



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: <u>Joné Junior Coelho Bezerra</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Tel. Atendente</u>	Carteira de Identidade: <u>35175992000</u>	
CPF nº: <u>952.516.183-87</u>	Residência: <u>Rua Professor Neto</u>		
Bairro: <u>I Paxe</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>	CEP: <u>63700-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 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 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, substabelecer com ou ser reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 25 de Novembro de 2019.

Joné Junior Coelho Bezerra
(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 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <i>José e Juniom Corlho Bezerra</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Professor Neto, 76</i>		Profissão: <i>Tele Atendente</i>
CPF nº: <i>952.516.183-87</i>	RG nº: <i>35175992000</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Ipaue</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ce</i>
CEP: <i>63700-000</i>	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., *25* de *Novembro* de *2019*.

José e Juniom Corlho Bezerra

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 35175992000 SSPDC CE	CPF 952.516.183-87
DATA NASCIMENTO 20/02/1979	
FILIAÇÃO JOSE ALVES BEZERRA MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA	
PERMISSÃO []	ACC []
CAT. HAB. A	
Nº REGISTRO 06594533054	VALIDADE 05/08/2020
1ª HABILITAÇÃO 31/03/2016	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
<i>Jose Junior Coelho Bezerra</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL CRATEUS, CE	DATA EMISSÃO 09/05/2017
<i>[Assinatura]</i> ASSINATURA DO EMISSOR	24313305093 CE159278155
CEARA	

VALIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1474315215

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1474315215



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: <u>Jose Junior Coelho Bezerra</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Professor Neto, 76</u>		Profissão: <u>Tele Atendente</u>
CPF nº: <u>952.516.183-87</u>	RG nº: <u>35175992000</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Ipase</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>CE</u>
CEP: <u>63700-000</u>	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., 25 de Novembro de 2019.

Jose Junior Coelho Bezerra
(declarante)

Nº DO CLIENTE
81456

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdivino, 180
CEP 60136 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 53.7095135

Data de Emissão 13/08/2018

Rota 08 38000 04 005500 - 1

Nome MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA

End. Postal RU PRO NETO 00076
IPASE - CRATEUS - 63700000

Medidor 2543223

Posto 0000 A385

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 455737513-87

Nome do Responsável CGF

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura
Ago/2018	13/08/2018	13/09/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto CRATEUS

Mês Jun/2018

EURO 30,00

ICMS

Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
150,62	27,00%	40,66

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DESB. CEAR. FFCD.FB57.0E2F.26F7.0F91.5016

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 47305	47103	1,00	202	0,00	30	4,75097	7,82
					102	0,44719	31,31
						0,07110	68,46

13/08/18 12/07/18 32 DIAS 202 VALOR (R\$) 107,59

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	107,59
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,62
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	22,01
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,21
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 10,28)	

VENCIMENTO 10/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 142,43

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	41,30
Transmissão	4,40
Distribuição	23,53
Encargos Setoriais	6,31
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	44,88
TOTAL	120,42

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

192	202	158	193	140	144	152	205	260	231	208	213	203
FEB	AGO	JUL	JUN	MAI	ABR	MAR	FEV	JAN	DEZ	NOV	OCT	SET

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compensação das emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 78,86

Compensado kg (CO₂) 0,20

Consciência Ecológica (%CO₂) 8

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE O NÚMERO 0800-047251 e informe seu código.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde, Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 4,22 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,51% e COFINS: 2,30% (Art. 9, Inc. I, Lei. 100-2005 - ANEEL e Lei n. 10.637, 02 e 10.203-03).

Estamos em Bandeira vermelha pois em 2 em agosto-18 com custo de 5,00 reais a cada 100kWh (quilowatt-hora). Informações: www.anel.gov.br

SINISTRO 3190589579 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA

CPF/CNPJ: 95251618387

Posição em 27-11-2019 15:32:39

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/11/2019	R\$ 2.025,00	R\$ 0,00	R\$ 2.025,00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
Impresso nº 2019677507



