



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL
Impresso nº 2019446163



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 917 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/07/2019 10:20:14**
Data / Hora da Ocorrência: **08/02/2019 15:40:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA ENTRE APRAZÍVEL E SOBRAL**
Complemento:
Bairro: Município: **SOBRAL/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **DENIVALDO LOURENÇO BEZERRA**
Nascimento: **06/01/1978** CPF: **083.006.957-70**
RG: **20073779320** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ABIGAIL DOS SANTOS**
FRANCISCO LOURENÇO BEZERRA
Endereço: **SITIO FAZENDA BOM TEMPO**
Bairro: CEP:
Município: **CATUNDA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9201-1448**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NVB3341** Uf: **CE** Município: **CATUNDA** Chassi:
9C2KC1550AR063924 Renavam: **199681112** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **DENIVALDO LOURENÇO BEZERRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O noticiante, devidamente qualificado acima, declara que estava pilotando seu veículo motocicleta Honda CG 150 FAN de placa NVB 3341/CE, quando em determinado trecho na rodovia que liga o distrito de Aprazível a Sobral, o noticiante colidiu com um animal na estada; Que caiu ao chão e da queda sofreu fratura exposta no punho (carpo) esquerdo; Que passou por cirurgia; Que foi socorrido por um ambulância que não sabe precisar de onde era; Que foi levado para Santa Casa; Que estava de capacete, não tinha ingerido bebida alcoólica e é devidamente habilitado para condução de tal veículo automotor; Que registra o presente boletim de ocorrência para fins de solicitação de Seguro DPVAT; E nada mais disse.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

BEATRIZ DE ALMEIDA MARCELINO - MAT.: 30119126

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Denivaldo Lourenço Bezerra

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Consolidado em: 03/07/2019 10:31:51

Ozaniel Vasconcelos Leite
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL
Mat.: 301201-0-8

Pág. 1 de 2

Impresso em: 03/07/2019 10:31:51

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RONALDO FARIAS FEIJAO e esaj.tce.jus.br, protocolado em 26/03/2020 às 15:24, sob o número 022042609202080600001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0220426-09.2020.8.06.0001 e código 637567B.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL
Impresso nº 2019446163



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 917 / 2019

OZANIEL VASCONCELOS LEITE - MAT.: 30120108



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 28 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190498656

Vítima: DENIVALDO LOURENCO BEZERRA

Data do Acidente: 08/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), DENIVALDO LOURENCO BEZERRA

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

Boletim de ocorrência	Apresentar o Registro de Ocorrência Policial, original ou cópia autenticada, com o nome completo e sem abreviações do proprietário e os dados do veículo em que a vítima estava no acidente, pois o entregue está faltando páginas.
------------------------------	---

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00569/00570 - carta_03 - INVALIDEZ

000202MS



Carta nº 14746/202



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Única-1 | Nº 053881281

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
03/2020

Nº DO CLIENTE
9888993 DV

VENCIMENTO
14/04/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)
54,92

DATA EMISSÃO
05/03/2020

DADOS DO CLIENTE

Nome DENIVALDO LOURENCO BEZERRA

Endereço PV BOM TEMPO 00000
62297-000 CATUNDA BOM TEMPO
Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 1474861-FAE-006 - CU124R04

CPF / CNPJ

083.006.957-70

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

EA33.0B55.A106.3F3C.F0D1.A332.45CD.3B36

DATAS DE LEITURA

Anterior

06/02/2020

Atual

05/03/2020

Prev. Próx. Leitura

06/04/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumido Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	23571.00	23432.00	139.00	0.00	0.00	0.00	1.00	139.00	139.00	0.43014	59.79

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
Juros Moratórios			0,50
Consumo	139	0,43014	59,79
DMIC			5,37

CRÉDITO EM ENERGIA (kWh)

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh). Compense 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	59,79	1,1600	0,70
COFINS	59,79	5,3000	3,17
ICMS	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Band. Tarif.: Verde : 07/02 - 05/03

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mes/Ano	Valor R\$
01/2020	74,12
Total	74,12

83880000000-3 54920031010-5 01005026307-0 00009888993-1



Autenticação Mecânica

fls. 8

Órgãos de Proteção ao Crédito, Cartórios de Protesto de Títulos e a Suspensão do Fomento de Energia Elétrica.

Pague sua conta até a data de vencimento. Você evita a cobrança de juros e multa, o envio de informações aos

Para a sua comodidade, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.

