO ENTRAR EM CONTATO VIA TELEFONE COM O PESSOAL DA CCII PARA QUE SE POSSA SER ORIENTADA AS CONDUTAS A SEREM TOMADAS, DE ACORDO COM PANFLETO ENTREGUE AO PACIENTE/COMPANHANTE.

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

NOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 06/09/2019 10:01:31

REALIZADO ITEM 04 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE ORIENTADO QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

RESPONSÁVEL JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 04/09/2019 15:22

Página 1

Período: 04/09/2019 00:00:00 à 04/09/2019 23:59:59

Dados Clínicos - Médico

Prontuário
009021/0033

Paciente
EDMILSON MATIAS CHAVES

Data de Nascimento

Idade

Nome da Mãe

22/11/1975

43 Ano(s)

FRANCISCA MATIAS CHAVES

Quarto/Leito

02/09/2019

ENFERMARIA

006/0002

CRM

6945

Profissional Responsável

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Sector

CLINICA CIRURGICA

Especialidade

MEDICA

Convênio

SUS

Diagnóstico

S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO ORTOPEDICA: - 04/09/2019 19:17:06

PACIENTE NO CC

FEITO BLOQUEIO INTERSCALENO

FEITO ANTISSEPSIA COM ASSEPSIA

COLOCADA CAMPOS CIRURGICOS

ABERTURA POR PLANOS

FEITO REDUÇÃO

FIXADO COM PLACA DCP 7 FUROS

FIXADO COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS

FEICAMENTO POR PLANOS

FEITO CURATIVO

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

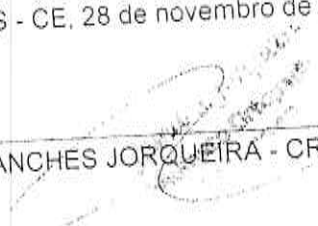
ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) EDIMILSON MATIAS CHAVES necessita afastar-se de suas atividades de 28/11/2019 (quinta-feira) até 28/02/2020 (sexta-feira), para tratamento médico.

Observações

PÓS OPERATORIA FRATURA DO RADIO DISTAL D

CRATEUS - CE, 28 de novembro de 2019 - 12:43


JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO



SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE
ENFERMAGEM CENTO
CIRÚRGICO

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES
Data de Int.: 02/09/2019 Dt de Nasc: 22/11/1975 fls. 24
Convênio: SUS Prontuário: 009021
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

Admissão: 04/03/19 Horas: 15 Cirurgia Proposta: _____
Observação: PAJ 20X 70 DX 89 mgcl $r=36$

Medicação pré-anestésica: () Não () Sim Qual _____

Anestesiista: Dr. Johannes

Tipo de Anestesia: () Raquidiana () Geral () Local

() Bloqueio Anestésico: () Sedação

Início da anestesia 16:00

Sala: "A"

Cirurgião: Dr. Jamil 1º Auxiliar: _____

Instrumentador(a) Carlos Junior

Início da Cirurgia: 16:00 Término da Cirurgia 17:00

Posição do paciente: () Dorsal () Ginecológica () Ventral () Lateral

() Outra: _____

Soluções Antissépticas:

() Clorhexidina Degermante

Localização de:

() Iodopolidona Degermante

(o) Eletrodos

() Iodopolidona Tópica

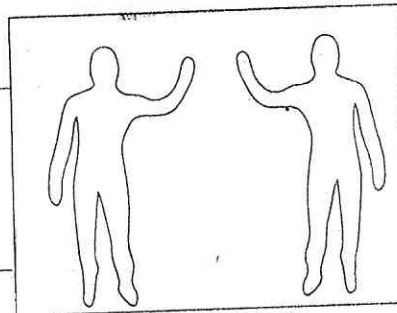
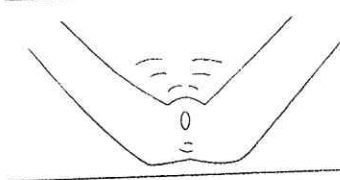
(--) Incisão Cirúrgica

