



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](mailto:deranysantos@hotmail.com)

## PROCURAÇÃO

### **OUTORGANTE:**

|                                            |                                    |                                             |                          |
|--------------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------|
| Nome:<br><i>Genival Soares de Carvalho</i> | Nacionalidade:<br>BRASILEIRA       |                                             |                          |
| Estado Civil:<br><i>casado</i>             | Profissão:<br><i>Agricultor</i>    | Carteira de Identidade:<br><i>329951798</i> |                          |
| CPF nº:<br><i>801.791.503-91</i>           | Residência:<br><i>Sítio Belem.</i> |                                             |                          |
| Bairro:<br><i>Zona Rural</i>               | Cidade:<br><i>Taua</i>             | Estado/UF:<br><i>CE</i>                     | CEP:<br><i>63660-000</i> |

**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.

*Gustavo* – CE., *13* de *Julho* de *2020*

*Genival Soares de Carvalho*  
(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](mailto:deranysantos@hotmail.com)

### DECLARAÇÃO DE POBREZA

|                                                  |                            |                                 |
|--------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------|
| Declarante:<br><u>Genival Soares de Carvalho</u> |                            | Nacionalidade:<br>Brasileira    |
| Residência:<br><u>Sítio Belém</u>                |                            | Profissão:<br><u>Agricultor</u> |
| CPF nº:<br><u>806.791.503-91</u>                 | RG nº:<br><u>329951798</u> | Estado Civil:<br><u>Casado</u>  |
| Bairro:<br><u>Zona Rural</u>                     | Cidade:<br><u>Tana</u>     | Estado/UF:<br><u>Ce</u>         |
| CEP:<br><u>63660-00</u>                          | 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., 13 de Julho de 2020.

Genival Soares de Carvalho

Declarante

|                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          |                                                                                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
|  <b>REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL</b><br>MINISTÉRIO DAS CIDADES<br>DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO<br>E ARTEIRIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO |                                                                          |  <b>CE</b> |
| NOME: <b>GENIVAL SOARES DE CARVALHO</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                          |                                                                                              |
|                                                                                                                                             | DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF<br>329951798 SSFDC CE                  |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                              | CPF DATA NASCIMENTO<br>801.791.503-91 10/08/1978                         |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                              | FILIAÇÃO<br>GERALDO FERREIRA DE CARVALHO<br>TEREZINHA SOARES DE CARVALHO |                                                                                              |
|                                                                                                                                                                                                                              | SEXUO ACC CATAR.<br>[ ] [ ] R                                            |                                                                                              |
| Nº REGISTRO: <b>06884630305</b> VALIDEZ: <b>06/11/2021</b> 1ª HABILITAÇÃO: <b>20/07/2017</b>                                                                                                                                 |                                                                          |                                                                                              |
| OBSERVAÇÕES<br>SEM OBSERVAÇÃO;                                                                                                                                                                                               |                                                                          |                                                                                              |
| Assinatura do Portador: <i>Genival Soares de Carvalho</i><br>ASSINATURA DO PORTADOR                                                                                                                                          |                                                                          |                                                                                              |
| LOCAL DATA EMISSÃO<br>FORTALEZA, CE 06/09/2018                                                                                                                                                                               |                                                                          |                                                                                              |
| Assinatura do Emissor: <i>Paulo Rômulo Simões Pontes</i><br>PAULO RÔMULO SIMÕES PONTES<br>ASSINATURA DO EMISSOR                                                                                                              |                                                                          |                                                                                              |
| <b>CEARA</b>                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                                                                              |

VÁLIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1659979449

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1659979449



**SINISTRO 3190553569 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** GENIVAL SOARES DE CARVALHO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compreve  
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** GENIVAL SOARES DE CARVALHO**CPF/CNPJ:** 80179150391**Posição em 17-07-2020 15:42:50**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 18/11/2019        | R\$ 1.350,00         | R\$ 0,00         | R\$ 1.350,00 |



