

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>GILBERTO BESERRA MELO</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>	
Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	Profissão: <u>VIGIA</u>	Carteira de Identidade: <u>2007303462-7 SSP-CE</u>	
CPF nº: <u>143.976.942-69</u>	Residência: <u>RUA JOSE AMANCIO, Nº 117</u>		
Bairro: <u>CIDADE NOVA</u>	Cidade: <u>CRATEÚS</u>	Estado/UF: <u>CEARA</u>	CEP: <u>63.700-000</u>

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

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

CRATEÚS - CE., 03 de DEZEMBRO de 2018.

Gilberto Beserra Melo
(outorgante)



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

DECLARAÇÃO

Declarante: <u>GILBERTO BESERRA DE MELO</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRO</u>
Residência: <u>RUA JOSÉ AMARAL, Nº 117</u>		Profissão: <u>VIGIA</u>
CPF nº: <u>343.976.948-69</u>	RG nº: <u>20073034677 SSP-CE</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
Bairro: <u>CIDADE NOVA</u>	Cidade: <u>CRATEÚS</u>	Estado/UF: <u>CEARA</u>
CEP: <u>63.700-000</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 - 05 de DEZEMBRO de 2018.

Gilberto Beserra Melo

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO NELTON BARBOSA DE SOUSA



Polegar Direito



Gilberto Beserra Melo

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

09/05/2009

DATA DE EMISSÃO

REGISTRO 2007300462-7

NOME GILBERTO BESERRA MELO

PIAJÃO

ANTÔNIO BESERRA MELO

MARIA DASDORES MELO

NATURALIDADE CASTELO DO PIAUÍ - PI

DATA DE NASCIMENTO 04/08/1964

RG: 173560888

RG: ANT: 173560888

PTS: 12283049969

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO - POTI TERMO: 1059 FOLHA: 48V LIVRO: B A

07 TRATEUS - CE

CPF: 143.976.948-69

ASSINATURA DO TITULAR

LE Nº 1116 DE 20/09/93



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF



Número
143.976.948-69

Nome
GILBERTO BESERRA MELO

Nascimento
04/08/1964

CÓDIGO DE CONTROLE
B08B.C41B.6D40.E017



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:12:56 do dia 03/12/2018 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 551501054

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
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 segunda via de
NOV/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
4070938 DV **8**

VENCIMENTO
15/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
87,68

DADOS DO CLIENTE
Rota 19 038000 03 0134800 Medidor 4301232 Poste 0000 0
Nome GILBERTO BESERRA MELO
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU JOSE AMANCIO 00117 CIDADE NOVA CRATEUS 63700000

RG / CPF / CNPJ 143.976.948-69 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
FP 21481 21373 1 108 0 108

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	108	0,75638	81,68

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 27/11/2018 Prev. Próxima Leitura 27/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

875F.13DD.DA2E.461F.E4C1.D4C1.D675.5872

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
81,68	27%	22,05

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	29,97
TRANSMISSÃO	3,20
DISTRIBUIÇÃO	17,08
ENCARGOS SETORIAIS	4,58
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	26,85

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,50
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 5,50
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,44)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

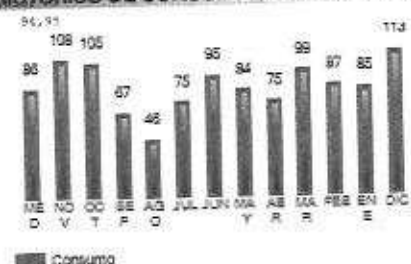
CURTAS EM ATRASO
Previsão Atraso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso.
Segue o detalhamento do débito. O não pagamento da dívida implica

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 16,04
Conjunto CRATEUS
Mês SET/ 2018

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	5,55	11,10	22,21	2,61	8,98	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	1,00	3,00	0,00
DMIC (h)	3,20			2,61		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 4070938-8 N° da Nota Fiscal: 551501054 Total a Pagar (R\$): 87,68
Data de Emissão: 03/12/2018 Referência: NOV/2018 N° de Controle: 0004070938 00097 4315 2 40

83800000000-9 87680031000-5 00040709380-0 00974315203-8





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 3766 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/09/2017 09:06:11**
Data / Hora da Ocorrência: **16/07/2017 18:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA FIRMINO ROSA**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência: **NEW CENTER INFORMÁTICA**

Noticiante(s)

