



PROCURAÇÃO
“AD JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE: José Batista Pereira, brasileiro, casado, agricultor, RG nº. 2007438093-G, SSPD/CE, CPF nº. 438.321.053-87, residente na Fazenda Maracajá, S/Nº, Distrito de Passagem, Quixeramobim-CE, CEP: 63.800-000.

OUTORGADO: **TYAGO BEZERRA DE SOUSA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.533, e no CPF sob o nº 027.048.473-63, todos com escritório profissional localizado à Rua da Cruz, 221, sala 09, Centro, QUIXERAMOBIM-CE, onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC).


PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgante acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “Ad Judicia Et Extra”, para agir, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores inclusive em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) DECLARA(M), para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950, bem como o art. 98 e seguintes do Novo Código de Processo Civil, Lei 13.105/2015.


QUIXERAMOBIM/CEARÁ 20 de Agosto de 2018

X José Batista Pereira

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO MILITAR BARRIOSA MANGUEIRA



Polegar Direito



João Batista Pereira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

200749093 - 6

19/01/2010

JOÃO BATISTA PEREIRA

ANTÔNIO PEREIRA

MARIA NILTA DE LIMA PEREIRA

QUIXADA - CE

DATA DE NASCIMENTO
30/09/1967

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: URUQUE TERMO: 00841 FOLHA: 33-E-V
LIVRO: B-05 QUIXERAMOBIM - CE

P.: 27



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal

CPF

CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
438.321.053-87

Nome
JOÃO BATISTA PEREIRA

Nascimento
30/09/1967





3286928-2

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 160
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



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

475844461

Rota 23 28036 02 096000 - 5

Data de Emissão 04/05/2017

Nome JOAO BATISTA PEREIRA

End. Postal FZ MARACAJA 00000

DISTRITO DE PASSAGEM - QUIXERAMOBIM - 63800000

Medidor 13471476

Posto 0000 Y25S

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 438321053-87

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mai/2017	04/05/2017	05/06/2017

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	EURO 5,00
QUIXERAMOBIM	Mar/2017	

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

Mês	Pedidos Individuais P			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,73	21,46	42,92	0,00	4,55	0,00
FC	7,67	15,34	30,69	0,00	4,00	0,00
DMIC	5,76				0,00	

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0565.6544.8329.6404.2665.0768.6043.8948

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
6556	6493	1,00	63	0,00	63	0,2179	13,74

04/05/17	04/04/17	30 DIAS	63	14,00
DESCRIÇÃO				VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL				29,12
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA				-15,12
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA				0,99
COB. SALDO FATURA ANTERIOR				12,98
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 0,97)				

05/06/2017

27,97

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	8,45
Transmissão	0,21
Distribuição	2,56
Encargos Setoriais	1,46
Tributos (ICMS PIS-COFINS) ...	1,99
TOTAL	14,67

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
52		
03		
51		
56		
51		
54		
52		
49		
55		
43		
56		
39		
56		

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
27,23	0,00	

A bandeira de maio seiva vermelha (Patamar 1), com custo de R\$ 2,00



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1386 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **24/05/2017 08:28:54**
 Data / Hora da Ocorrência: **11/05/2017 19:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA 060**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
 Ponto de Referência: **EM FRENTE AO HOSP. REGIONAL DO CENTRAL**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO BATISTA PEREIRA**
 Nascimento: **30/09/1967** CPF: **438.321.053-87**
 RG: **20074380936** Orgão Emissor: **SSPDS**
 Filiação: **MARIA MILTA DE LIMA PEREIRA**
ANTONIO PEREIRA
 Endereço: **SITIO MARACAJA**
 Bairro: **DISTRITO MANITUBA**
 Município: **QUIXERAMOBIM/CE**
 País: **BRASIL**

UF: **CE**
 CEP:

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORW8208** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi: **9C2KD0550ER324586** Renavam: **999730029** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO PEREIRA DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