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA  
Impresso nº 2019678929

fls. 13



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 552 / 2019**

3190/553569

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **25/09/2019 12:03:58**  
Data / Hora da Ocorrência: **15/06/2019 17:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **KM 20 (PROX A LADEI DO BELEM, ZONA RURAL - INDEPENDENCIA/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **GENIVAL SOARES DE CARVALHO**  
Nascimento: **10/08/1978** CPF: **801.791.503-91**  
RG: **329951798** Órgão Emissor: UF:  
Filiação: **TEREZINHA SOARES DE CARVALHO**  
**GERALDO FERREIRA DE CARVALHO**  
Endereço: **SITIO BELEM**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **INDEPENDENCIA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Noticiante(s)**

Nome: **GENIVAL SOARES DE CARVALHO**  
Nascimento: **10/08/1978** CPF: **801.791.503-91**  
RG: **329951798** Órgão Emissor: UF:  
Filiação: **TEREZINHA SOARES DE CARVALHO**  
**GERALDO FERREIRA DE CARVALHO**  
Endereço: **SITIO BELEM**  
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:  
Município: **INDEPENDENCIA/CE** Telefone:  
País: **BRASIL**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **HVZ4421** Uf: **CE** Município: **INDEPENDENCIA** Chassi: **9C2JC250WWR098323** Renavam: **693830336** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1998** Ano Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **JOVINO PEREIRA DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

Afirma o declarante que no dia e hora supracitados, seguia guiando sua motocicleta nas proximidades da Serra do Belém nas precisamente no Km 20, quando o declarante veio a se chocar em uns paus que estavam atravessados na BR; Que o declarante veio a cair ao solo; Que em seguida foi conduzido até o hospital municipal do município de Independência-CE; Que conforme a ficha de atendimento o declarante teve politraumatismo após a queda da motocicleta; QUE este Município não dispõe de SAMU, Corpo de Bombeiros ou outra instituição similar que realize atendimento às vítimas de acidente de trânsito; QUE apresentou como testemunhas as

*Amorinda Silva Oliveira*

*Jovino Pereira de Oliveira*



# GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

Impresso nº 2019678929

fls. 14



## BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 552 / 2019

peessoas de JUVINO PEREIRA DE OLIVEIRA, filho de Maria das Neves Nicolau de Oliveira e Nascimento Pereira de Oliveira, portador do RG 200762778586 SSP-CE, CPF 886.075.423-20, residente na St. Belém, Zona Rural, DT Barra Velha, Independência-CE e AMANDA SILVA OLIVEIRA, filha de ANTONIO CARLOS OLIVEIRA DE LIMA e IZAURA DA SILVA NASCIMENTO, portadora do RG 2008400214-4 SSP-CE, Rua José de Anchieta, 293, AP 01, Cohab, Independência-CE;

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da Lei (art. 339 e 340) do CPB

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDÊNCIA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**CLAUDENISIO RODRIGUES SILVA - MAT.: 30119940**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**MATHEUS FIGUEIREDO DE ARAUJO - MAT.: 30123069**

*X Amanda Silva Oliveira*  
*Jovino Pereira de Oliveira*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 30/07/2020 às 14:10, sob o número 00502857220208060092. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0050285-72.2020.8.06.0092 e código 6F6BEA1.



**INDEPENDÊNCIA**

PREFEITURA

Terra de todos nós

**PREFEITURA MUNICIPAL DE INDEPENDÊNCIA**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DATA 15 / 6 / 19 HORÁRIO 17 : 40

Telefone: ( ) \_\_\_\_\_

**Boletim de Atendimento de Paciente Externo**  
**Hospital Municipal de Independência CE**

Paciente: Genival Soares de Carvalho CNS: 7045071185290

Idade 40 Data de Nascimento: 10 / 08 / 78 Sexo: M Naturalidade Luzia:

Profissão: engenheiro Estado Civil: universtual Endereço: Beleza

Mãe: Teuzinha Soares de Carvalho

Motivo do Atendimento: \_\_\_\_\_

( ) Clínico ( ) Obstétrico ( ) Psiquiátrico ( ) Violência ( ) Pediátrico ( ) Cirúrgico ☒ Acidente

PA: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ Glicemia: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ SPD 2: \_\_\_\_\_

Médico Responsável: \_\_\_\_\_

Conduta Médica:

*Politraumotizado após queda do  
moto ciclo*

*CD: Antussorpio + Analgesico + Sutura  
+ Imobilizacao*

*Transparencia*

Dr. Brenno Lopes Lima Lages  
MÉDICO  
CRM-CE/20189

Médico

Antônia Maria S.  
Paciente ou Responsável

fls. 15  
16



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

|                                             |                                     |                                                |                            |                            |
|---------------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Prontuário<br>044531                        | Atendimento<br>0006                 | Nome do Paciente<br>GENIVAL SOARES DE CARVALHO | CNS<br>704107118527978     | Guia de Autorização        |
| Documento(s)<br>Identidade: 329951798       | Data de Nascimento<br>10/08/1978    | Local<br>INDEPENDENCIA/CE                      | Estado Civil<br>Casado(a)  | Sexo<br>Masculino          |
| Pai<br>GERALDO FERREIRA DE CARVALHO         | Mãe<br>TEREZINHA SOARES DE CARVALHO | Bairro<br>ZONA RURAL                           | CEP<br>63640-000           | Município<br>INDEPENDENCIA |
| Endereço<br>CAMPO BELEM, SN                 | UF<br>CE                            | Telefone<br>88 36751248                        | Profissão<br>AGRICULTOR    | Empresa                    |
| Responsável<br>ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTI | CPF do Responsável                  | Endereço<br>CAMPO BELEM, SN                    | Município<br>INDEPENDENCIA | UF<br>CE                   |
| Cônjuge<br>ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTINS   |                                     |                                                |                            |                            |

DADOS DO ATENDIMENTO

|                                                         |                     |                                               |                       |                                                    |
|---------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------|-----------------------|----------------------------------------------------|
| Data Atendimento<br>15/06/2019                          | Hora<br>19:55       | Convênio<br>SUS                               | Matrícula             | CID                                                |
| Profissional do Atendimento<br>RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA | CRM/UF<br>19006/CE  | Tipo Atendimento<br>CONSULTA COM PROCEDIMENTO | Indicador de Acidente | Funcionário<br>MARAIZA VIEIRA BARBOSA              |
| Observação<br>trouxe guia                               | Data/Hora Liberação | às                                            | hs.                   | Tipo de Saída<br>( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |

|               |           |             |        |         |         |           |               |                  |
|---------------|-----------|-------------|--------|---------|---------|-----------|---------------|------------------|
| Sinais Vitais | Peso (kg) | Altura (cm) | T (°C) | P (bpm) | R (mpm) | PA (mmHg) | Oximetria (%) | Glicemia (mg/dL) |
|               |           |             | 35,6   | 66      | 20      | 106 X 61  | 95            |                  |

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 15/06/2019 19:53

Responsável pela Classificação: PATRICIA ROSA DE AN

Relatório:

paciente proveniente do municipio de Independencia, vitima de acidente de moto, fez uso de bebida alcoolica, apresentando lesao em mão esquerda e joelho esquerdo. Nega alergia medicamentosa

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

15/06/2019 20:24:05h Responsável: RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA CRM-CE 19006

PACIENTE ENCAMINHADO DE INDEPENDÊNCIA, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NA PRESENTE DATA APRESENTANDO LESÃO CORTO-CONTUSA EM JOELHO ESQUERDO (JÁ SUTURADA) E MÃO ESQUERDA. RELATA INGESTA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E USO DE CAPACETE DE SEGURANÇA

HD: FRATURA EXPOSTA?

