

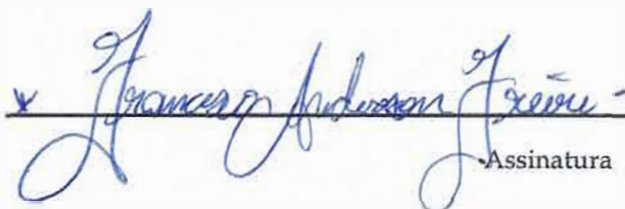


## PROCURAÇÃO

Nome: FRANCISCO ANDERSON FREIRE
Nacionalidade: BRASILEIRO, estado civil: SOLTEIRO
Profissão: AUTONOMO
RG: 2002010336580 SSP/ CE CPF: 009.884.383-48
Logradouro: RUA 02, CONJUNTO JARDIM CASTELÃO _____, N° 400, Compl _____
Bairro: CASTELÃO CEP: 60.000-000
Cidade: FORTALEZA UF: CEARÁ Tel: 85 99707-1888

**OUTORGADO:** Felipe Reinaldo Rabelo Leal, brasileiro, casado, advogado, inscrição na OAB/CE 17.458, ambos com escritório profissional situado na Rua do rosário 77 sala 1402 Centro, Fortaleza - Ceará, Fone: (85) 98685-3187/(85) 3226-1683, onde recebe intimações, notificações, etc. **PODERES:** Para o FORO EM GERAL, com Cláusula "ad-judicia et extra", para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas, podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, endossar cheque, receber alvará em nome do outorgante, dando tido por bom e valioso, com o fim específico para **AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARÁ**, podendo substabelecer com o sem reserva de iguais poderes em todas as instancias da Justiça Estadual deste estado.

Fortaleza (CE), 10 de DEZEMBRO de 2018.

  
Assinatura

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:** FRANCISCO ANDERSON FREIRE**RG:** 2002010336580**SSP/CE CPF:** 009.884.383-48**DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:****Logradouro:** RUA 02, CONJUNTO JARDIM CASTELÃO**Complemento:****Bairro** CASTELÃO **CEP :** 60.000-000**Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente****Fortaleza/Ce, 10 DE DEZEMBRO 20 18**



## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: FRANCISCO ANDERSON FREIRE

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado CEARÁ Estado Civil: SOLTEIRO

Profissão: AUTONOMO

Rg: 2002010336580 SSP/CE -CPF: 009.884.383-48

Logradouro: RUA 02, CONJUNTO JARDIM CASTELÃO

*Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.*

Fortaleza/Ce: 10 de DEZEMBRO de 20 18

\_\_\_\_\_

## SINISTRO 3180239726 - Resultado de consulta por beneficiário

---

**VÍTIMA** FRANCISCO ANDERSON FREIRE

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO ANDERSON FREIRE

**CPF/CNPJ:** 00988438348


### Posição em 16-12-2018 22:50:43

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
 MINISTERIO DAS CIDADES  
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

**FRANCISCO ANDERSON FREIRE**



DOC. IDENTIFICAD / CATEGORIAS DE VEICULO  
 2002010336580 SSPDC CK

CPF 009.894.383-48 DATA NASCIMENTO 21/07/1984

NOME MARIA LUCHEIDA FREIRE

PERMISSAO ACC CALHA AB

Nº RENOVACAO 03356174736 VALIDADE 04/09/2019 Nº HABILITACAO 13/08/2004

EXERCE ATIV REMUNERADA:

*Francisco Anderson Freire*  
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSAO 12/12/2016

*Tom Valdeir Costa*  
 COORDENADOR DE VEICULO  
 ASSINATURA DO TITULAR

87585854804  
 CE156911906

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1406972849

PROIBIDO PLASTIFICAR  
1406972849

COMPREY SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A.

REC. 05 MAR 2018

Nome: *Stéfano*

COMPREY SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A.

REC. 05 MAR 2018

Nome:



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 828 / 2018**

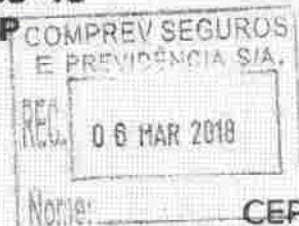
**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **19/02/2018 14:30:35**  
Data / Hora da Ocorrência: **23/01/2018 20:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA AMANCIO PEREIRA**  
Complemento: **C/ RUA SÃO TOMAZ DE AQUINO**  
Bairro: **BARROSO** Município: **FORTALEZA/CE**  
Ponto de Referência:



**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO ANDERSON FREIRE**  
Nascimento: **21/07/1984** CPF: **009.884.383-48**  
RG: **2002010336580** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **MARIA LEONEIDA FREIRE**  
N/C  
Endereço: **RUA 2, 400**  
Bairro: **PASSARE**  
Município: **FORTALEZA/CE**  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99707-1888**



**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PNA8533** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2ND1110HR003757** Renavam: **1116377290** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/XRE 300** Ano Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JHONATAN RIBEIRO DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA PNA-8533 NA RUA AMÂNCIO PEREIRA QUANDO UMA KOMBI DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRANSITAVA NA FRETE DA VITIMA REALIZOU REPENTINAMENTE E SEM SINALIZAR UMA CURVA PARA A DIREITA SEM OS DEVIDOS CUIDADOS VINDO A VITIMA COLIDIR COM A REFERIDA KOMBI, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE.///////  
OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Francisco Anderson Freire*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231932



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

**DADOS PESSOAIS**

NOME DO PACIENTE: FRANCISCO ANDERSON FREIRE  
 NOME MÃE: MARIA LEONEIDA FREIRE  
 ENDEREÇO: NI  
 CONTATO: NI

Nº DO PRONTUÁRIO: 5095490  
 SEXO: M  
 Nº DO BE: 255581  
 RAC/COR: PARDO  
 UF: CE

NASCIMENTO: 21/07/1984 (33 ANOS)  
 NOME RESPONSÁVEL: NI  
 MUNICÍPIO: NI

CEP: NI

OCORRÊNCIA: NI

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE: NI

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:  ATIVO

AValiação TRAUMATOLÓGICA: ESCALA DE DOR: 8 (ADULTO)

QUEIXA: PACIENTE COM TRAUMA NO MSE POR QUEDA DE MOTO.  
 SINTOMAS: NI

SINAIS VITAIS: SAT O2: NI%  
 PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI  
 ALERGIAS: NEGA