fls. 14

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3155 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/09/2019 08:18:51**
Data / Hora da Ocorrência: **04/07/2019 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTR CE 187 - LOCALIDADE DE VILA GRAÇA, ZONA RURAL - CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA**
Nascimento: **20/02/1979** CPF: **952.516.183-87** UF: **CE**
RG: **35175992000** Orgão Emissor: **SSPDS**
Filiação: **MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA**
JOSE ALVES BEZERRA
Endereço: **RUA PROF. NETO, 76** CEP:
Bairro: **IPASE**
Município: **CRATEUS/CE** Telefone: **(88) 99994-1353**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQZ4489** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi: **9C2KC1610AR005533** Renavam: **170286045** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 TITAN MIX KS** Ano Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Informa o declarante que pilotava a MOTOCICLETA de placa: NQZ4489 HONDA/CG150 TITAN MIX KS, na CE 187, mas precisamente na localidade de VILA GRAÇA, a uma velocidade 50km/h, quando o PNEU TRASEIRO da motocicleta supra estourou e veio a perder o controle, caindo ao solo; QUE foi socorrido por duas amigas, que vinha em um AUTOMÓVEL, e lhe socorreram até o HOSPITAL SÃO LUCAS desta urbe; QUE não acionaram o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE não acionaram a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE apresenta GUIA DE ATENDIMENTO HOSPITALAR, de nº 079195, relatando: "PACIENTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APÓS INGESTÃO DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES, COM LESÃO CORTO CONTUSA EM SPDTI A DIREITA E ALGIA EM OMBRO ESQ"; QUE é HABILITADO, conforme carteira de habilitação nº 1474315215; QUE apresenta como testemunhas OCULARES do acidente supra as pessoas de nomes: ERICA MARIA BARBOSA FERNANDES, RG: 2003005006983 E CPF: 004.952.063-69 RWTHELLY DE MELO BEZERRA, RG: 2008097100028 E CPF: 061.061.663-31, afirmando terem presenciado a vítima do acidente supracitado, caída ao solo, e tendo prestado-lhe socorro.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Consolidado em: 25/09/2019 08:42:35

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/09/2019 08:42:35



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS
Impresso nº 2019677507



fls. 15

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3155 / 2019

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 :

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Wassilerman P Bezerra

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

Renê Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 30124944

x Erica maris Barbosa Juviles

x Ruthelly de Melo Bezerra.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem UBS São Vicente

Distrito Sanitário: _____ Município: Crateús

Nome: Sora Sumira Coelho Bezerra Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento 20/02/79 Ocupação: _____

Endereço: _____

Motivo do Encaminhamento?

Pat 40 anos vítima de acidente motorciclístico há 1 mês e 10 dias com fratura de omoplata esquerda (SIC).

Resultado de Exames:

Consulta já realizada:

Impressão Diagnóstica:

Assinatura

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Consulta especializada Profissional: Ortopedista

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

Secundário 2

CID:

CID:

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
(*) Utilizar também como resumo de alta

Função

Data



Certifico que a presente
cópia confere com o
original respectivo. Dou
tô.

Crateús 03 SET 2019

CC Trabalho Público

CAPTÓRIO MARTINS
Médico Assistente Social
Escrevente Substituto

DATA

5-01-14 AS 08:30h Paciente em internado na

unidade de UTI, o mesmo apresenta

lesão cutâneo-mucosa (grelha) o/a-

lesão múltipla em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

mãos, apresentando lesões em ambas as

Antonio Romualdo G. de Souza
Téc. Enfermagem
COREN-CE 963702Antonio Romualdo G. de Souza
Téc. Enfermagem
COREN-CE 963702

* Ruthelly de Melo Bezerra

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T= Temperatura; FR: Frequência Respiratória; SSpO2 = 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 Demora.

DATA		
05.07.19	AS 11:00 paciente admitido nesta unidade hospitalar, urgência, consciente, oriundo de um baliza de ambulância, com histórico de acidente de trânsito, apneia. Trauma em P.D, OMBRO E, n.d. ri dor no momento, nega HAS, DM, alergias medicamentosas e eliminações fisiológicas presentes, segue aos CCE	Robison Ferreira Lima COREN-CE: 954994-7E
05.07.19	paciente aguarda avaliação do traumatologista o qual foi comunicado.	Robison Ferreira Lima COREN-CE: 954994-7E
05.07.19	às 13:00 hr - Paciente em repouso no leito para tratamento clínico, em HO: ocidente motor e clítico. Consciente, orientado em tempo e espaço, responde aos estímulos verbais, tátil, dor, frio, calor, em ambiente. Apresentando febre de 38,5°C. Sem queixas de dor no momento. Aguarda avaliação do trauma. Segue aos CCE.	Luiz Fernando Gonçalves Barbosa TÉCNICO DE ENFERMAGEM COREN-CE: 205126
05.07.19	às 18:30 paciente encaminhada para Centro Cirúrgico	11



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Unidade de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Cartão 079195	Atendimento 0005	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CNS 131208911920007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 35175992000	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	Idade 40 Ano(s)	
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE	Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA		
Nome JOSE ALVES BEZERRA	Bairro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Conjuge	Telefone 88 98157503		
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa			
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 00:04	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO	CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA			