A vítima informa que estava trafegando por volta de 19:00h na motocicleta Honda NXR 180 Bros preta, de placas ORW 8208/CE, de propriedade de Francisco Pereira da Silva, RG nº 2001005136082, CPF 070.533.323-06, sem garupeiro. Que a vítima é habilitada, com documento de nº 06004259873. Que estava trafegando da cidade de Quixeramobim/CE com destino a Cidade de Quixadá/CE, quando bateu em uma divisória próxima ao meio fio pois a estrada estava escura e perdeu o controle da motocicleta ocasionando a queda. QUE não bateu em nenhum carro. Que sofreu lesões em seu corpo e quebrou a clavícula de acordo com o Boletim de Atendimento da Unidade de Atendimento 24h nº 11. Que foi socorrido pelo SAMU e levado ao Hospital Regional Pontes Neto. Que foi atendido pelo Dr. Marcelo Nobre CRM 16149. Que passou oito dias internado no Hospital Pontes Neto. Que irá retornar ao Hospital para averiguar a necessidade de passar por procedimento cirúrgico. Que possui duas testemunhas WLISSES DOS SANTOS NETO RG Nº 801.067 - 2vias, SSPDS/CE e MARIA DA CONCEIÇÃO DE LIMA PEREIRA, RG nº 99098123822 e MARIA CONCEIÇÃO DE LIMA PEREIRA, RG nº 99098123822, SSPDS/CE. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 1386 / 2017

CAROLINE CAPIBARIBE CAVALCANTI - MAT.: 30110919

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Batista Pereira

André Cícero Firmino da Silva
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANDRE CICEIRO FIRMINO DA SILVA - MAT.: 30117611

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

DATA: 11/05/17

HORÁRIO: 19:29h

ASSISTENTE Nº: 11

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL E DIREÇÃO CLÍNICA.

DADOS DO PACIENTES:

NOME: João Batista Pereira
 SEXO: M DATA NASCIMENTO: 30/09/67 IDADE: 49 a ESTADO CIVIL: casado
 MÃE: M^{te} Miltaz de Lima Pereira SUS: 8980027701697
 NATURALIDADE: Quixadá-CE PROFISSÃO: agricultor
 RUA/ENDEREÇO: Maracajá Marituba BAIRRO: Marituba CEP: _____
 CIDADE: Quixeramobim ESTADO: CE TELEFONE: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Assisilva do Santos Matos
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL

PA: X mmhg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) 0 MIN	URGÊNCIA MAIOR (AMARELO) 60 MINUTOS	URGÊNCIA RELATIVA (VERDE) 120 MINUTOS	NÃO URGENTE (AZUL) 240 MINUTOS
<input type="checkbox"/> Politraumatismo/TCE; <input type="checkbox"/> Queimaduras grandes; <input type="checkbox"/> Coma ou alteração consciência; <input type="checkbox"/> Lesão da Coluna Vertebral; <input type="checkbox"/> Desconforto Respiratório Grave; <input type="checkbox"/> Dor no peito + cianose + falta de ar; <input type="checkbox"/> Vômito + perda consciência ou dor tórax por mais de 30 min; <input type="checkbox"/> Perfuração no peito, abdômen ou cabeça; <input type="checkbox"/> Crise convulsiva; <input type="checkbox"/> Intoxicação exógena ou tentativas de suicídio; <input type="checkbox"/> Anafilaxia ou reações alérgicas+ falta de ar; <input type="checkbox"/> Hiper ou Hipoglicemias (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Parada Cardiorrespiratória; <input type="checkbox"/> Alterações SSVV + sintomas (diagnosticadas); <input type="checkbox"/> Hemorragia não controlada; <input type="checkbox"/> Fraturas; ferimentos (cortes);	<input type="checkbox"/> Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva; <input type="checkbox"/> Alterações agudas de comportamento, agitação e confusão mental; desmaios; <input type="checkbox"/> História de convulsão; <input type="checkbox"/> Dor torácica intensa; <input type="checkbox"/> Crise asmática ou desconforto respiratório; <input type="checkbox"/> Diabético + sudorese, alteração do estado mental, visão turva, febre, vômito, taquipnéia, taquicardia; <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais em pacientes sintomáticos; <input type="checkbox"/> História recente de melena ou hematêmese ou enterorragia; <input type="checkbox"/> Epistaxe; <input type="checkbox"/> Dor forte de qualquer natureza; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal com dor abdominal; <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos e diarreia persistente + sinais de desidratação grave; <input type="checkbox"/> Febre alta (39-40°); <input type="checkbox"/> Luxações, entorse + dor intensa; <input type="checkbox"/> Acidente por animais peçonhentos; <input type="checkbox"/> Bronco espasmo.	<input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos; <input type="checkbox"/> Pacientes escoltados; <input type="checkbox"/> Deficientes físicos ou impossibilitados de deambulação; <input type="checkbox"/> Asma fora da crise; <input type="checkbox"/> Enxaqueca; <input type="checkbox"/> Dor ouvido moderada a grave; <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações sinais vitais; <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal sem dor abdominal; <input type="checkbox"/> Vômito e diarreia sem sinais de desidratação; <input type="checkbox"/> Abscessos; <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos; <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa; <input type="checkbox"/> Intercorrências ortopédicas; <input type="checkbox"/> Gastroenterite.	<input type="checkbox"/> Queixas sem alterações agudas; <input type="checkbox"/> Procedimentos como: curativos, trocas ou requisições de receitas medica, avaliação de resultados de exames, solicitação de atestados médicos; <input type="checkbox"/> Demais situações não enquadradas anteriormente; Uso de benzilpenicilina; SEMPRE ORIENTAR A PROCURA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE MARCAR CONSULTA CO MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA / EMERGÊNCIA