PULSO: NI  
 GLICÊMIA: NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: FRANCISCA ALDENIZA PEREIRA GADELHA  
 ÁREA ATENDIMENTO: NI

PESO: NI KG  
 TEMPERATURA: NI °C  
 CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 23/01/2018 21:43

ÁREA DE ATENDIMENTO: 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLÓGICA

ARMARINHO: NI

*refere-se a...*  
*Fratura do osso da mão...*  
*Imob. provisória + internar...*

DIAGNÓSTICO: NI

SINTOMAS CITADOS:  HC  SU  US ABDOMINAL  TC CRANIO  RAIO-X  OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA: NI

APRAZAMENTO: NI

MEDICAMENTO: NI

OBSERVAÇÕES: NI

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC: 06 MAR 2018  
 Nome: \_\_\_\_\_

João Batista G. da Silva  
 Médico  
 CRM 5235 CRM 226 775 923-9

TIPO DE ALTA/SAÍDA:  ALTA SAÍDA  DECISÃO MÉDICA  A PEDIDO  EVASÃO  TRANSFERÊNCIA  INTERNAÇÃO  ÓBITO:  ATÉ 48 HORAS  APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO:  FAMÍLIA  IML  ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: NI

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA: NI

Impresso por francisca aldeniza pereira gadelha em 23/01/2018 21:43:06  
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 2º da Lei nº 13.127/2016.  
 Penal.

*Francisco Anderson Freire*  
 FRANCISCO ANDERSON FREIRE

CONFERE COM ORIGINAL  
 19/02/18  
*[Assinatura]*

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC: 05 MAR 2018  
 Nome: *Sludato*

200

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA  
 Av. ... 1572  
 Fortaleza - CEP 05044-000

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231932

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE  
FRANCISCO ANDERSON FREIRE

NASCIMENTO  
21/07/1984(33 ANOS)

RAÇA  
PARDO

NOME DA MÃE  
MARIA LEONEIDA FREIRE

ENDEREÇO  
NI

CONTATO  
NI

MUNICÍPIO  
NI

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AValiação TRAUMATOLOGICA

ESCALA DE DOR  
8 (ADULTO)

QUEIXA  
PACIENTE COM TRAUMA NO MSE POR QUEDA DE MOTO.

SINTOMAS  
NI

SINAIS VITAIS  
SAT O2  
NI%

PULSO  
NI

GLUCOSE  
NI

PESO  
NI KG

TEMPERATURA  
NI °C

CLASSIFICAÇÃO  
AMARELO

PRENSÃO ARTERIAL  
NI/NI  
ALERGIAS  
NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO  
FRANCISCA ALDENIZA PEREIRA GADELHA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO  
23/01/2018 21:43

ÁREA DE ATENDIMENTO  
02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

*Referência para o diagnóstico  
Rex X de Cotovelo direito e esquerdo  
Fratura de Cotovelo direito e esquerdo  
Imp. profilaxia + internar*

DIAGNÓSTICO

SACD 301 C-7400

( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X

( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*João Batista de Jesus  
Rm 200 do Hospital*

TIPO DE ALTA SAÍDA

ALTA SAÍDA  
( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS  
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO  
Impresso por francisca aldeniza pereira gadelha em 23/01/2018 21:43:06  
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas na Lei Penal.

*Francisco Anderson Freire*  
FRANCISCO ANDERSON FREIRE

CONFERE COM ORIGINAL


*19/03/18*  
*[Assinatura]*

04.555.197/0012-05  
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON  
BARROS DE OLIVEIRA  
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578  
Messejana - CEP: 60.864-810

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 06 MAR 2018

200



Atendimento	1.363.037		Prontuário	424316
Paciente	Francisco Anderson Freire		Idade	33 anos e 6 meses
Segurado	Francisco Anderson Freire		Fone	997668619
Convênio	PARTICULAR		Val. Carteira	
Plano	PARTICULAR		Identidade	200201033580
Matrícula		Cartão Saúde	Bairro	Passaré
Endereço	2, 400 Passaré		Cidade	Fortaleza
Complemento			Sexo	Masculino

ATENDIMENTO ATUAL

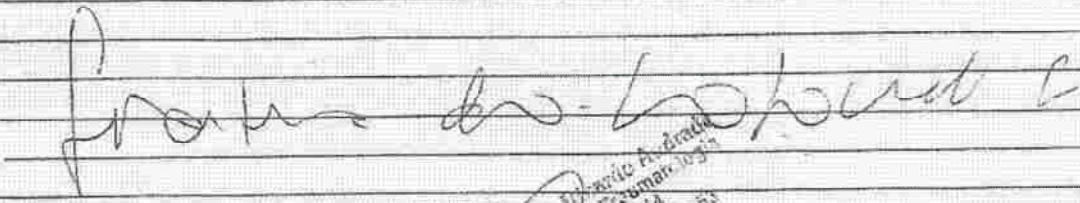
Setor	Posto 8	Medico/C.d	Joao Ricardo Andrade de Alencar
Atendente	Luciana Oliveira da Rocha	Data	26/01/2018 - Sexta-feira
Especialidade	Cirurgica	Hora	11:05:19
Classificação	Cirúrgico		

Queixa Principal

HDA el fere " acidente

PROCEDIMENTO. de trânsito "

DIAGNOSTICO fratura do húmero e



Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 05 MAR 2018  
Nome: St. Auto

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 06 MAR 2018  
Nome:

07/02/18

Salvo 02/102118



Av: Aguanambi Nº332  
Bairro: Fátima  
CEP: 60055402  
Tel: 3311-6000

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO Cod. 09

**QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE**

NOME: FRANCISCO ANDERSON FREIRE  Interno  Outras

CPF: 009884383-48 RG: 2002010336580 IDADE: 33 E.CIVIL: SOLTEIRO SEXO: MASCULINO

ENDEREÇO: R. dois nº 400 FONE: 3597071888 BAIRRO: PASSAREL DATA DE NASC.: 21/07/1988

CIDADE: FORTALEZA CEP: 60130 UF: CE NATURALIDADE: BRASILEIRO

PAI: NADA CONSTA MÃE: MARIA LEONILDA FREIRE

MEDICO RESPONSÁVEL: JOÃO RICARDO ANDRADE CRM: 5244 DATA INTERNAÇÃO: 26/01/2018

**QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL**

NOME: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_ FONE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para \_\_\_\_\_, assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das informações médicas existentes no Prontuário.

Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.