Observação	
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.
	Tipo de Saida () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais							
Peso (kg) 65,000	Altura (cm)	T (°C) 36,5	P (bpm) 102	R (mpm) 21	PA (mmHg) 141 X 95	Oximetria (%) 95	Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 00:03

Responsável pela Classificação: JANAINA SAMPAIO BEZ

Relatório:
paciente relata acidente motociclistico, após ingestão de bebida alcoólica, apresentando múltiplas escoriações, com lesão corte contuso em 5 pntl a direita e alga em ombro esq

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

05/07/2019 00:22:42h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO

HISTORIA DE USO DE BEBIDA ALCOÓLICA -APRESENTA SINCOPE

- A: OK
B: OK MVU SEM R/A
C: ABD: INOCENTE
D: GLASGOW 13
E: LESÃO EM 5ª PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 00:22 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Apazamento
AVALIAÇÃO DO TRAUMATO				
TC CRANIO				
RX PÉ D				
DEXAMETASONA 4mg/mL EV + 17,5mL AD	4mg	E.V.	12/12 H	
SGF 1000mL EV	1000ml	E.V.	12/12 H	
DIETA ZERO				
OBSERVAÇÃO				

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Dr. João Victor Melo
Médico - Cirurgião Geral
CREMEC: 15482 RQE: 9492

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 079195	Atendimento 0007	Nome do Paciente JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CNS 131208911920007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 35175992000			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/02/1979	Local CRATEUS/CE			Idade 40 Ano(s)
Pai JOSE ALVES BEZERRA		Mãe MARIA DE FATIMA COELHO BEZERRA		
Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Eaíro IPASE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão TELE ATENDENTE	Empresa	Cônjugue		
Responsável JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA	CPF do Responsável	Endereço RUA PROFESSOR NETO, 76	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/07/2019	Hora 09:14	Convênio SUS	Matrícula	CID				
Profissional do Atendimento JOAO VICTOR LEITAO MELO		CRM/UF 15482/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO					
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA						
Observação								
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito				
Sinais Vitais	Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
			36,1	1003	15	141 X 87	97	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 05/07/2019 09:09

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

PACIENTE COM DOR EM PÉ DIREITO E OMBRO ESQUERDO, REALIZOU RAIOS X E NÃO EVIDENCIOU FRATURAS SIC
NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA E COMORBIDADES

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

05/07/2019 10:43:10h Responsável: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM-CE 15482

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO ESTAVA EM OBSERVAÇÃO POREM ASSINOU TERMO PARA ALTA
ALGIA EM OMBRO ESQUERDO

FRATURA + LESÃO EM 5ª PODODÁCTILO DIREITO

CD: OBSERVAÇÃO/DIETA ZERO

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA

Robison Ferreira Lima
COREN-CE: 954994 - TE

Prescrição: 0001 Data: 05/07/2019 Hora: 10:43 Médico: JOAO VICTOR LEITAO MELO CRM: 15482

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
CETOPROFENO 100MG EV, diluir em 100mL de SF 0,9%, administrar 100mg em 30 minutos		E.V.	12/12 H	

Dr. João Victor Melo
Médico - Cirurgião Geral
CREMEC: 15482 RQE: 9492

JOAO VICTOR LEITAO MELO - CRM: 15482

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: JOSE JUNIOR COELHO BEZ

Hospital São

ADMINISTRAÇÃO

Paciente: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA
Prontuário: 079195
Dt do Atend: 05/07/2019 Dt de Nasc: 20/02/1979
Convênio SUS
Médico JOAO VICTOR LEITAO MELO

NOME: Paciente: JOSE JUNIOR COELHO BEZERRA
Prontuário: 079195
Nº DO PI Dt do Atend: 05/07/2019 Dt de Nasc: 20/02/1979
Convênio SUS
Médico JOAO VICTOR LEITAO MELO

DATA DO

DATA 05/07/19

1. ADMISSÃO
(Equipe de enfermagem)

2. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA
(Item 2,3 e 4 serão preenchidos pelo circulante)

- 1.1() Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
1.2 Cirurgia proposta: Interna
1.3() Avaliar jejum hora : Data / /
1.4 Exames recebidos: () Laboratoriais () ECG () RX () TC
() US () RMN () Ficha de internamento
1.5() Termos de consentimento (cirúrgico, Anestésico, Amputação, hemotransfusão)
1.6 Reserva de hemoderivados
() Sim () Não se aplica
1.7() Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...
1.8 Realizado tricotomia
() Sim () Não se aplica
1.9() Vestimenta adequada (camisola)
1.10 Alergia () Não () Sim Qual?
1.11() Acesso venoso com boa infusão
1.12 Uso de Medicação Anticoagulante () Não () Sim data /
Assinatura do responsável: [assinatura]