Nome: **ALISSON SOARES RODRIGUES**
Nascimento: **18/10/1991** CPF: **048.892.953-99** UF:
RG: **2009098022932** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **ANTONIA ARLENE SOARES CAVALCANTE**
GLAUDECI RODRIGUES DA SILVA
Endereço: **RUA FRANCISCO SÁ, 330** CEP:
Bairro: **CENTRO**
Município: **CRATEUS/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa/ **PMK7053** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2MC4400GR009034 Renavam: **1084162544** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CB 250F TWISTER** Ano
Fabricação: **2016** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **DIEGO SENA VIEIRA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA E HORA SUPRA, VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA; QUE TRAZIA COMO PASSAGEIRO A PESSOA CONHECIDA GILBERTO BESERRA MELO, RESIDENTE NA RUA JOSÉ AMÂNCIO CORREIA LIMA, 117, CIDADE NOVA, NESTA URBE, QUANDO MESMO TEVE UM MAU SÚBITO, VINDO A CAIR DE CIMA DA MOTOCICLETA NO LOCAL ACIMA ESPECIFICADO; QUE VINHA APROXIMADAMENTE A 50 KM/H QUANDO OCORREU O FATO; QUE VIU QUANDO GILBERTO APOIOU AS DUAS MÃOS NO CHÃO E QUE QUEBROU O PUNHO DO LADO DIREITO E TEVE ESCORIAÇÕES NO BRAÇO ESQUERDO; QUE A OUTRA TESTEMUNHA DO FATO É A PESSOA CONHECIDA COMO GLAUDECI RODRIGUES DA SILVA, RESIDENTE NA RUA JOSÉ AMÂNCIO CORREIA LIMA, 44, CIDADE NOVA, NESTA URBE; QUE GLAUDECI ESTAVA FAZENDO COOPER NA HORA DO ACIDENTE E VIU A QUEDA; QUE GILBERTO FOI SOCORRIDO POR UMA AMBULÂNCIA QUE PASSOU PELO LOCAL. E NADA MAIS DISSE

TESTEMUNHA ARROLADA NA DECLARAÇÃO DO NOTICIANTE IRÁ ASSINAR NO VERSO DESTE BOLETIM.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 3766/2017

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

KAYRO CHRYSOSTOMO CAVALCANTE - MAT.: 300782-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: KALISSON SOARES RODRIGUES

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

X Galindo Besenham

X Glaudson Rodrigues da Silva

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 03/12/2018 às 12:00 , sob o número 01832627820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0183262-78.2018.8.06.0001 e código 412F6A3.

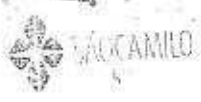
Sinais Vitais		T (°C)	36	P (bpm)		F (bpm)	
Pressão (kg)	78	Altura (cm)		Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta			

Sinais Vitais		T (°C) 36	
Poso (kg) 78	Altura (cm)		

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

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável:
Responsável: GILBERTO BESERFAM



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Identificação: 125405
Atendimento: 0005
Nome do Paciente: GILBERTO BESERRA MELO
CPF: 143.976.940-69
Data de Nascimento: 04/08/1964
Local: CASTELO DO PIAUI/PI
Pai: ANTONIO BESERRA MELO
Endereço: RUA ALFREDO BEZERRA CAMELO, 246
Profissão: VIGIA
Responsável: GILBERTO BESERRA MELO

Mãe: MARIA DASDORES MELO
CEP: 63700-000
Município: CRATEUS
Bairro: CIDADE NOVA
Conjuge: _____
Endereço: RUA ALFREDO BEZERRA CAMELO, 246
CPF do Responsável: _____

CNS: 704608651032127
Estado Civil: Solteiro(a)

UF: CE
Telefone: 88.9315-1873

Município: CRATEUS

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento: 21/07/2017
Hora: 07:28
Convênio: SUS
Profissional do Atendimento: JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Indicador de Acidente: _____
Transito: _____
Emissão: _____

CRM/UF: 6945/CE
Funcionário: MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Data/Hora Liberação: ____/____/____ às ____ hs.

Tipo da Saída: () Alta () Internação () Outro

Sinais Vitais: Peso (kg): 78,14g

Altura (cm): _____

TPC: _____

P (bpm): 80

R (mmHg): _____

Respiratório: 13,2 x 9

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

Primeira consulta
Primeira consulta
Primeira consulta

[Assinatura]
JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM 6945

Carlos Martins
Téc. em Imobilização
ASTEGO - 6850

[Assinatura]
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: GILBERTO BESERRA MELO



SOCIEDADE I ICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SA LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Impressão: 24/07/2017 07:02

Página 1
v2017001

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 125405	Atendimento 0008	Nome do Paciente GILBERTO BESERRA MELO	CNS 704608651052127	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 143.976.948-69	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 04/08/1964	Local CASTELO DO PIAUI/PI	Idade 52 Ano(s)		
Pai ANTONIO BESERRA MELO	Mãe MARIA DASDORES MELO			
Endereço RUA ALFREDO BEZERRA CAMELO, 246	Bairro CIDADE NOVA	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão VIGIA	Empresa	Cônjuge	UF CE	Telefone 88 93154675
Responsável GILBERTO BESERRA MELO	CPF do Responsável	Endereço RUA ALFREDO BEZERRA CAMELO, 246	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 24/07/2017	Hora 07:02	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente	Funcionário ANTONIA CLAUDIA SIRIANO DE ARAUJO			
Observação				

Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
---------------------	----	-----	--

Sinais Vitais	Peso (kg) 78,49	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm) 70	R (rpm)	PA (mmHg) 110 x 80
---------------	--------------------	-------------	--------	---------------	---------	-----------------------

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

*Prontuário p/ u
olo pul
p r pul A A e
Lunete*

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: GILBERTO BESERRA MELO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/12/2018 às 12:00, sob o número 018332627820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01833262-78.2018.8.06.0001 e código 412F6A3.

DADOS DO PACIENTE.

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 24/07/2017 07:10		Quarto/Leito 006-0003	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Sector CLINICA CIRURGICA
Convênio SUS			Matrícula	Autorização	Dias 0
					Gula CRM 6945
Nº - SANCHES JORQUEIRA			CID Complementar		
ID Principal					
Observação AGUARDA AIH		Procedimento SUS		Sisprenatal	
Usuário WILMA SABOIA LOIOLA				Usuário Salda	
Data Saída		Condição da Saída			
1 Hora					

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRA TEUS, 24 de julho de 2017

Assinatura do responsável

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: WILMA SÁBOLA LOIOLA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 20

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

S.B.S.C

2 - CDES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

S.B.S.C

3 - CDES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gilberto Bezerra Melo

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

125405

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/08/1964

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

mãe das dores Melo

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. Alfredo Bezerra Camelo, 246

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Crato

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE 63700000

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pulso em ritmo normal
pulso em oleo a 120 bpm
pulso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ER

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

S52X

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0108020607

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

08193322935

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

24/07/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Dr. Frederico Sanches

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

Médico - Auditor

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

24/07/17

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

CNPJ 08193322935

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Paciente: GILBERTO BEZERRA MELO

Data de Int: 24/07/2017 Dt de Nasc: 04/08/1964

Convênio: SUS

Prontuário: 125405

Município: CRATEUS-CE

Nome da Mãe: MARIA DASDORES MELO

CIRÚRGICA

fls. 21

DATA:

26.07.17

LEITO

PACIENTE

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA		
	REALIZADA		
CIRURGIÃO	Dr. Jamel		CRM
AUXILIARES	1º		CRM
	2º		CRM
	3º		CRM
	4º		CRM
	ANESTESIOLOGISTA	Dr. Johannes	
TIPO DE ANESTESIA	Bloqueio + Sedação		
PATOLOGISTA			
INSTRUMENTADOR(A)	Graziella		
CIRCULANTE	Simony		
ACHADOS OPERATÓRIOS			

— Pericardio aberto
— Fígado, pâncreas, baço, rins, pulmões, estômago, intestino delgado, intestino grosso, vesícula biliar, ureteres, próstata, pênis, testículos, glândulas, etc.
— Fígado anormalmente aumentado de tamanho
— Pâncreas anormalmente aumentado de tamanho
— Baço aumentado de tamanho
— Rins aumentados de tamanho
— Pulmões aumentados de tamanho
— Estômago aumentado de tamanho
— Intestino delgado aumentado de tamanho
— Intestino grosso aumentado de tamanho
— Vesícula biliar aumentada de tamanho
— Uterus aumentado de tamanho
— Vagina aumentada de tamanho
— Glândulas aumentadas de tamanho
— Testículos aumentados de tamanho
— Pênis aumentado de tamanho
— Próstata aumentada de tamanho

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

28/07 As 8h Ppt corrente, urina bidia
verbalizar, abarbitra, aceita dieta
especializada, em 2º P.O. de restrição
em ponto 5, não exige uma
bulhoso por taxa apropriada
nao quebras alguns no
momento. Segue aos cuidados
dais de enfermagem

28/07 às 08:35h Ppt recebe alta com
1/17 melhora. Entrou aviso de alta
+ orientações de P.O. + visita com re-
torno.
X Maria da Conceição de Jesus

Hospital São Lucas

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILOPACIENTE: Gilberto Bezerra MeloNOME DA MÃE: Maria das Dores MeloSETOR: CCT LEITO: 06.3 CONVÊNIO: _____DN: 04.08.1964PRONTUÁRIO: 125405DATA: 28.07.12

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

01

02

03

04

05

06

07

08

09

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

Isaías S. Jaramilho
Traumatologista
CRM 6945

Evolução Médica:

Assinatura e Carimbo

SINISTRO 3180208437 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA GILBERTO BESERRA MELO****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi****Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE****BENEFICIÁRIO GILBERTO BESERRA MELO****CPF/CNPJ: 14397694869****Posição em 01-10-2018 15:12:14**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique Aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/08/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50