Fortaleza(Ce ), DE DE 2018.

*Francisco Anderson Freire*  
PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 05 MAR 2018  
Nome: S. Leite

UNICLINIC CONFERENCIADO ORIGINAL

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO MÊLO JÚNIOR - 3º OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS PÚBLICOS  
TABELÃO: JORNAL QUADRADO DE 350x500 - JORNAL - TABELÃO SUBSTITUTIVO - HEBREBERTO SARDIENHA DE MELO JUNIOR  
CNPJ: 06.573.432/0001-02 - Rua Major Paschoa, 10-125 - Centro - CEP: 60.020-100 - Fortaleza - CE  
Tel: (81) 2449.7474 / 2078.2426 - E-mail: mjo@cartorio.com.br / fcartorio2\_cmg@hotmail.com  
Cód.: 163774. Reconheço a(s) assinatura(s) por AUTÊNTICA de:  
(1) FRANCISCO ANDERSON FREIRE, Do que dou fé, Fortaleza, 02 de Fevereiro de 2018. Total: R\$ 4,00 - Selo Digital - SELO 2  
- RECONHECIMENTO DE FIRMA AAAB98A97A1B2  
MARIA DO SOCORRO MOREIRA HERCULANO Escrivã

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC. 06 MAR 2018  
Nome:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231932.



PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 2610118

Nome do Paciente: João Andrad Ent. Apto.: 806.1 Leito: 806.1 Médico: Francisco Credenciamento: Francisco Internamento: 1

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

MATERIAL UTILIZADO

Dieta 2000		SNB		
Folha heparinizada		AR	11/05	
profend 2000			(12/24/21)	
12/12h				
fr uke		Adiana		
<div data-bbox="702 1321 989 1545"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.                      REC. 05 MAR 2018                      Nome: <u>Stalucia</u></p> </div>				
Dr. João Ricardo Andrade CRM 52244 CPF: 423.896.999-33		<div data-bbox="957 1859 1244 2083"> <p>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.                      REC. 05 MAR 2018                      Nome: <u>Stalucia</u></p> </div>		
FD				
Dieta duas por 19h				
Keppon 191h				
ct ar 1h 8/1				

Dr. João Ricardo Andrade  
 Otorrinolaringologia  
 CRM 52244  
 CPF: 423.896.999-33

BOMBA DE INFUSÃO		OXIGÊNIO	
MED.	LIG.	DES.	LIG.

Glicemia	
Hora	Valor

Insulina	
Hora	Valor

# Evolução Paciente

Paciente:	Francisco Anderson Freire	Atendimento:	1.363.037
Data Nasc:	21/07/1984 33 Anos	Preç. Unid.:	424.316
Sexo:	Masculino	Di. Entrada:	26/01/2018 11:05:19
Telefone:	997688619	Operário:	PARTICULAR Particular
UF:	806 1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código p...
26/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Sousa Magalhães	

Enfermeiro(a): Francisco Christian Sousa Magalhães Enfermeiro(a)

Data Internação: 26/01/2018 11:05:19 Entrada na Unidade:

### ADMISSÃO UNIDADE POSTO 08 MANHÃ PRÉ DE COTOVELO

- Nivel de consciência/orientação ( ): CONSCIENTE, ORIENTADO E VERBALIZANDO.
- Locomoção ( ): DEAMBULA SEM AUXÍLIO.
- Padrão respiratório ( ): EUPNEICO EM AR AMBIENTE.
- PA ( ): NORMOTENSO.
- Dieta ( ): ZERO.
- Incisão cirúrgica( ): SEM.
- Venoclise e disposição de infusão ( ): AGURADA PUNÇÃO.
- Lesões ( ): SEM.
- Eliminações urinárias e fecais ( ): ESPONTÂNEAS E FISIOLÓGICAS.
- Queixas ( ); SEM QUEIXAS ALGICAS NO PERÍODO.
- Perfusão ( ); EFICAZ.

PACIENTE ADMITIDO AS 12HS PROVENIENTE DA EMERGENCIA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

*Francisco Christian Sousa Magalhães*  
 COPEV-CA 000501214

Chris  
 COPEV-CA 000501214

Francisco Christian Sousa Magalhães /

**UNICLINIC**  
 CONFERE COM O  
 ORIGINAL

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A.  
 REC. 06 MAR 2018  
 Nome:

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A.  
 REC. 07 MAR 2018  
 Nome: S. de A.



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Fernando Anderson Feijó

DATA: 26/01/18 POSTO: 08 LEITO: 8061  
CONVÊNIO: Particular

TURNO: NC AC. VENOSO: \_\_\_\_\_

CVP  Local CVC  Local  Dissecção

RESPIRAÇÃO: \_\_\_\_\_

Ar ambiente  Cat. Nasal  Venturi \_\_\_\_\_ %

MNBZ  Masc. Reservatória 100% Spo<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ %

DIETA: \_\_\_\_\_

VO  SNE  SNG  GTT  NPT

Zero Para: \_\_\_\_\_

TURNO: \_\_\_\_\_ AC. VENOSO: \_\_\_\_\_

CVP  Local CVC  Local  Dissecção

RESPIRAÇÃO: \_\_\_\_\_

Ar ambiente  Cat. Nasal  Venturi \_\_\_\_\_ %

MNBZ  Masc. Reservatória 100% Spo<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ %

DIETA: \_\_\_\_\_

VO  SNE  SNG  GTT  NPT

Zero Para: \_\_\_\_\_

Observações: do H.O.S per monitorado para  
o controle da glicemia + HAS  
na manhã e à noite com  
glicemia em jejum de 110 mg/dl  
de 16:55 para alimentação com  
16:55 para alimentação com  
16:55 para alimentação com  
16:55 para alimentação com

Thc Enfermagem  
CORREÇÃO: 20180306

Observações: do 21:40 Paciente informado do C.C.  
tumulto, sendo visto, que não  
colocados de preferência

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.  
REC. 05 MAR 2018  
Nome: Silvana

COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S.A.  
REC. 06 MAR 2018  
Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

## Evolução Paciente

<b>Paciente</b>	Francisco Anderson Freire	<b>Atendimento</b>	1.363.037
<b>Data Nasc</b>	21/07/1984 33 Anos	<b>Prontuário</b>	424.316
<b>Sexo</b>	Masculino	<b>At. Entrada</b>	26/01/2018 11:05:19
<b>Telefone</b>	997668619	<b>Convênio</b>	PARTICULAR Particular
<b>Leito</b>	806 1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Jaciara Lorena Gomes da Silva	

**Paciente: Francisco Anderson Freire**  
**Enfermeiro(a): Jaciara Lorena Gomes da Silva Estagiário Enfermagem**

### Evolução T

• Diagnóstico: Pré Op. cotovelo

• Especialidade: Cirurgico

#### Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado;
2. Respiratório: Eupneico em ar ambiente;
3. Cardiovascular: Normocardia;
4. Digestivo: Zero para procedimento;
5. Renal: Diurese espontanea;
6. Tegumentar: Pele integra;
7. Dispositivos: CVP;
8. Antimicrobianos: Sem cobertura;

*CONFIRMAÇÃO ORIGINAL*

#### Condutas/Intercorrências

As 16h50 , paciente encaminhado para CC.