DATA: ____/____/____

HORÁRIO: _____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

Q u e n a n o m o t o

U l t i m o a n o , c o n s c i e n t e , o r i e n t a d o

A n a m n e s e f i z i c a

D e f e r i d a d e e m a n a n t e

M

PRESCRIÇÃO:

1 Pipirina 2:16h AM

1 Fome 100mg + 100ml SF 11% *19:50*

2/5 ml 100% *(800) (800)*

M

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM:

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS



**LAUDO
 MÉDICO PARA
 EMISSÃO DE
 AIH**

**HOSPITAL REGIONAL
 DR. PONTES NETO DE QUIXERAMOBIM**

FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com Quixeramobim-CE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital Regional Dr. Pontes Neto	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - NOME DO PACIENTE Goao Batista Pereira	6 - Nº DO PRONTUÁRIO JJS. 770
7 - CARTÃO SUS 18 9 8 0 0 2 7 7 0 8 6 9 4 4 4	8 - DATA DO NASCIMENTO 13 0 0 9 1 9 6 7
9 - SEXO Mas.: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem.: <input type="checkbox"/> 3	
10 - NOME DA MÃE DO REFERENTE Marcia Melita de Lima Pereira	11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 818 993 471 1018171
12 - ENDEREÇO (RUA, NUMERO) Rua da Maracajá Distrito de Maratuba	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Quixeramobim	14 - CÓDIGO BGE MUNICÍPIO
15 - UF CE	16 - CEP 63180000

JUSTIFICATIVA DA INTERNÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
 Paralela apresenta fratura de clavícula esquerda.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAR INTERNAÇÕES
 anemom + est friso

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DO EXAME)
 anemom + est friso.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - C D 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--------------------------	-----------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTOS () CNS () CPF	29 - Nº DOCUMENTOS (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Marcelo Medeiros CRM 16149	

PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SERIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - Cód. ORGÃO EMISSOR	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



ESTADO DO CEARA
 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SECRETARIA DE GESTAO HOSPITAL - SUS



FICHA
 DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FONE:(88) 3441.1353- FAX(88) 3441.4009- E-
 MAIL:HOSP.REGIONAL@HOTMAIL.COM
 QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICAÇÃO:

NOME: JOÃO BATISTA PEREIRA Nº REG: 111.770
 DATA NASCIMENTO: 30/09/1967 IDADE: 49 anos COR: Pardo SEXO: F () M (X)
 EST. CIVIL Casado NATURALIDADE: Quixeramobim NACIONALIDADE: Brasileiro
 CNS: 848 0027 7086 9444 DOCUMENTAÇÃO: RG: 2007438093-6 SSP EXP: 19/01/10
 PACIENTE DO SAD: SIM () NÃO (X)
 PROFISSÃO: Agricultor TELEFONE: () _____
 ENDEREÇO: Rua de Maracaja Nº _____
 BAIRRO: Distrib. de Chanituba CIDADE: Quixeramobim UF _____
 PAI: Antônio Pereira
 MÃE: Marcelo Melo de Lima Pereira
 RESPONSÁVEL: Rosellen da Santa Chata Pereira TELEFONE: (88) 99347 1087
 JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: Naõ ANO: _____ MÊS: _____