CD: 1. SOLICITO RX DE MÃO ESQUERDA E JOELHO ESQUERDO

2. CETOPROFENO 100MG + 100ML DE SF0,9%, IV

3. REAVALIAR APÓS

Antônio Márcio Servolo Biqueira  
COREN-CE 687 266 - TE

09:20 Comunicado ao médico  
traumatologista por Telefone.

Patricia Rosa de Anchieta  
ENFERMEIRA  
COREN-CE 233.958

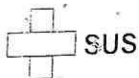
R

RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA - CRM: 19006

Antônia marlúcia  
Assinatura Paciente/Responsável  
Responsável: ANTONIA MARLUCIA SILVA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 30/07/2020 às 14:10, sob o número 0050285-72.2020.8.06.0092 e código 6F6BEA1. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050285-72.2020.8.06.0092 e código 6F6BEA1.





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 18

v201900

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  
GENIVAL SOARES DE CARVALHO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

44531

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.4107.118.5279-78

8 - DATA DE NASCIMENTO

10/08/1978

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

TEREZINHA SOARES DE CARVALHO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

ANTONIA MARLUCIA SILVA MARTIN

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

CAMPO BELEM, SN, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

INDEPENDENCIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 3675-1248

14 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 3675-1248

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2305605

18 - UF

CE

19 - CEP

63640-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE ENCAMINHADO DE INDEPENDÊNCIA, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO NA PRESENTE DATA APRESENTANDO LESÃO CORTO-CONTUSA EM JOELHO ESQUERDO (JÁ SUTURADA) E MULTIPLAS LESÕES CORTO-CONTUSAS EM MÃO ESQUERDA COM EXPOSIÇÃO ÓSSEA. RELATA INGESTA DE BEBIDAS ALCOÓLICAS E USO DE CAPACETE DE SEGURANÇA. RADIOGRAFIA EVIDENCIA FRATURAS DE 3 E4º QUIRODÁCTILOS DE MÃO ESQUERDA.  
HD: FRATURA EXPOSTA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

ANAMNESE + EXAMES FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S62.6 Fratura de outros dedos

24 - CID 10 PRINCIPAL

S62.6

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0908020377

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

04584458359

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

RAFAEL DE OLIVEIRA SOUSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/06/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)

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

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. 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 NO CONSELHO)

Dr. Gilvan Freire Martins  
Médico Auditor  
Secretaria Municipal de Saúde de Itapetina  
Departamento de Controle, Avaliação  
Regulação e Atenção



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 19  
Impressão: 16/06/2019 12:13

Página 1  
v2019001

Período: 16/06/2019 00:00:00 à 16/06/2019 23:59:59

### Dados Clínicos - Médico

|                          |                                                             |          |            |               |                              |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|----------|------------|---------------|------------------------------|
| Paciente                 | GENIVAL SOARES DE CARVALHO                                  |          |            | Prontuário    | 044531/0008                  |
| Data de Nascimento       | 10/08/1978                                                  | Idade    | 40 Ano(s)  | Nome da Mãe   | TEREZINHA SOARES DE CARVALHO |
| Data Internação          | 15/06/2019                                                  | Aposento | ENFERMARIA | Quarto/Leito  | 006/0003                     |
| Profissional Responsável | JAMIL SANCHES JORQUEIRA                                     |          |            | CRM           | 6945                         |
| Convênio                 | SUS                                                         |          |            | Setor         | CLINICA CIRURGICA            |
| Diagnóstico              | S62.6 Fratura de outros dedos S62.6 Fratura de outros dedos |          |            | Especialidade | CIRURGICA                    |

### DESCRIÇÃO

DESCRICAO ORTOPEDICA: - 16/06/2019 12:13:51

PACIENTE NO CC  
FEITO ANTISSEPISIA COM ASSEPISIA  
FEITO ANESTESIA LOCAL  
LAVAGEM COM SF  
FEITO DEBRIDAMENTO  
FIXADO 4° PDT CPM FIOLS DE KIRCHENER 1.5  
FEITO DEBRIDAMENTO DE PARTES MOLE  
APROXIMAÇÃO DA PELE  
LAVAGEM DO 5° QRTD FEITO DEBRIDAMENTO  
APROXIMAÇÃO DA PELE  
FEITO CURTIVOL COM NEOMICINA