  
 Jaciara Lorena Gomes da Silva /

M. L. G.  
 Enfermeira  
 COREN 306.112

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC. 05 MAR 2018  
 Nome: *S. Auto*

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC. 06 MAR 2018  
 Nome:

# Evolução Paciente

<b>Paciente:</b>	Francisco Anderson Freire	<b>Atendimento:</b>	1.363.037
<b>Data Nasc:</b>	21/07/1984 33 Anos	<b>Prontuário:</b>	424.316
<b>Sexo:</b>	Masculino	<b>Data Entrada:</b>	26/01/2018 11:05:19
<b>Telefone:</b>	997668619	<b>Convênio:</b>	PARTICULAR Particular
<b>Sala:</b>	Sala Cirur 01		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Wladyna Moura de Sousa	COREN 435537

**Paciente: Francisco Anderson Freire**  
**Enfermeiro(a): WLADYNA MOURA**

**Evolução NOITE**

• **Diagnóstico:** PO COTOVELO

**Especialidade:** TRAUMA

**Exame Físico**

1. Neuro: Consciente, orientada;
2. Respiratório: Eupneico em ar ambiente;
3. Cardiovascular: Normocardia;
4. Digestivo: VO;
5. Renal: Diurese espontanea;
6. Tegumentar: Pele Integra;
7. Dispositivos: Sem dispositivo;
8. Antimicrobianos: Sem cobertura;

**Condutas/Intercorências**

**AS 21:40 RETORNOU DO CC. COM CURATIVO CIRÚRGICO INTEGRO. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**UNICLINIC**  
**CONFERENCIA DO ORIGINAL**

Wladyna Moura  
 Enfermeira  
 COREN 435537

WLADYNA MOURA / 435537

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A.  
 REC. 05 MAR 2018  
 Nome: *Silvia*

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A.  
 REC. 06 MAR 2018  
 Nome:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231932

136303



# RELATORIO DE OPERAÇÃO

NOME: FRANCISCO ANDRADE FREIRE  
 CLÍNICA: Pinheiro | CATEGORIA: Particular | LEITO: 077  
 DATA: 26.01.18 | CIRURGIÃO: [assinatura]  
 1º AUXILIAR: [assinatura] | 2º AUXILIAR: [assinatura] | 3º AUXILIAR: [assinatura]  
 INSTRUMENTADOR: Mikael | CIRCULANTE: Tereza Alves  
 ANESTESISTA: [assinatura] | TIPO DE ANESTESIA: [assinatura]  
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Trauma colúmbel E  
 TIPO DE OPERAÇÃO: trat cirurg al  
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Trauma colúmbel E  
 O mesmo  
 RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA: -  
 EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: -  
 ACIDENTES OU INCIDENTES: -  
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 35  
 INÍCIO DA CIRURGIA: 19:00 | TÉRMINO: 20:00 | DURAÇÃO: [assinatura]  
 INÍCIO DO OXIGÊNIO: 19:0 | TÉRMINO: 20:00 | DURAÇÃO: [assinatura]

AUDITADO  
26/01/18

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A

REC: 06 MAR 2018

REC: [assinatura]

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VÍSCERAS

(1) Verificar trauma na  
 aberta do abdome  
 (2) Anestesia, cateterismo e curv.  
 do abdome do tipo  
 I - minissu perier, proteç.  
 do rim do abdome  
 (3) Redução do fígado  
 co auxílio do inton  
 mpressão ou injeç  
 (4) Fixação cr 3 fós do

COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S/A

REC: 06 MAR 2018

UNICLINIC  
CONFERE COMO ORIGINAL

JOÃO FERREIRA E CARIMBO DO CIRURGIÃO  
Trauma  
CRM 5244

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654926188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49-2018.8.06.0001 e código 4231932





# FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Francisca Anderson Freire  
 AP/ENF: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ CONVÊNIO: Particular

CIRURGIÃO: [Signature] DATA: 26/02/11

IDADE: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_ RESPIRAÇÃO: \_\_\_\_\_

PA: 112/8 TIPO SANGUINEO: \_\_\_\_\_ HEMACIAS: \_\_\_\_\_ HEMOGLOBINA: \_\_\_\_\_

HEMATÓCRITO: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_ URÉIA: \_\_\_\_\_

AP. RESPIRATÓRIO: \_\_\_\_\_ ASMA: \_\_\_\_\_ ECG: \_\_\_\_\_

AP. CIRCULATÓRIO: \_\_\_\_\_ URINA: \_\_\_\_\_

AP. URINÁRIO \_\_\_\_\_ DENTES: \_\_\_\_\_ PESCOÇO: \_\_\_\_\_

AP. DIGESTIVO: \_\_\_\_\_

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ami. cor. pulm.

ANESTESIAS ANTERIORES: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: \_\_\_\_\_

PAM: \_\_\_\_\_

HORÁRIO: \_\_\_\_\_

Agente Anestésico: [Signature]

Líquidos: soros, hemoderivados e etc. [Grid]

PULSO	220	
	210	
	200	
	190	
TEMP.	180	
	170	
	160	
	150	
PVC	140	
	130	
	120	
	110	
PA	100	
	90	
	80	
ANEST.	70	
XXXX	60	
	50	
	40	
OP.	30	
	20	

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES \_\_\_\_\_

POSICÃO: \_\_\_\_\_

AGENTE: [Signature]

TÉCNICA: [Signature]

CIRURGIA: [Signature]

CIRURGIÕES: [Signature]

ANESTESISTA(S): [Signature]

INTERCORRÊNCIAS: [Signature]

**INDUÇÃO**  
 Satisfatória: \_\_\_\_\_  
 Excitação: \_\_\_\_\_  
 Tosse: \_\_\_\_\_  
 Lenta: \_\_\_\_\_  
 Náuseas: \_\_\_\_\_  
 Vômitos: \_\_\_\_\_

**MANUTENÇÃO**  
[Handwritten notes and signatures]

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC. 05 MAR 2011

Assinatura do Anestésista/CRM  
[Signature]  
 CRM 4282

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:04, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.jfca.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231932.