DENIVALDO LOURENCO BEZERRA
PV BOM TEMPO 00000
CATUNDA BOM TEMPO
62297-000

DADOS PARA ENTREGA

CU124R04 1474861-FAE-006
9888993
05/03/2020 05/03/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento

0800 285 0196

Atendimento 24 horas

Internet

www.eneldistribuicao.com.br

OBSERVAÇÕES

As regras para a cobrança da Contribuição de Iluminação Pública poderão ser encontradas em www.eneldistribuicao.com.br

Informações sobre Legislação

Comunicamos aos nossos clientes que quaisquer informações sobre as condições gerais de fornecimento, tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição dos consumidores para consulta em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

Importante

Informações sobre os atendimentos comerciais realizados podem ser obtidas em todas as nossas lojas de atendimento e no nosso site.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIações

HFP: Hora fora ponta.

Contrat: Contratada.

Regist: Registrada.

Ultrapass: Ultrapassagem.

UFER: Unidade de faturamento de energia reativa.

DMRC: Demanda máxima correspondente ao Reativo.

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de horas que o cliente ficou sem energia.

FI: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.

DMIC: Duração máxima, em horas contínuas, que o cliente ficou sem energia.

DICRI: Duração de interrupções ocorridas em Dias Críticos.

Dias Críticos: Dias em que o número de ocorrências emergenciais supera o padrão normal.

Clientes cujos padrões de continuidade tenham sido violados, deverão receber uma compensação financeira através da conta de energia, conforme critérios definidos no Procedimento de Distribuição Módulo 8, além de poder solicitar à distribuidora a apuração dos indicadores DIC, FI, DMIC e DICRI, sempre que for necessário. Para mais informações entre no site www.aneel.gov.br.

INFORMAÇÕES/RECLAMAÇÕES

Regionais de Atendimento Enel:

Fortaleza e Região metropolitana:

(85) 4353 4788/4988

Juazeiro: (88) 3566 2225

Iguatu: (88) 3581 1191

Limoeiro: (88) 3423 4101

Canindé: (85) 3343 2025

Sobral: (85) 3677 2234

Itapipoca: (88) 3631 4188

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Ouvidoria: 0800 280 4100, dias úteis,

das 8h às 12h e das 14h às 18h,

com protocolo de atendimento anterior

2 - Agência Reguladora de Serviços Públicos do Estado do Ceará

- ARCE - 0800 727 0167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

3 - Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL 167 - ligação gratuita de telefones fixos e móveis.

Em caso de falta de energia, envie um SMS para 26816 com: faltadeluz + espaço + número do cliente



Formulário de devolução da conta com campos para: Hora, Data, Outros - especificar, Endereço insuficiente, Casa fechada, Recusou-se a receber, Matrícula, Rubrica.

Para garantir a validade dos dados impressos nesta conta, arquive a mesma em local seco, sem contato com plástico, óleo ou produtos químicos. Caso haja cobrança de valores referentes a serviços e/ou produtos não relacionados ao consumo de energia elétrica, o cliente poderá solicitar a emissão de nova fatura com a exclusão destes valores, com excesso de cobranças de taxas e contribuições previstas em lei ou regulamentos, como a CIP (contribuição de iluminação pública).

IMPORTANTE

DECLARAÇÃO

Eu, DENIVALDO LOURENÇO BEZERRA, brasileiro(a), SOLTEIRO
AGRICULTOR, RG 20073779320, CPF 08300695770, residente na
POVOADO BOM TEMPO, BOM TEMPO 62297000 CATUNDA CE, 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.

Catunda (CE), 26 de MARÇO de 2020

Denivaldo Lourenço Bezerra

Declarante

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: DENIVALDO LOURENÇO BEZERRA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR	Carteira de Identidade: 20073779320 SSP/RS-CE	
CPF nº: 083.006.957-70	Residência: POVOADO Bom Tempo		
Bairro: BOM TEMPO	Cidade: CATUNDA	Estado: CE	CEP: 62297000

OUTORGADO:

Ronaldo Farias Feijão, brasileiro, casado, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 24.951, com escritório profissional na Rua São José, 240, centro, 62297-000, Catunda, Ce. Fone / Fax: (88) 3686.1370.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu 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, 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, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Catunda (CE) 26 de MARÇO de 2020

Denivaldo Lourenço Bezerra

Outorgante

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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 57211 | 08/02/2019 1