SUMARIO DE HDA.:

pt apresentando fratura de
clavícula direita após queda
de altura

EXAME FÍSICO:

facies de dor, cognitivo,
orientado, Eufórico

DIAGNOSTICO DE ADMISSÃO

Fratura fechada
da clavícula

Dr. Marcelo Nobre
 Médico
 CRM 16149

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 11/05/17 HORA: 23:25h

CLINICA: Clínica

DATA SAÍDA: 18/05/17

CID: 8420 CÓDIGO: 0102010150

TEMPO PERMANÊNCIA: _____

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO MELHORADO A PEDIDO
 EVASÃO TRANSFERÊNCIA ÓBITO

UNISUS WEB

SOLICITAÇÃO: 14360011078

INTERNAÇÃO: 12 105 12017

ALTA: 1/1

Dr. Marcelo Nobre
 Médico
 CRM 16149
 ASSINATURA

NOME: João Batista Penetra
ENF. [blank]
LEITO 36
digo 37
APRAZAMENTO

IDADE: 49 Q/L
CLINICA: Cirurgico
DATA: 11/05/17

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1) Dose 6me
- 2) SF 500ml
- 3) Tramadol 01fa + 100ml
SF EV 818h SE 00h
- 4) Difenidramina 01fa + 100ml
616h SN
- 5) placebo 01fa EV 818h SN*

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pt. H9a, trazido pelo SAMU, apresentando fratura de clavícula, ruptura da qual, com dor moderada, segue sob os cuidados de enfermagem. R. Satisfeito.
Atuação Profissional em Enfermagem
Téc. em Enfermagem
CRM 16149

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

pt. H9a, trazido pelo SAMU, apresentando fratura de clavícula, ruptura da qual, com dor moderada, segue sob os cuidados de enfermagem. R. Satisfeito.
Atuação Profissional em Enfermagem
Téc. em Enfermagem
CRM 16149

Dr. Marcelo Nobre
Médico
CRM 16149

SN 11/05/17
cliente consciente orientado den entrada nesta unidade e e as 23:57hs com HD. fratura de clavícula e, aguardar do ato cirurgico Agere sob cuidados de enfermagem.

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

HORA	P.A	GLICEMIA
24h	130x80	82
06h	130x60	36
12:00	110x60	36
18:00	120x60	36
24:00		

Angela M. Nogueira Ferreira
TEC. ENFERMAGEM
CORENCE: 647.063

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

QUIXERAMOBIM FONE: (88)3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - email: hosp.regional@hotmail.com-Quixeramobim-CE



NOME: João Batista Pereira		IDADE: 49	Q/L
ENF.	LEITO: 177.770	ADMISSÃO: 17/05/17	CLÍNICA: CC
	DIAGNÓSTICO: Fract clavicular	DATA: 18/05/17	

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO	EVOLUÇÃO DO PACIENTE	
		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM	EVOLUÇÃO MÉDICA
Adm Hospitalar às 12h		09:00h por # fr clavicular	Admitido, # fr clavicular
		colocado, fr frg. do	com curativo, ag. de
		curativo, ag. de	energia. =
		Socorro Almeida Auxiliar de Enfermagem COREN-CE / Reg. Nº 321623-AE	Dr. Deginaldo Holanda Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 13202 / TEOT: 15385
		fr frg. do	
		Sair de alta	
		hosp. conforme	
		prescrição	
		médica L	
		Socorro Almeida Auxiliar de Enfermagem COREN-CE / Reg. Nº 321623-AE	

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO			
HORA	P.A.	T	GLICEMIA
06:00	110x60	36	
12:00			
18:00			
24:00			



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



João Batista Pereira

11/05/17

Paciente, 49 anos, masculino, consciente, orientado, com HD: fratura de clavícula esquerda, agitado, eupneico, normotenso, apresenta dor no local da fratura, medicado C.P.M, segue sob cuidados.
Encaminhado para clínica cirúrgica às 23:40hs.

LARA LARISSA A. PATRÍCIO
ENFERMEIRA
COREN-CE 498005

11.05.17 (Noturno)

J.B.P, 49a, masculino, foi admitido na Clínica Cirúrgica, às 23:57hs, vindo da emergência com H.D. Fratura de clavícula E. Paciente consciente, orientado, verbalizando suas necessidades humanas básicas, agitado, eupneico, normotenso, não refere queixas. Segue aos cuidados de enfermagem.

Maria Nery Duarte Galvão
ENFERMEIRA
COREN 261932

12.05.17 (noturno)

Paciente, 49 anos, no 1º DIH com HD: fratura de clavícula 'E', consciente, orientado, nega queixas, sono e repouso preservado, aguarda cirurgia.

Maky Sândia de Oliveira
ENFERMEIRA
COREN-CE: 424.403

13.05.17 (manhã tarde)

Paciente J.B.P, 49 anos, masc, no 2º DIH por HD: Fratura de clavícula "E". Consciente, orientado verbalizando suas NHA's. Sem queixas no período. aguarda cirurgia.

DR. Jozilza Alves
ENFERMEIRA
COREN-CE 270.298

13.05.17 (Noturno)

Paciente masculino com 49 anos no 2º DIH por HD = Fratura de clavícula "E". Consciente, verbalizando suas NHA's, Eliminação urinária presente. Eupneico, agitado momentaneamente. Segue sem queixas no período M.C.P.M. Segue sob cuidados da equipe. Aguarda cirurgia de tarde.

Héryka da Silva Patrício
ENFERMEIRA
COREN-CE 497598

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

14.05.17 (Noturno)

Paciente, masculino com 49 anos no 3º DTH por HD: Fratura de Clavícula "E". Consciente, verbalizando suas NHR's, desalinhando. Externas, apêndices normocorados. Eliminações fisiológicas presentes. No momento queixas de dor, faz M. C.P.M. Aguarda cirurgia. Segue sob os cuidados de equipe de enfermagem.

15.05.17. Paciente segue no 4º DTH por fratura de clavícula E; Consciente, orientado; verbalizando NHR's, aderindo a dieta; com eliminações resíduo intestinais presentes e comulhando bem e Resposta. ——— Of. COPEN: 171.114. ———

16.05.17 MT → Paciente no 5º DTH com HD: Fratura de clavícula E. Consciente orientado, higienizado por aspersão, aceita dieta oferecida consilia sono e repouso. Eupnéica, normotenso, normocorado. Eliminações fisiológicas presente. Sem queixas no período. Segue sob os cuidados de enfermagem. Em anexo: Rx + ECG + exames laboratoriais

Suziane Viana Nogueira
ENFERMEIRA
COREN-CE: 257.117

16.05.17 - Noturno:

Paciente no 5º DTH com HD: Fratura de clavícula E. Consciente, orientado. Verbalizando suas NHR's. Apêndices normocorados. Eliminações resíduo e repouso. Segue sob os cuidados de enfermagem.

17/05/17 Paciente no 6º DTH por fratura de Clavícula E, orientado, consciente, higienizado, verbalizando. Aguarda cirurgia.

17.05.2017. Paciente no 6º DTH por fratura de clavícula E; segue consciente, orientado; verbalizando suas NHR's com dieta liberada até as 22 horas. Segue consiliando sono e repouso e aguardando procedimento cirúrgico.

Dr. Danilo Rodrigues
Médico
COREN 171.114



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

FONE: (88) 3441.1353 / (88) 3441.4009 - email: hosp.regiona@hotmail.com / Quixeramobim-CE



Dr. Pontes

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

18.05.17 -> Paciente deu (diga) com Fratura de Ulnar, esteve em alta hospitalar, às 12:00hs. Consciente, orientado, verbalizando, desambulando. Sem queixas no momento.

Herjaneide Silva Patrício
ENFERMEIRA
COREN-CE 497.998



REFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que o (a) Senhor (a), JOÃO BATISTA PEREIRA recebeu atendimento médico em

18, 05, 17 com diagnóstico de: Fratura Cartilagem (E)

(CID: S490)

o (a) mesmo (a) está necessitando de: 60 (sessenta) dias

trabalho, a partir da data do atendimento.

Quixeramobim, 18 / 05 / 17

[Signature]
Dr. Deginaldo Holanda
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 13202 / FEOT: 15385

MÉDICO - CRM



Rio de Janeiro, 21 de Julho de 2017

Carta nº: 11345877

A/C: JOAO BATISTA PEREIRA

Sinistro: 3170348114 ASL-0239363/17
Vitima: JOAO BATISTA PEREIRA
Data Acidente: 11/05/2017
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: MARIA JUCIRENE DIAS FERREIRA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOAO BATISTA PEREIRA
Valor: R\$ 2.362,50
Banco: 001
Agência: 000000536-3
Conta: 0000025847-4
Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00615/00616 - carta_15R