Nome do Paciente: Françesco da S. Fielice  
 Nº: 136/01/18 Leito:                      Convênio: Particular  
 Tratamento cirurgico de fratura de costela E Início: 19:10 Término: 20:00

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
ocath N°	unid		Latéx	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
ptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
a Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
a Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
a Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N° 20	unid	03
lha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut Simples N°	unid	
lha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	02	Catgut Cromado N°	unid	
lha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	05	Caprofyl	unid	
lha 30x8,0	unid	01	Luva 8,0	unid	01	Caprofyl	unid	
lha 40x12	unid	01	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
odão Hidrófilo	gr		Máscara	unid	04	Monocryl	unid	
odão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
odão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm		Mononylon 3.0	unid	02
odão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid	
odão Ortopédico	30cm		Propés	pares	05	Mononylon 5.0	unid	
dura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid	01	Mononylon 6.0	unid	
dura de Crepon	10cm		Rolo X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
dura de Crepon	15cm	02	Seringa 01 cc	unid		Sonda de fouchet n-32	unid	
dura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
dura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid		Polycot N°	unid	
dura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid	01	Polycot N°	unid	
dura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid	04	Prolene N°	unid	
dura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid	
dura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
ental Descartável	unid		Sonda de Foley N°	unid		Seda N°	unid	
ul de Metileno	unid		Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl	unid	
lisa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
lisa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
pa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid	
pa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	01
teter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
mpo Impermeável Descar	unid		Talafix tipo: m	unid	01	Vicryl 3.0	unid	01
neta de Bisturi	unid	01	Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
ra para Osso	unid		Tipóia Descartável	unid	01	Vicryl 5.0	unid	
mpressa Grande	unid	35	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
roxidina Degermante	ml	200	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
roxidina Alcoólica	ml	200	TAXAS			Nitrogênio	Dur	1h
roxidina Aquosa	ml		Aspirador			Agulha de Vares	unid	
tonóide	unid		Bisturi Elétrico		Mm	MATERIAL FORNECEDOR		
letor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico		Am			
po Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
eno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
eno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem		Nm			
eno de Torax N°	unid		Tx. Ureterorreno					
uipo	unid		Tx. Ureterotripsor					
paradrápo	cm	60	OUTROS					
er	ml		Coletor de Mucosidade	unid				
ensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid				
ixa de Smarch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid				
rmol	ml		Cateter de Hemodialise	unid				
o Guia Hidrofilico	unid		Heparina	unid				
a Cardíaca	unid		Xilocaina S/V 20 ML	unid				
ize 7,5x7,7	unid	60	Xilocaina C/V 20 ML	gr				
ize Acolchoada	unid		Xilocaina Gel	unid				
teranios 2%	ml		Naropin mg	unid				
il Foan	unid		Koliagenase	gr				
irro	unid	05	Adrenalina	unid				
rosopan	unid		Oximetazolina	Fr				

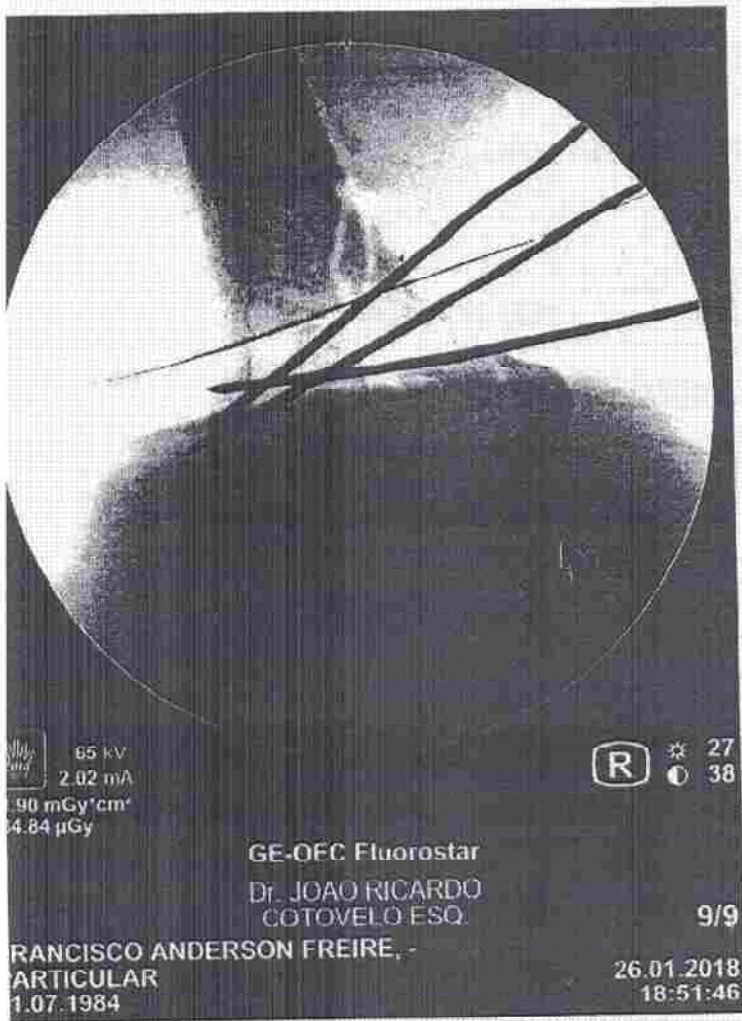
RURGIÃO: Dr. João Ricardo  
 Testesista: Dr. Mauro  
 IX 1:

Aux 2:  
 Aux 3:

INSTRUMENTADOR: Mikael  
 CIRCULANTE: Tungia

Dr. João Ricardo Andrade  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM 6244  
 CPF: 423.856.406-53

COMPRES SEGL  
 E PREVICENCIA  
 REC 05 MAR 2018  
 Nome: St. Mate  
 COMPRES SEGL  
 E PREVICENCIA S  
 REC 06 MAR 2018



015  
 2022-06-06  
 2017-06-06  
 17F06  
 4894502  
 (GTIN: 04022495101303)