Etiqueta Atendimento

ATEND.: 5445237 DT. ATEND.: 8/2/2019 - 17:34
MARI.: 958823 NASCIMENTO.: 6/1/1978
NOME.: DENIVALDO LOURENÇO REZERRA
MAE.: MARIA ABIGAIL DOS SANTOS
CPF.: 08300695770 CNS: SUSFACIL:
ENDER.: FAZENDA ROM TEMPO
BAIRRO: DISTRITO - CATUNDA

-CE- CEP: 62297000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, 41 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO APOS COLIDIR COM ANIMAL, ENCONTRA CONSCIENTE ACORDADO ORIENTADO, QUEIXA DE DOR NA CERVICAL E LOMBAR.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 160/90, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, Joana Paula Miguel de Souza () Paciente () Responsável
(Grau de Parentesco) _____, RG Nº _____, declaro que:

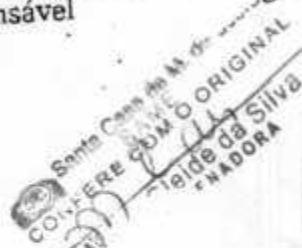
1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) merece atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, 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 _____

Joana Paula Miguel de Souza
Assinatura do Paciente ou Responsável



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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 57313 | 09/02/2019

Etiqueta Atendimento

ATEND.: 5445617 DT. ATEND.: 09/02/2019 - 14:48
MATER.: 958823 NASCIMENTO.: 06/01/1978
NOME.: DENIVALDO LOURENÇO REZERRA
MAE.: MARIA ABIGAIL DOS SANTOS
CPF.: 08300695770 DNS: SUSFACIL:
ENDER.: FAZENDA BOM TEMPO
BAIRRO: DISTRITO - CATUNDA

-CE- CEP: 62297000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, 41 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO ONTEM ESTAVA NA EMERGÊNCIA INTERNADO E ESTÁ SENDO ENCAMINHADO PARA AVALIAÇÃO COM TO REFERE ALGIA NO PUNHO ESQUERDO.

Silvana Vasconcelos de S. Viana
Enfermeira
COREN-CE 432910

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulsos: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, Denivaldo Lourenço Rezerra, ☒) 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 ____

Denivaldo
Assinatura do Paciente ou Responsável

Sistema Público de Saúde do Ceará
CONFERE EM URGÊNCIA
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

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

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

luxação cãrpa a (E)

Redução imediata e anestesia

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Dr. João Paulo Linhares
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ASSISTÊNCIA DE QUADRI
CRM 9902 SBO: 12381
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

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: _____

Santa Cruz de Minas
COMPRE CCM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
CO-REPRESENTANTE



Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
LEITOS DE OBSERVAÇÃO

fls. 15

Paciente: Demervaldo Lourenço Bezerra

Matrícula: 958823

Reg.: 5445237

Leito: 06

Diagnóstico: Fratura exposta?

Queixas: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
	Dietas zero		23:30'	Admitido nesta unidade de Emergência com
	SFO, 9%. 1500ml 24h/24h	500		hoje - Fratura exposta? no
	Tramadol 100mg + 100ml SFO, 9%.	24		de acidente de moto, com
	Bronco pneumonia 2:18 AB EV 3/8	SE MUSEU DURANTE		com animal - Encontra
	leptotoma 1g, EV, 6/6h	(24)		calmo, orientado, eupne
	Solicito avaliação do ortopedista			com palidez cutânea, m
				tido com hemorragias em
				MSE - Apresentando tra
				+ lesão em MSE - Qual
				RX - aguarda avaliação
				neurologica - PA = 160x90
				A-G leucide

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)



PRES. RIO
 USU. ANDIME
 CONVENIO
 PACIENTE
 PESO...
 INTERNA

MÉDICO.
UNID. H
CID.....
DIAGNÓST
PROTOCO
CLASSIF

DE
HD
ES
HA
RA
EV
AO
AC
AP
AB
EX
CD

*54

DIETA

1 DIET.

HIDRA7

2 SOR

MEDIC

3	C.C.
	0.9%

4 C.C.

5 C.C.

AD 1



REGISTRO DE ENFERMAGEM



NOME: Denivaldo Laurence Bezerra Nº PRONTUÁRIO 544523

SETOR: Emerg. ENFERMARIA: Obs LEITO: -

LEITO: —

DATA	LEITO	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO	EVOLUÇÃO
09/02	08:00	Paciente encontra-se calmo, orientado, sem queixas de dor, com acesso em bom funcionamento. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. 962605		
09/02/19	14:00hs	Paciente encontra-se calmo, orientado, sem queixas de dor, com acesso em bom funcionamento. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. 962605		
		Paciente evolui com alta hospitalar. Médica. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. 962605		