Jamil S. Jorquera  
CRM 6945

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO  
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 19/06/2019 15:20

Período: 19/06/2019 07:00:00 à 19/06/2019 15:20

### Dados Clínicos - Enfermagem

|                                                             |                   |                              |  |
|-------------------------------------------------------------|-------------------|------------------------------|--|
| Paciente                                                    |                   |                              |  |
| GENIVAL SOARES DE CARVALHO                                  |                   |                              |  |
| Data de Nascimento                                          | Idade             | Nome da Mãe                  |  |
| 10/08/1978                                                  | 40 Ano(s)         | TEREZINHA SOARES DE CARVALHO |  |
| Data Internação                                             | Aposento          | Quarto/Leito                 |  |
| 15/06/2019                                                  | ENFERMARIA        | 012/0003                     |  |
| Profissional Responsável                                    |                   |                              |  |
| JAMIL SANCHES JORQUEIRA                                     |                   |                              |  |
| Convênio                                                    | Setor             | Especialidade                |  |
| SUS                                                         | CLINICA CIRURGICA | CIRURGICA                    |  |
| Diagnóstico                                                 |                   |                              |  |
| S62.6 Fratura de outros dedos S62.6 Fratura de outros dedos |                   |                              |  |

### REGISTROS DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 19/06/2019 10:00:00

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

FEITO ITEM 04

Antonia Djane Alexandre Pinho  
Téc. de Enfermagem  
COREN/CE 793.701

RESPONSÁVEL: TE: ANTONIA DJANE ALEXANDRE PINHO - COREN-CE 793701

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 19/06/2019 11:00:00

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

FEITO ITEM 05

Antonia Djane Alexandre Pinho  
Téc. de Enfermagem  
COREN/CE 793.701

RESPONSÁVEL: TE: ANTONIA DJANE ALEXANDRE PINHO - COREN-CE 793701

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 19/06/2019 11:00:00

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR, COM MELHORAS EM SEU QUADRO CLINICO, ENTREGUEU AVISO DE ALTA, REÇEITAS MEDICAS  
RETIRADO AVP

Janilson L. Alencar  
TÉCNICO DE ENFERMAGEM  
COREN/CE 1227113

RESPONSÁVEL: TE: JANILSON LOPES ALENCAR - COREN-CE 1227113

Genivaldo

Hospital São Lucas

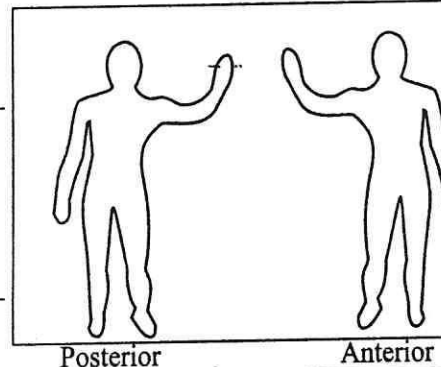
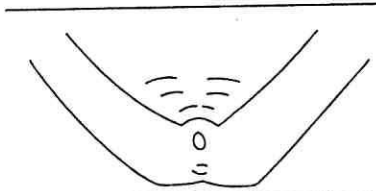
ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILOANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: GENIVAL SOARES DE CARVALHO  
 Prontuário: 044531 Convênio: SUS  
 Data Nascimento: 18/08/1978  
 Nome da Mãe: TEREZINHA SOARES DE CARVALHO  
 Município: INDEPENDENCIA-CE