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

3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA

4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA

- 3.1(x) Apresentação dos membros da equipe verbalmente
3.2(x) Confirmar verbalmente identificação do paciente, Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado
3.3(x) Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)
3.4(x) confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)

- 4.1(x) Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado
4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?
(x) Não () Sim Qual?
4.3 Contagem manual:
Compressas Entregue: 05 + + + + conferida: 05
Instrumentais Entregue: 31 + + + + conferida: 31
Lâmina Entregue: + + + + conferida: + + + +
güe 01 + + + + conferida: 01

3.5 A lateralidade está adequadamente marcada

3.6(x)

3.7(x)

3.8(x)

3.9 Exar

() Sim

10.10 O

() Sim

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÃO CAMILO

Material: Cx Básica

Processamento: Autoclave 01

Lote: 05

Data da Esterilização: 04/07/2019

Hora: 12:00

Data de Validade: 04/08/2019

ASS: Fabrizio

INTEGRADO

3. cirúrgicas estão identificadas e com o nome ?

aplica() Sim

tilização de hemocomponentes no úrio?

Sim Qual?

gum problema com equipamento que deve ?

Sim Qual?

do Responsável:

Hospital Sao Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO

Prontuário: _____
Dt da Atend: 05/07/2019 Dt de Nasc: 20/02/1979
Convênio SUS
Médico JOAO VICTOR LEITAO MELO

Admissão no Centro Cirúrgico: 05/07/19 Horas: 18:45 Cirurgia Proposta: Desmama S. polidactila

PA: 350x300 FC: 85 FR: 20 T: _____ SpO2 98 Glicemia: _____
Encaminhamento às 12:47 Para sala: (5)

Admissão na sala: (4) Horas: 18:48

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

Anestesista: Dr. J. J. J. Tipo de Anestesia: () Raquidiana () Geral (x) Local
() Bloqueio Anestésico () Sedação Início da anestesia 18:50 Sala: 0

Cirurgião: Dr. J. J. J. 1º Auxiliar _____ Instrumentador(a) conferir / _____

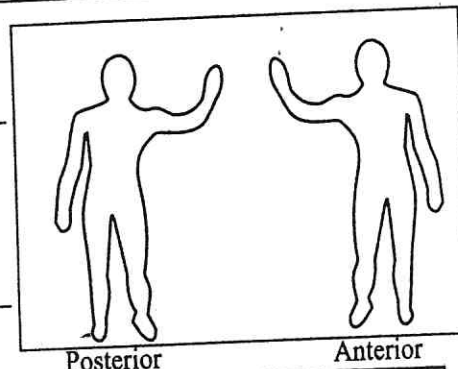
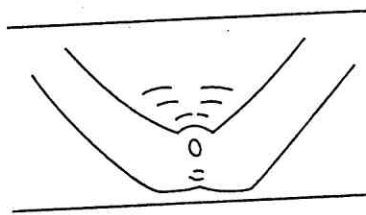
Início da Cirurgia 18:50

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

() Outra: _____

Soluções Antissépticas:

- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| (x) clorohexidina Degermante | Localização de: |
| () iopodolona Degermante | (o) Eletrodos |
| () iopodolona Tópico | (--) Incisão Cirurgica |
| () álcool iodado | (=) placa de Bisturi |
| () álcool 70% | (#) Drenos |



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

RN Encaminhamento às _____: _____ Para: _____

Hora: _____: _____ Transoperatório: PA: _____ FC: _____ FR: _____ T: _____ SpO2 _____

Infusão de: () Concentrado de Hemácias () Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: _____

Destino: () Biopsia Laboratório () outro: _____

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

Termino da Cirurgia 19:55 PA: 150/90 FC: 94 FR: 20 T: 36,6 SpO2 98-1

Cirurgia Realizada: Desmama de polidactila

Encaminhamento às _____: _____ Para: _____

- com: (x) Curativo - Tipo comprimido () Tubo Endotraqueal
() Dreno () Sonda Vesical
() Imobilizador () Tampão
() Cateter de oxigenio 02 () Bolsa de Colostomia
() Cateter venoso central () Outros _____
(x) cateter venoso periférico () outros _____

Observação: Intubação orotraqueal e fixação no prontuário

Assinatura/Carimbo
circulante

Este documento é cópia de original assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/12/2019 às 08:13, sob o número 00108457220190600070. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0010845-72.2019.8.06.0070 e código 595A7BE.