 Santa Casa de São Paulo
 COPIA ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

123 CLEIDE - 183 3613/723

CONF. COPIA ORIGINAL
Maria Cléide da Silva
COORDENADORA

12 VIA

Rubric
Méd

EVOLUÇÃO MÉDICA

CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 958823
Paciente...: DENIVALDO LOURENCO BEZERRA CPF...: 08300695770
Sexo...: MASCULINO
Dt. Nasc...: 06/01/1978 Idade...: 41a 1m 4d
Mae...: MARIA ABIGAIL DOS SANTOS Cor...: PARDA
Pai...: FRANCISCO LOURENCO BEZERRA CNS...:
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: FAZENDA BOM TEMPO Nº...:
Bairro...: DISTRITO CEP...: 62297-000
Cidade...: CATUNDA UF...: CE
Fone...: 993407328

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 5445768 Atendente...: NETO ARRUDA
Data...: 09/02/2019 Hora...: 21:56 Permanência...: 2 Dias
Procedimento...: 0408020342 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DAS FALANGES DA MÃ
Medico...: EUCLIDES JOSE DEUSDARA MATTOS (RES)
Unidade Int...: UI SALA DE RECUPERAÇÃO
Leito...: LEITO EXTRA- RECUPERAÇÃO
Convenio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Carteira...:
N. Guia...:

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Marta Gleide da Silva
COORDENADORA

Assinatura do Paciente ou Responsável

Outras Observações:

DATA ALTA...: 13/02/2019 DATA ALTA...: 13/02/2019

Paciente...: 958823 DENIVALDO LOURENCO BEZERRA

Serviço...: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA Convenio...: 1 SUS - SIH
Leito...: 174 LEITO 12-2 - C.S. SAO J Plano...: 1 SUS - SIH

Motivo Alta...: 1 ALTA MELHORADA Usuario...: CRISTIANO COSTA
CID...: S621 FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO

Procedimento de Alta...: 40802052 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXAÇÃO

Observação de Alta:

AUDY ROCHA DE OLIVEIRA

 SUS	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
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		
5 - NOME DO PACIENTE ATEND.: 5445768 DT. ATEND.: 9/2/2019 - 21:56 MATRI.: 958823 NASCIMENTO.: 6/1/1978 NOME...: DENIVALDO LOURENÇO BEZERRA MAE...: MARIA ABIGAIL DOS SANTOS CPF...: 08300695770 CNS: 704208231165989 SUBFACIL: ENDER.: FAZENDA BOM TEMPO BAIRRO: DISTRITO - CATUNDA -CE- CEP: 62297000		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
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente 45a; vítima de queda de moto Evolui com fraturas / Luxação de omor do corpo a esquerda. Necessita de procedimento cirúrgico		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Risco de complicação		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Unemniense + Exame físico		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Politrauma		24 - Cód 19 PRINCIPAL - 25 - Cód 19 SECUND - 26 - Cód 19 CAUSAS ASSOC. 5620
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Politrauma		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0411510301013
29 - CLÍNICA 01	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	31 - DOCUMENTO () CNS ☒ LGPF
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 831867864349		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE João Paulo Tavares Linhares		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 09/02/19
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. João Paulo Linhares Ortopedia e Traumatologia CRM/CE: 9892		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA 42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE EMPRESA 44 - CBOR	40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO
AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR CPF: 123.901.353-45
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO / /		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Elson Almeida Linhares CRM-3784 Diretor Clínico
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RONALDO FARIAS FEIJAO e esaj.tce.jus.br, protocolado em 26/03/2020 às 15:24, sob o número 02204260920208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0220426-09.2020.8.06.0001 e código 6375684.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Denivaldo Lourenco Bezerra

Tratamento para: S621 - Fratura De Outro(S) Osso(S) Do Carpo

☐ **Cirurgia :** RED. CIR. DE FRATURAS DOS OSSOS DO PUNHO **Data:** 08/02/19

☐ **Antibioticoterapia:** CEFAZOLINA

Recomendações:

- () Não Pisar
- () Não Sustentar Peso
- () Manter membro elevado (a 45°)
- () Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- (X) Retirar pontos após 15 dias
- () Fisioterapia precoce
- (X) Atentar à data de retorno (30 dias)
- (X) Fazer uso medicação prescrita
- (X) Trocar curativo diariamente

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
Márcia Cleide da Silva
COORDENADORA

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 30 dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). JOAO PAULO TAVARES LINHARES , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 16/02/2019

Assinatura e Carimbo

Dr. Euclides J. D. Mattos
Médico Residente
Traumatologia - Ortopedia
CREMEC 18722

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

Página.: 0001

Data.....: 13/02/2019

Hora.....: 19:01

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 352768

Paciente : 958823

Convênio Atend. : 1

Leito : 174

Dt. Início : 13/02/2019 17:22

Cid Pré-Operatório : S621

Cid Pós-Operatório : S621

Sala : .0004 SALA 04

DENIVALDO LOURENCO BEZERRA

SUS - SIH

LEITO 12-2 -C.S. SAO JOAQUIM

Dt. Fim : 13/02/2019 18:23

Atendimento : 5445768

Carteira :

Idade : 41 Anos 7 Dias 18 Horas

FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO

FRATURA DE OUTRO(S) OSSO(S) DO CARPO

Procedimentos

Procedimento: 0408020466

Convênio: 001

Procedimento: 0408020520

Convênio: 001

Anestesia: 06

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURAS DOS OSSOS DO CARPO

SUS - SIH

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO / FRATURA-LUXACAO DOS OSSOS DO CARPO

SUS - SIH

BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

ANESTESISTA

13140 ALEX PINTO DE MACEDO DA SILVA

CIRURGIAO

9892 JOAO PAULO TAVARES LINHARES

1. AUXILIAR

2411 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA- LUXAÇÃO DE CARPO A ESQUERDA

-PACIENTE SOB ANESTESIA GERAL EM DECUBITO DORSAL

-ASSEPSIA + ANTISSEPSIA EM MSE

-INCISÃO EM REGIÃO DORSAL DE MÃO ESQUERDA

-REALIZADA REDUÇÃO DA LUXAÇÃO DA 1ª E 2ª FILEIRA DO CARPO COM FIXAÇÃO DOS OSSOS PIRAMIDAL-PISIFORME COM 01 FIO DE KIRCHNER

- FIXAÇÃO DA LUXAÇÃO SEMINULNAR-CAPITATO COM 01 FIO DE KIRCHNER+

-SUTURA

-CURATIVO

-TALA AXILOPALMAR

TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE ESCAFOIDE

-PACIENTE SOB ANESTESIA GERAL EM DECUBITO DORSAL

-ASSEPSIA + ANTISSEPSIA EM MSE

-INCISÃO EM REGIÃO DORSAL DE MÃO ESQUERDA

-REALIZADA REDUÇÃO DA FRATURA DE ESCAFOIDE COM 01 FIO DE KIRCHNER

-SUTURA

-CURATIVO

-TALA AXILOPALMAR

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

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Dr. Audy Rocha de Oliveira
CPF 370 742 12411



Dr. João Paulo Linhares
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE: 9892

DR(A) : JOAO PAULO TAVARES LINHARES
CRM : 9892

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RONALDO FARIAS FEIJAO e esaj.tce.jus.br, protocolado em 26/03/2020 às 15:24 , sob o número 022042609202080600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0220426-09.2020.8.06.0001 e código 6375684.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA IDENTIFICAÇÃO

NOME: <u>DEVILALDO LAURENÇO DE TERRA</u>		DATA: <u>13/02/2020</u>	REGISTRO: <u>5445768</u>
IDADE: <u>44A</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>PARO</u>	CLÍNICA: <u>OROTOMIA</u>
PRESSÃO ARTERIAL: <u>178 x 76</u>	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>16</u>	TEMPERATURA: <u>36,5</u>
ESTADO GERAL: <u>BOM</u>	REGULAR ☐	MAU ☐	PÉSSIMO ☐
EXAMES COMPLEMENTARES:		RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN)	GRUPO SANGÜÍNEO: <u>Grav I</u>
AP. RESPIRATÓRIO:		AP. CIRCULATORIO: <u>RCR 2T</u>	
AP. DIGESTIVO:		ESTADO MENTAL: <u>LONG</u>	DROGAS EM USO:
PRÉ-ANESTÉSICO		ESTADO FÍSICO (ASA) <u>1 2 3 4 5 E</u>	
DROGA/HORA:			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:			
CIRURGIA REALIZADA: <u>DEBRIDAMENTO + OSTEESINTESE DOS OSSOS DO CARPO</u>			
CIRURGIÃO: <u>Dr. João Paulo</u>		AUXILIARES:	
INÍCIO DA ANESTESIA: <u>17:15</u>		TERMINO DA ANESTESIA: <u>18:15</u>	DURAÇÃO DA ANESTESIA: <u>1h</u>
AGENTE/HORA: <u>17:15</u> <u>18:15</u>			
O, N.O.			
LÍQUIDOS VENOSOS: <u>19F 100ml</u>			
PULSO: <u>80</u>			
DIÁSTOLICA SISTÓLICA: <u>100/60</u>			
P. ARTERIAL: <u>80/50</u>			
ANESTESIA X Códigos Cirurgia			
MONITORAÇÃO DE ARTERIAL: <u>X</u>			
C.G. ou PULSO: <u>X</u>			
ANOTAÇÕES:			
ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☒ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐			
TÉCNICA <u>Via Axilar C1 USC</u>			
LÍQUIDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE	Volume em ml	1 CEFALGOL 2g	6 DIPLOMATA 2g
NaCl 1000		2 ROXITINOL 0,5 (3ml)	7 CETO PHARM 100
SANGUE		3 BLOCALINA 17 (40ml)	8
RINGER		4 MIDAZOLAM 2g	9
TOTAL		5 DEKALON 2g	10
DESTINO DO PACIENTE		APTO ☐ ENFERM. ☐ SRPA ☒ UTI ☐ OUTROS ☐	
SRPA	PA: <u>170 x 80</u>	PULSO: <u>80</u>	RESPIRAÇÃO: <u>16</u> SpO ₂ : <u>100</u>
ASSINATURA / ANESTESISTA			
 Alex Macedo da Silva Medico CREMEC - 13.140			

NORTESINTESE - MATERIAL ORTOPÉDICO

Luís Eufrazio Farias Neto / PP

CNPJ: 07.827.664/0001 - 78

End.: Av. Tupinambá, 661 - Bairro Alto do Cristo - Sobral - CE

CEP: 62020-720 - Tel.: (88) 99273.7914

PACIENTE: Denivaldo Balleiro Bezerra

TIPO DE CIRURGIA:

MATRÍCULA: 9.58823 CONVÊNIO: Sus Pant DATA: 13.02/19

PROCEDIMIENTO:

CIRURGIÃO: M. João Paulo

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

[illegible]

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA

COND. P/PAGTO.: _____ MD: _____ TOTAL: _____

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

NÃO PREENCHER



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 5445768 DT. ATEND.: 09/02/2019 - 21:56
 MATR.: 958823 NASCIMENTO.: 06/01/1978
 NOME.: DENIVALDO LOURENÇO REZERRA
 MAE.: MARIA ABIGAIL DOS SANTOS
 CPF.: 08300695770 CNB: SUSFACIL:
 ENDER.: FAZENDA BOM TEMPO
 BAIRRO: DISTRITO - CATUNDA -CE- CEP: 62297000

QP:

HDA:

Vítima. No Guerra de

Moto. Acidente com

fratura nos ossos

EXAME FÍSICO:

NO CORPO
MTO (E)

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

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura nos ossos do corpo
MTO (E)

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO FINAL:

Fratura dos ossos do corpo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
DENIVALDO LOURENCO BEZERRA



DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
20073779320 SSPDS CE

CPF DATA NASCIMENTO
083.006.957-70 06/01/1978

FILIAÇÃO
FRANCISCO LOURENCO
BEZERRA
MARIA ABIGAIL DOS
SANTOS

PERMISSÃO ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
05271492716 14/10/2020 05/08/2011

OBSERVAÇÕES

EXERCE ATIV REMUNERADA;

Denivaldo Lourenco Bezerra

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
22/10/2015

Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR

8256180645
CE15019286

DETRAN-CE (CEARA)

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO

1225944428

1225944428

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RONALDO FARIAS FEIJAO e esaj.tce.jus.br, protocolado em 26/03/2020 às 15:24, sob o número 02204260920208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0220426-09/2020 e código 6375685.