MRP R 1.250,00 (incl. of all taxes)  
 015  
 2022-06-06  
 2017-06-06  
 17F06  
 4894502  
 (GTIN: 04022495101303)

**Stimuplex® A**  
 Insulated Needle  
 For use with Stimuplex Dig HC  
 and HNS 11/12 nerve stimulator

ORIGINAL  
 CONFIRMADO  
 USE ORIGINAL

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC. 03 MAR 2018  
 Nome:

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC. 05 MAR 2018  
 Nome: *Stefato*

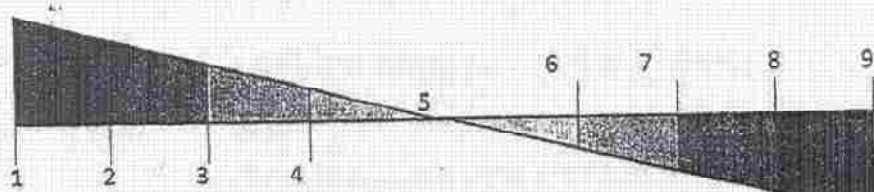
Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231932



NOME: Francisco Anderson Fraine  
 PRONTUÁRIO: 424316  
 ATENDIMENTO: 1363037  
 DATA DE NASC.: 21.08.84  
 DATA ADMISSÃO: 26.01.18  
 HORA ADMISSÃO: 20:05

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

HAS     DM     IC     AVC PRÉVIO     OUTRAS:  
 IRC     IRA     ARRITMIAS     DEMÊNCIA     ALERGIAS:



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1    APÓS UMA HORA: 0    ESCORE NA ALTA: 0

SUGESTÕES DA ANESTESIA

UR...  
 CONF...  
 OR...

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO <sub>2</sub>	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

ADM	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	3h30	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h	
A	1	1	1	1															
P	1	1	1	1															
C	1	1	1	1															
R	1	1	1	1															
S	1	1	1	1															
T	1	1	1	1															

INTERCORRÊNCIAS

HIPERTENSÃO     CEFALEIA     TOSSE     AGITAÇÃO     VAR. GLICEMIAS     ANESTESIA  
 HIPOTENSÃO     TONTURA     SECREÇÃO     DELIRIUM     DIST. POTÁSSIO     PARESTESIAS  
 TAQUICARDIA     NÁUSEAS     DISPNEIA     ANSIEDADE     DIST. SÓDIO     PARESIAS  
 BRADICARDIA     VÔMITOS     APNÉIA     CHORO     DIST. CÁLCIO     AMAUROSE  
 PARADA     DOR ABD.     RE-IOT     SUICIBILIDADE     DIST. MAGNÉSIO     SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Admitido em SAIA em POI fratura de costelas  
 de nível T12 (Cirurgia) - UH 19 anos (hustória)  
 Bloqueio de Costelas

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

PANTOZOL     DIPIRONA     TRAMAL     PLAMET/PRASIL     LORAX  
 CLEXANE     PARACETAMOL     MORFINA     DRAMIN B6     RIVOTRIL  
 HEPARINA NF     PROFENID     OUTRO OPIÓIDE     ONDASETRONA     DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 21:05    PA: 119/95    FC: 110    SpO<sub>2</sub>: 96  
 E PREVIDÊNCIA S/A.

APARTAMENTO  
 UTI  
 RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

06 MASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231932



# PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO

NOME: Franuísio Anderson Freire

CONVÊNIO: Particular LEITO: 806-1 IDADE: 33 SEXO: M DATA: 26/03/18

PROCEDIMENTO REALIZADO: Fratura de Cotovelo esquerdo

ET

**PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO**

UNICLINIC  
CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO  
BASTANTELEVADE DA ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: Básica

Nº DE PEÇAS: <u>32 Pcs</u>	RESP. PREPARO: <u>Raquel</u>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO: <u>15/01/18</u>	Nº DO LOTE: <u>22 R5</u>
OBS / CIRURGIÃO:	

ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E /OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E EM ADEQUADO ARMAZENAMENTO.

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
05 MAR 2018  
*S/afoto*

BIOLÓGICO

STERILE BARRIER SYSTEM APPROVED

# INM 13702

LOT 1766 02 16

28-01-2018

25-01-2018

IVONE

PLANETA UNICLINIC

UNICLINIC  
CONFERÊNCIA DO  
ORÇAMENTO

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.  
06 MAR 2018

### Prescrição Eletrônica Paciente

1718744

Paciente: **Francisco Anderson Freire**

Data Nascimento: **21/07/1984** 33a 6m 5d

Data Entrada: **26/01/2018 11:05:19**

Médico Resp: **Dr. Joao Ricardo Andrade de Alencar (CRM 5244)**

Atendimento: **1.363.037**  
 Convênio: **PARTICULAR / Particular**  
 Data Prescr: **27/01/2018 12:00:00**

Prioritário: **424.316**

**806 1**

Dieta: **Getal (ou Livre que aceitar)** Dose: **1** Intervalo: **1 dia** Observação: **1 dia** Descrição: **1 dia**

**Medicamentos**

1. **Coloproctano 100mg Fa Ev**

Dose/Intervalo/Mia: **1EA 12/12h IV**

Horarios: **11h**

**02**

D. P. E. S.

2. **Cefalotina 1g Po Fa Ev**

Dose/Intervalo/Mia: **1EA 6/6h IV**

Horarios: **11h**

**16**

**02**

**04**

**10**

D02/  
**SEPARAR 1 FA EM 18 AD**  
**INICIO: 26/01**

REV SEGURO  
 PREVIDENCIA S  
**05 MAR 2018**  
*et. Auto*

COMPREV SEGU  
 PREVIDENCIA S  
**06 MAR 2018**

**Recomendações**

**DELETO/SALENIZADO**

Horarios: **MANUTENDO**

**SSW + CCGG**

**ROTINA**

*do mal os org + 50,9% 100 ml @ 816h 5m 9:10*

Data de Prescrição: **26/01/2018**  
 Número Municipal: **118261**  
 Medicamento: **CRINICE 18261**

*Curcuma e sapon  
 amon ha 400  
 de ha ms p/ha*

**João Ricardo A. de Alencar**  
 Médico  
 CRM 5244

**UNICLIAM**  
**CONFÉRMICA ORIGINAL**



**OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM**

nome: Francisco Anderson Freire

DATA: 27/01/18 POSTO: 8 LEITO: 806.3  
CONVENIO: Particular

TURNNO: m

TURNNO: \_\_\_\_\_

AC. VENOSO: \_\_\_\_\_

AC. VENOSO: \_\_\_\_\_

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

CVC ( ) Local ( ) Dissecção

RESPIRAÇÃO:

RESPIRAÇÃO:

( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi \_\_\_\_\_ %

( ) Ar ambiente ( ) Cat. Nasal ( ) Venturi \_\_\_\_\_ %

( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ %

( ) MNBZ ( ) Másc. Reservatória 100% Spo<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ %

DIETA:

DIETA:

( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) VO ( ) SNE ( ) SNG ( ) GTT ( ) NPT

( ) Zero Para: \_\_\_\_\_

( ) Zero Para: \_\_\_\_\_

Observações: As giras Parente Talvina - Mãe do

Observações: \_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

As giras Parente de Talvina - Mãe do

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

Amexo m e p m

\_\_\_\_\_

COMPREV SEGURO  
E PREVIDENCIA S/A  
REC- 05 MAR 2018  
Nome: Stelato

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDENCIA S/A  
REC- 06 MAR 2018  
Nome: \_\_\_\_\_

UNICLINIC  
CONFERE COM O  
ORIGINAL

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

Assinatura e COREN: \_\_\_\_\_

# Evolução Paciente

Paciente	Francisco Anderson Freire	Atendimento	1.363.037
Data Nasc.to.	21/07/1964 33 Anos	Prontuário	424.316
Sexo	Masculino	Di. Entrada	26/01/2018 11:05:19
Telefone	997660019	Convênio	PARTICULAR Particular
Leito	806 1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
27/01/2018	Enfermeiro	Evolução		Fernanda de Sousa Rodrigues	

**Paciente: Francisco Anderson Freire**  
**Enfermeiro(a): FERNANDA DE SOUSA RODRIGUES**

### Evolução MANHÃ

- Diagnóstico: PO COTOVELO
- Especialidade: TRAUMA

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientada;
2. Respiratório: Eupneico em ar ambiente;
3. Cardiovascular: Normocardia;
4. Digestivo: VO;
5. Renal: Diurese espontanea;
6. Tegumentar: Pele integra;
7. Dispositivos: Sem dispositivo;
8. Antimicrobianos: Sem cobertura;

Condutas/Intercorrecias

REALIZADO CURATIVO COM ATADURA EM FO LIMPA SEM SINAIS FLOGISTICO  
SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
AS 11:20 HS PACIENTE SAIO DE ALTA HOSPITALAR

*Fernanda de Sousa 309946*  
 FERNANDA DE SOUSA RODRIGUES/309946

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A.  
 REC. 06 MAR 2018  
 Nome:

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDENCIA S/A.  
 REC. 05 MAR 2018  
 Nome: *Slafeto*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULLISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231933.





NOME DO PACIENTE:

João Anderson Almeida

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

2601 por p. uterina de 12/  
detecção cupin

Dr. João Ricardo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5244  
CPF: 423.866.406-53

Parte operada, por  
he mo no modo

Dr. João Ricardo Andrade  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5244  
CPF: 423.866.406-53

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC: 05 MAR 2018

Nome: slalito

no, alta hospitalar

João Ricardo A. de Almeida  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 5244

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC: 06 MAR 2018

Este documento é cópia de original, assinado digitalmente por JORGE ULisses E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231933.



ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: FRANCISCO ANDRÉ ASSIS FERREIRA Data: 26/01/18 Leito: 806  
 Convênio: particular Cirurgião: JOSÉ MARCO  
 N° Atendimento: \_\_\_\_\_ Cirurgia: retirada do membro superior esquerdo

ATIVIDADE	SIM/ESPEC		NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO
	Data:	hora:			
Jejum					
Reserva de sangue	X				
Lavagem intestinal					
Banho pré operatório					
Acesso venoso	X				
Ficha pré anestésica preenchida			X		
Medicação pré anestésica			X		
ECG			X		
Exames laboratoriais			X		
Raio X / Imagens			X		
Retirada de prótese dentária/ lentes			X		
Retirada de adornos/esmalte de unha	X				
Alergias			X		

Encaminhado por: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Recebido por: José Marco Hora: 16:55  
 Medicamentos em uso: \_\_\_\_\_ Transportado em: ( ) Maca ( ) Cadeira ( ) Deambulatorio  
 PA: 120x90 mmHg; Pulso: \_\_\_\_\_ bpm; T: 36 °C; SpO2: \_\_\_\_\_ %; Dor: \_\_\_\_\_  
 0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável

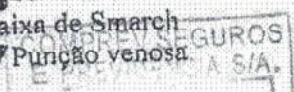
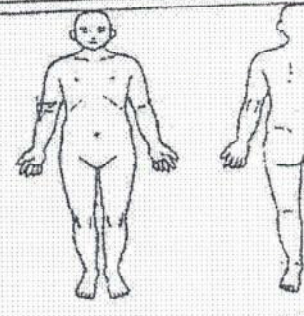
Admissão no Centro Cirúrgico Ad. no SPO. PESO: 105kg às 16:55h

Funcionário: José Marco Coreia: \_\_\_\_\_

Trans - Operatório  
 Sala: 01 Circulante mesa instrumentadora Mixarfe Anestesia 15kg Início \_\_\_\_\_ Término \_\_\_\_\_  
 ( ) Raio X/ Imagens ( ) Material p/ anátomo-patológico  
 ( ) Tricotomia Hora: \_\_\_\_\_ Região: \_\_\_\_\_ ( ) Material p/ laboratório  
 ( ) Hemotransusão  
 ( ) Ex. laboratoriais  
 ( ) ECG

Cirurgia realizada:  
 Posição do paciente na mesa cirúrgica:  
 ( ) DD ( ) LD ( ) LE ( ) GINECOLÓGICA  
 ( ) Outras: DV  
 Preparo da pele:  
 ( ) Clorhexidina degermante ( ) PVPI tópico  
 ( ) Clorhexidina alcoólica ( ) PVPI degermante

Legenda:  
 ▲ Placa de bisturi  
 ● Monitorização Cardíaca  
 ✕ Incisão Cirúrgica  
 ■ Garrote Pneumático/  
 Faixa de Smarch  
 ▼ Puncção venosa



REV: 06 MAR 2018

UNICLINIC CONFERE COM ORIGINAL

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.trfcejus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231933.