Admissão no Centro Cirúrgico: 16/06/19 Horas: 10:15 Cirurgia Proposta: \_\_\_\_\_PA: 120x80 FC: 95 FR: 20 T: 37 SpO2 96 Glicemia: 86Encaminhamento às 10:50 Para sala: (C)Admissão na sala: (C) Horas: 10:51Medicação pré-anestésica: (☒) Não (☐) Sim Qual \_\_\_\_\_Anestesista: Dr Samil Tipo de Anestesia: (☐) Raquidiana (☐) Geral (☒) Local(☐) Bloqueio Anestésico (☐) SedaçãoInício da anestesia 10:00Sala: CCirurgião: Dr Samil 1º Auxiliar \_\_\_\_\_Instrumentador(a) ThaianaInício da Cirurgia 11:00Posição do paciente: (☒) Dorsal (☐) Ginecológica (☐) Ventral (☐) Lateral(☐) Outra: \_\_\_\_\_

Soluções Antissépticas:

- (☐) clorhexidina Degermante Localização de:  
 (☐) iodopolidona Degermante (☐) Eletrodos  
 (☐) iodopolidona Tópico (☐) Incisão Cirúrgica  
 (☐) álcool iodado (☐) placa de Bisturi  
 (☐) álcool 70% (☐) Drenos



Posterior

Anterior

Parto Cesariana: RN1º \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Apgar \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_

Apresentação Fetal \_\_\_\_\_, RN2º \_\_\_\_\_

RN Encaminhamento às \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_

Hora: 11:10 Transoperatório: PA: 120x80 FC: 96 FR: 20 T: \_\_\_\_\_ SpO2 99Infusão de: (☐) Concentrado de Hemácias (☐) Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: \_\_\_\_\_

Destino: (☐) Biopsia Laboratório (☐) outro: \_\_\_\_\_Exames durante o transoperatório: (☐) RX (☐) Laboratorial (☐) \_\_\_\_\_Termino da Cirurgia 11:50 PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ SpO2 \_\_\_\_\_Cirurgia Realizada: Tratamento cirúrgico de fratura exposta comEncaminhamento às 12:00 Para: URPAcom: (☒) Curativo - Tipo compressivo (☐) Tubo Endotraqueal(☐) Dreno (☐) Sonda Vesical(☐) Imobilizador (☐) Tampão(☐) Cateter de oxigênio 02 (☐) Bolsa de Colostomia(☐) Cateter venoso central (☐) Outros \_\_\_\_\_(☒) Cateter venoso periférico (☐) outros \_\_\_\_\_

Observação: \_\_\_\_\_

Ass. CAROLINE QUEIROZ DE ALMEIDA  
 Téc. de Enfermagem  
 COREN 790.695

## AVALIAÇÃO MÉDICA

AGRAVAMENTO

## Informações da vítima

Nome Completo: GENIVAL SOARES DE CARVALHO  
 CPF e/ou RG: 803.793.503-93

## Informações do Acidente

Data do acidente: 15/06/2019.

## Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Região(ões) corporal(is) acometida(s):

FRATURA DO 3º E 4º QUIRÓDACTILO ESQ. E TRAUMA CON-  
TUSO EM JOELHO ESQ.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO 3º E 4º QUIRÓDACE-  
TILO ESQ. E TRATAMENTO CONSERVADOR DE JOELHO ESQ.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

LESÃO ANATÔMICA DEFINITIVA: RIGIDEZ ARTICULAR DO  
3º AO 5º QUIRÓDACTILO ESQ. COM PERDA DA PRESSÃO PA-  
RAZ ESQ., PERDA DO MOVIMENTO DE PINÇA DO 3º AO 5º  
QUIRÓDACTILO ESQ.; LIMITAÇÃO CUBO DA DORSOFLEXÃO  
DO JOELHO ESQ.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

## Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: MÃO ESQ.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ☒ ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

2ª Lesão: JOELHO ESQ.

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ☒ ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

3ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

4ª Lesão: \_\_\_\_\_

Marque o percentual: ( ) 10% Residual ( ) 25% Leve ( ) 50% Média ( ) 75% Intensa ( ) 100% Completa

06.10.19, CRATEUS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Dr. Clayton Freire Melo Filho

MÉDICO

CREMEC 19150

Genival Soares de Carvalho  
 assinatura da vítima