() Álcool Iodado

(=) placa de Bisturi

() Álcool 70%

(#) Drenos



Parto Cezariana: RN1º _____ Hora: _____ Apgar _____ Sexo: _____ Peso: _____
Apresentação Fetal _____, RN2º _____

RN Encaminhamento às _____ Para _____

Infusão de: () Concentrado de Hemácias () Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: _____

Destino: () Biopsia Laboratório () Outro: _____

Exames durante o transoperatório: () RX () Laboratorial ()

Cirurgia Realizada: Ostiotomia de Distal de Vna "D"

Encaminhamento às 17:36 Para: RPA

com: () Curativo-Tipo compressivo

() Tubo Endotraqueal

() Dreno

() Sonda Vesical

() Imobilizador

() Tampão

() Cateter de Oxigênio O2

() Bolsa de Colostomia

() Cateter venoso central

() Outros

() Cateter venoso periférico

() Outros

Observação: _____

Thainara Rodrigues Galvão

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: EDIMILSON MATIAS CHAVES
Data da Int: 02/09/2019 Dt de Nasc: 22/11/1975
Convênio: SUS Prontuário: 009021
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: FRANCISCA MATIAS CHAVES

DATA DO INTERNAMENTO:

DATA 04/09/2019

1. ☒ Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
 2. Cirurgia proposta: Amputação de dedo
 3. ☐ Avaliar jejum hora 18:00 Data 03/09/19
 4. Exames recebidos: ☒ Laboratoriais ☐ ECG ☒ RX ☐ TC
☐ US ☐ RMN ☐ Ficha de internamento
 5. ☒ Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico, Amputação hemotransfusão)
 6. Reserva de hemoderivados
☐ Sim ☒ Não se aplica
 7. ☒ Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...
 8. ☐ Realizado tricotomia
☐ Sim ☒ Não se aplica
 9. ☒ Vestimento adequado (camisola)
 10. Alergia ☐ Não ☒ Sim Qual? Benzilacel
 11. ☒ Acesso venoso com boa infusão
 12. Uso de Medicação Anticoagulante ☒ Não ☐ Sim data 1
- Assinatura do responsável:

- 2.1 ☐ Origem do encaminhamento
☒ Clínica Cirúrgica ☐ Clínica Médica
☐ Clínica Pediátrica ☐ Maternidade
☐ Semi-intensiva ☐ urgência ☐ observações
- 2.2 ☒ Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
- 2.3 ☐ Tipo de procedimento:
☐ Agendamento ☒ Urgência/Emergência
- 2.4 ☒ Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransfusão
- 2.5 ☒ Local da Cirurgia? Uma Direta
- 2.6 Alergia ☒ Não ☐ Sim Qual? _____
- 2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?
☒ Não ☐ Sim e há equipamento disponível
- 2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?
☒ Não ☐ Sim, planejamento para fluidos
- 2.9 Reserva de Hemoderivados ☐ Sim ☒ Não se aplica
- 2.10 ☐ Demarcar lateralidade ☒ Não se aplica

3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

- 3.1 ☒ Apresentação dos membros da equipe verbalmente
- 3.2 ☒ Confirmar verbalmente identificação do paciente, Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado
- 3.3 ☒ Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)
- 3.4 ☒ Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)
- 3.5 A lateralidade está adequadamente marcada
☐ se aplica (x) Não demarcada

4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

- 4.1 ☒ Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado
- 4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?
☒ Não ☐ Sim Qual? _____
- 4.3 Contagem manual:
Compressas Entregue: 10 + + + conferida: 10
Instrumentais Entregue: 31 + + + conferida: 31
Lâmina Entregue: 01 + + + conferida: 01
Agulha Entregue: 02 + 01 + conferida: 03
- 4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome

INTEGRADOR

HOSPITAL SÃO CAMILO

Material: Cx Pequeno Fragmentos
Processamento: Autoclave 01
Lote: 05
Data da Esterilização: 04/09/2019

- 4.5 ☐ se aplica ☐ Sim
- 4.6 ☐ utilização de hemocomponentes no laboratório?
☐ Sim Qual? _____
- 4.7 ☐ e algum problema com equipamento que deve ser reparado?
☐ Sim Qual? _____