<b>Encaminhado com:</b>			Outros:
<input type="checkbox"/> Venóclise	<input type="checkbox"/> Intubação	<input type="checkbox"/> SVD	
<input type="checkbox"/> Dreno	<input type="checkbox"/> SNG/SNE	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua	

**Informações adicionais:**

---



---



---



---



---



---



---

Enfermeiro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

CONFERE ORIGINAL

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC: 05 MAR 2018  
Nome: *S. Leite*

COMPREV SEGUROS  
E PREVIDÊNCIA S/A.  
REC: 06 MAR 2018  
Nome:

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231933.



**BOLETIM DE RECUPERAÇÃO**

Nome: Francisco Anderson F. e Silva  
 Leito: 806-1

Unidade / Serviço: \_\_\_\_\_  
 Admissão: 1 / 1

DIA	HORA	Temp. Pulso p/ min. (BPM)	RESP.	Pressão Arterial		DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
				Max.	Min.			
26/04/18	11:10	36.8 1	20	120 x 90				Coord. Enfermagem Inf. Teófilo H. de F. <i>[Signature]</i>
26/04/18	23:00	36.5 78	20	120 x 70				
27/04/18	06:00	36.7 80	19	120 x 80				
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							
/ /	:							

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC. 05 MAR 2018  
 Nome: *[Signature]*

**CONFERE O ORIGINAL**

COMPREV SEGUROS  
 E PREVIDÊNCIA S/A.  
 REC. 06 MAR 2018  
 Nome: \_\_\_\_\_

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfcej.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231933.



**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA DE FINANÇAS  
NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e**

**Número da NFS-e**  
14627

Data e Hora da Emissão	01/02/2018 03:53:41	Competência	02/2018	Código da Verificação	160422500
Número RPS	38833	No. da NFS-e substituída		Local da Prestação	Fortaleza - CE

**Dados do Prestador de Serviços**

	Razão Social/Nome	Uniao de Clinicas do Ceara Ltda				
	Nome Fantasia	Hospital Uniclinic				
	CNPJ/CPF	05.867.015/0001-75	Inscrição Municipal	15963	Município	Fortaleza - CE
	Endereço e Cep	Av. Aguanambi, 332, José Bonifácio, 60.055-402				
	Complemento		Telefone	33116000	E-mail	contabilidade@uniclinic.com.br

**Dados do Tomador de Serviços**

Razão Social/Nome	Francisco Anderson Freire				
Nome Fantasia					
CNPJ/CPF	009.884.383-48	Inscrição Municipal		Município	Fortaleza - CE
Endereço e Cep	2, 400 Passare CEP:60862130				
Complemento		Telefone		E-mail	

**Discriminação dos Serviços**

Nota fiscal referente ao atendimento: 1363037  
Pacote Fratura de Cotovelo E-Cod :99999999

**Código dos Serviços / Atividade**

4.03 / - Atividades de Atendimento Hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências

**Detalhamento Especifico Construção Civil**

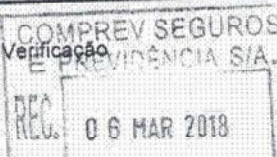
Código da Obra		Código ART	
----------------	--	------------	--

**Tributos Federais**

PIS	0,00	COFINS	0,00	IR(R\$)	0,00	INSS(R\$)	0,00	CSLL(R\$)	0,00
-----	------	--------	------	---------	------	-----------	------	-----------	------

Detalhamento de Valores - Prestador de Serviços		Outras Retenções		Cálculo do ISSQN devido do Município	
Valor dos Serviços R\$	3.000,00	Natureza de Operação		Valor dos serviços R\$	3.000,00
(-) Desconto Incondicionado	0,00	1 - Tributação no município		(-) Deduções Permitidas em lei	
(-) Desconto Condicionado		Regime Especial Tributação		(-) Desconto Incondicionado	
(-) Retenções Federais	0,00	0 - Nenhum		Base de Cálculo	3000,00
Outras retenções	0,00	Opção Simples Nacional		(X) Alíquota %	0,00
(-) ISS Retido	0,00	2 - Não		ISS a reter	(-) Sim (X) Não
(=) Valor Líquido	3.000,00	Incentivador Cultural		(=) Valor do ISS R\$	0,00
		1 - Sim			

**Avisos**  
1 - Uma via desta nota fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços  
2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, com a utilização do Código de Verificação



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE JESSE E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/12/2018 às 11:01, sob o número 01892654920180060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0189265-49.2018.8.06.0001 e código 4231933.

**Nº DO CLIENTE**  
870431-7

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, 150  
CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07.007.254/0001-70 | CGF 06.105.645-3



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

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 500256423  
Data de Emissão 10/11/2017

Posta 05 01210 34 119800 - 3  
Nome MARIA DAS GRACAS PEREIRA GOMES  
End. Postal 811 00002 CONJ JARDIM CASTELÃO 00400 CASTELÃO - FORTALEZA - 60000000  
Medidor 7410057  
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO  
RG / CPF / CNPJ 144396113-20  
Nome do Responsável  
Posto 2082 B15T  
Fator de Potência 0,00  
CGF

**DATAS**  
Mês de Referência Nov/2017  
Data de Apresentação 10/11/2017  
Previsão Próxima Letura 11/12/2017

**ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
Veja a legenda no verso desta conta.

Mês	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Trim.	Mensal	Trim.
Nov/2017	4,35	5,31	19,32	0,00
Out/2017	8,17	6,35	12,76	0,00
Set/2017	2,77		0,00	0,00

Conjunto 0,00  
Mês 0,00  
EIED 124,45

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

ICMS	Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
	221,14	3,85%	8,42

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fát.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
640	637	3	3	0	73,4	221,14

**VALOR CONSUMO DO MÊS**  
VALOR HONORARIA REF 10/2017 8,42  
JUROS DO MÊS 3,85  
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 29,92  
SEG FAMILIA RES SUP 3 + 1 PLANO1-08006000560 4,60  
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R\$ 17,14 )

**VENCIMENTO** 20/11/2017 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 267,93

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Transmissão	230
Distribuição	200
Encargos Setoriais	174
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	553
TOTAL	907

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Competência Ecológica (KECO)  
Emitido kg CO<sub>2</sub> 23

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**  
CONTAS EM ATRASO  
Previsão Aviso  
10/2017

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
REC. 05 MAR 2018  
Nome: S. Leperto

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A  
REC. 06 MAR 2018  
Nome: