



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

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>Antonio Sebastião de Oliveira</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>42514682</u>
CPF nº: <u>212.225.333-91</u>	Residência: <u>Rua Sta. Terezinha, 524</u>	
Bairro: <u>São Vicente</u>	Cidade: <u>Independência</u>	Estado/UF: <u>CE</u> CEP: <u>63.640-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 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 médicas**, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús - CE., 09 de julho de 2018.

x Antonio Sebastião de Oliveira
 (outorgante)

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

NOME
ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 42514682 SSP CE

CPF
 212.225.333-91

DATA NASCIMENTO
 20/01/1960

FILIAÇÃO
 SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA
 RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
 ACC CALHAB C

Nº REGISTRO
 01096091990

VALIDADE
 10/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
 27/07/1985

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR
Antonio Sebastiao de Oliveira

LOCAL
 CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
 23/07/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
Igor Vancêlos Ponte

07344641758
CE148478786

DETRAN - CE

CARTÓRIO
GILVAN PACIFICO
 CNPJ 14.775.395/0001-09 - CNS 01781-4
 Independência-CE (88) 996421819 994740013
 E-Mail <cartoriogilvanpacifico@gmail.com>

AUTENTICAÇÃO
 a fotocópia confere com o original exibido. Dou fé.
 VÁLIDO SOMENTE COM O SELO DE AUTENTICIDADE
 1.2017
 Dairany Martins Araújo, Escrevente.

Dairany



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

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: <i>Antonio Sebastião de Oliveira</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua São Terezinha, 524</i>		Profissão: <i>Autônomo</i>
CPF nº: <i>222.225.333-91</i>	RG nº: <i>42514682</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>São Vicente</i>	Cidade: <i>Independência</i>	Estado/UF: <i>CE</i>
CEP: <i>63.640-000</i>	Telefone: _____	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., *09* de *julho* de 2018.

X Antonio Sebastião de Oliveira

 Declarante



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 480 - 127 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/02/2018 11:26:04**
Data / Hora da Ocorrência: **24/10/2017 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **LOCALIDADE DE ALTAMIRA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **INDEPENDENCIA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO SEBASTIÃO DE OLIVEIRA**
Nascimento: **20/01/1960** CPF: **212.225.333-91** UF:
CNH: **01096091990** Orgão Emissor: **DETRAN**
Filiação: **RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA**
SEBASTIÃO BRANDINO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA SANTA TEREZINHA, 524**
Bairro: **SAO VICENTE** CEP: **63.640-000**
Município: **INDEPENDENCIA/CE** Telefone: **(88) 99983-0242**
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVU0294** Uf: **CE** Município: **PEDRA BRANCA** Chassi:
9BWY2VRK9YRY02753 Renavam: **739223348** Tipo do Veículo:
CAMINHAO Marca / Modelo: **VW/17.210 MOTOR CUMMINS** Ano
Fabricação: **2000** Ano Modelo: **2000** Combustível: **DIESEL** Cor:
BRANCA Proprietário: **ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o declarante que no dia e hora supracitados, seguia guiando o veículo acima discriminado, quando o compressor de ar do veículo estourou e faltou freio no mesmo, o declarante então pulou do caminhão para tentar pegar algumas pedras e fazer com que o mesmo parasse; O declarante relata que quando pulou do caminhão caiu ao solo e o caminhão encostou numa barreira chegando a parar devido o impacto; QUE na queda sofreu fratura do punho esquerdo, conforme boletim de atendimento apresentado; Que foi socorrido por seu filho, que o levou até o Hospital Municipal desta cidade; QUE este Município não dispõe de SAMU, Corpo de Bombeiros ou outra instituição similar que realize atendimento às vítimas de acidente de trânsito; QUE o declarante possui Carteira Nacional de Habilitação na categoria C; QUE apresentou como testemunhas as pessoas de ALAN BRUNO ALVES DE OLIVEIRA, filho de Antonio Sebastião e Oliveira e Marilene Alves Camelo, portador do RG 20070893939 SSP-CE, CPF 045.838.883-17, residente na Rua Santa Terezinha, 524, Bairro São Vicente, Independência-CE e MARIA JOZILANIA CAMPOS DO NASCIMENTO, filha de Jose Arteiro do nascimento e Maria Noelia Campos do Nascimento, portadora do RG 2005010149980 SSP-CE, CPF 040.345.273.-23, residente no rua Renato Braga, 962, Bairro Fátima II, Crateús-CE; QUE está sendo agenciado pela pessoa de JULIO CESAR, responsável pelo escritório JULIO CESAR SEGUROS, localizado na Rua João Tome, Crateus/CE. Nada mais disse.//////



BOLETIM DE Ocorrência Nº 480 - 127 / 2018

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE INDEPENDENCIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Gabriela Rodrigues Ribeiro
GABRIELA RODRIGUES RIBEIRO - MAT.: 30106911

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Maria Sônia do Nascimento

VISTO DO DELEGADO(A) : FERNANDO DE CASTRO VEIGA - MAT.: 30104315

x Maria Jezielina Campos do Nascimento -

x Alon Bruno Alves de Oliveira



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - EMERGENCIA

fls. 13

Impressão: 24/10/2017 19:35

Página 1
v2017001

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 124778	Atendimento 0004	Nome do Paciente ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA	CNS 703009839843078	Gua de Autorização
Documento(s)	Identidade: 42514682	Estado Civil Outro	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 20/01/1960	Local INDEPENDENCIA/CE	Idade 57 Ano(s)		
Pai SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA	Mãe RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA			
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Bairro SAO VICENTE	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 99830242	
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS	CPF do Responsável	Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 24/10/2017	Hora 19:35	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento NAILTON GREYK DE CASTRO FERNANDES	CRM/UF 9575/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO		
Indicador de Acidente	Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA			
Trânsito				
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	F (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

Reu Presente. (P)

Mulher 24,5 anos em
Lito Proteção de saúde em
de 10/10/17.

(19:50) Estag. Karol

Asser
325.421

Greyek de Castro

Médico

CRM-CE 9575

NAILTON GREYK DE CASTRO FERNANDES - CRM: 9575

Josilane Campos

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/07/2018 às 10:35, sob o número 01487048020188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148704-80.2018.8.06.0001 e código 39E31B7.



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 25/10/2017 07:49

Página 1
v2017001

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Cartão 24778	Atendimento 0006	Nome do Paciente ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA		Número 703000039843078		Guia de Autorização	
Documento(s) Identidade: 42514682		Local INDEPENDENCIA/CE		Estado Civil Outro		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 01/01/1960		Mão NÃO		Idade 57 Ano(s)			
Pai SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA		Mãe RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA		CEP 63700-000		Município CRATEUS	
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613		Bairro SAO VICENTE		UF CE		Telefone 88 99830242	
Profissão		Empresa		Cônjuge			
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS		CPF do Responsável		Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613		Município CRATEUS	
						UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 5/10/2017	Hora 07:49	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento AMIL SANCHES JORQUEIRA		CRM/UF 6945/CE		Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Relatador de Acidente Trânsito		Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE		
Observação				
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (mmHg) 80	R (mmHg) 130x90

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

*Ante em atendimento
na pulso E em olecranon
e simetria punho
na abdução e extensão,
na flexão e extensão
pulso olecranon
pulso punho
womens total 1FV - 4/10/10*

Assinatura
969404-9-11

JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM: 6945

Dra. Regina S. Resende
Médica
CREMEC 10041

Josilane Campos
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/07/2018 às 10:35, sob o número 0148704802018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148704-80.2018.8.06.0001 e código 39E31B7

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Idade: 78	Atendimento: 0007	Nome do Paciente: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA	CNS: 703009839843078	Estado Civil: Outro	Sexo: Masculino
Idade(s): 42514682	Nascimento: 1/1960	Local: INDEPENDENCIA/CE	Mãe: RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA	UF: CE	Telefone: 88 99830242
ASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA		Bairro: SAO VICENTE	CEP: 63700-000	Município: CRATEUS	
RUA MANOEL AGOSTINHO, 613		Conjuge:			
CPF do Responsável:	Endereço: RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Município: CRATEUS	UF: CE		
Nome do Responsável: JOSILANE CAMPOS DO NAS					

DADOS DO ATENDIMENTO

Atendimento: 0/2017	Hora: 08:42	Convênio: SUS	Matrícula:	CID:
Funcional do Atendimento: JIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/UF: 6945/CE	Funcionário: MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA	Tipo Atendimento: CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Idade de Acidente:				

Data/Hora Liberação:	às:	hs.	Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito
is Vitais:	Altura (cm):	T (°C):	P (bpm): 98 R (mpm): 130 X 80

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

[Handwritten signature]

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

[Handwritten signature]
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

DADOS DO PACIENTE

Nome ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA						Prontuário/Atendimento 124778/0008	
Nascimento 20/01/1960		Local INDEPENDENCIA		País Nacionalidade Brasil		Idade 57 Ano(s)	
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia		Religião NÃO DETERMINADA	
Documento(s) Identidade: 42514682				CNS 70.3009.839.8430-78			
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO		Nº 613		Bairro SAO VICENTE		Município CRATEUS-CE	
Fone (88) 9983-0242		Profissão		Empresa		Fone Empresa	
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NASCIMENTO				CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável				Cônjugue			
Mãe RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA				Pai SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 26/10/2017 12:38		Quarto/Leito 056-0001		Aposento ENFERMARIA		Clínica CIRURGICA		Setor CLINICA CIRURGICA	
Convênio SUS		Matrícula		Autorização		Dias 0		Guia	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA				CRM 6945					
CID Principal				CID Complementar					
Observação Internado nesse setor por falta de vaga									
Usuário MARAIZA VIEIRA BARBOSA				Procedimento SUS				Sisprenatal	
Data Saída		Hora		Condição da Saída				Usuário Saída	

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.

:RATEUS, 26 de outubro de 2017.

 Assinatura do paciente
 Responsável pela impressão: MARAIZA VIEIRA BARBOSA


 Assinatura do responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÂO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Fls. 17

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

S B S C - H S b

2 - CDES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

S B S C - H S b

2 - CDES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Antônio Sebastião de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

124778

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

20/01/1960

9 - SEXO

Masc. ☒ 1Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Raimunda Silvana de Oliveira

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Votawás

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE 63700000

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com quadro de
dor em coxa e
membros / nris

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Fu

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

S525

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04080201172

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (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)

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 Santos

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

Médico - 116892

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

20/10/17

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

0621736.473-46

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Paciente: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
Data da Int: 26/10/2017 Dt de Nasc: 20/01/1966
Convenio: SUS Prontuario: 124778
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: RAIMUNDA SILVA DE OLIVEIRA

CIRÚRGICA 18

PACIENTE

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA		
	REALIZADA		
CIRURGIÃO	Dr. Daniel		CRM
AUXILIARES	1º		CRM
	2º		CRM
	3º		CRM
	4º		CRM
			CRM

ANESTESIOLOGISTA Dr. Johannes

TIPO DE ANESTESIA Sedação

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A) Dinaili

CIRCULANTE Fabíaca

ACHADOS OPERATÓRIOS

Procedimento realizado com sucesso sem complicações.

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃOCAMILC

PACIENTE

Paciente: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
Data da Int. 26/10/2017 Dt de Nasc: 20/01/1960
Convênio SUS Prontuário: 124778
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: RAINUNDA SILVANA DE OLIVEIRA

NESTESIA

NLS. 19

TIPO DE CIRURGIA

TEMPO DE SALA

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	P. ARTERIAL

TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA

AP RESPIRATÓRIA *Dr* ASMA *mapa* BRONQUITE *mapa*AP. CIRCULATÓRIO *Dr* ECGAP. DIGESTIVO *mapa* DENTES *mapa* PESCOÇO *mapa* ALÉRGIA *mapa*AP. URINÁRIO *mapa* ESTADO MENTAL *mapa*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO RISCO ATARÁXICOS

ANESTESIAS ANTERIORES CORTICÓIDES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA HORA EFEITO HIPOTENSORES OUTROS

HORAS *Dr* INDUÇÃOAgentes Anestésicos *Dr* SATISFATÓRIO *Dr* EXCITAÇÃO *Dr**mapa* LARINGOESPASMO *Dr* LENTA *Dr**mapa* TOSSE *Dr* NÁUSEAS *Dr**mapa* VÔMITOS *Dr* OUTROS *Dr*CÓDIGO *Dr* MANUTENÇÃOV P. Arterial O Pulso: O - Respiração O - Operação *Dr*A X. Anestesia *Dr*280 *Dr*240 *Dr*220 *Dr*180 *Dr*160 *Dr*140 *Dr*120 *Dr*100 *Dr*80 *Dr*60 *Dr*40 *Dr*20 *Dr*SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES *Dr*POSICÃO *Dr*AGENTES *Dr*TÉCNICA *Dr*CIRURGIA *Dr*CIRURGIÕES *Dr*ANESTESISTAS *Dr*ANESTESIA SATISFATÓRIA
() SIM () NÃO
NÃO PORQUE?

DESPERTAR

REFLEXOS NA SO

OBSTRUÇÃO *Dr* CO2 *Dr*EXCITAÇÃO *Dr* NÁUSEAS *Dr*VÔMITOS *Dr* OUTROS *Dr*

PARA O LEITO CÂNULA

() SIM () NÃO

CONDIÇÕES *Dr*

BALANÇO

PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA *Dr*VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO *Dr*TEMPO CIRÚRGICO *Dr*DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO *Dr*

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SYD = Sonda Vesical de Demora.



SOCIEDADE BENEF

HOSPITAL SÃO LUCAS

SÃO CAMILO

Impressão: 19/12/2017 07:35

Página 1

v2017005

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 124778	Atendimento 0017	Nome do Paciente ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA	CNS 703009839843078	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 212.225.333-91	Idade 57 Ano(s)	Local INDEPENDENCIA/CE	Estado Civil Outro	Sexo Masculino
Data de Nascimento 20/01/1960	Mãe RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA	Bairro SAO VICENTE	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	UF CE	Telefone 88 99830242	Profissão	Empresa
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS.	CPF do Responsável	Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 19/12/2017	Hora 07:35	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/UF 6945/CE	Função Médico	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO	
Indicador de Acidente	Município CRATEUS			
Observação	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais	Peso (kg) 84	Altura (cm)	T (°C) 36°C	P (bpm) 80
			R (mmHg) 17	PA (mmHg) 120x80

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

SpO2 96%

Prontuário 124778
CPF 212.225.333-91
RUA MANOEL AGOSTINHO, 613
SAO VICENTE - CE

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 19/07/2018 às 10:35, sob o número 01487048020188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148704-80.2018.8.06.0001 e código 39E31B7.



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 23

Impressão: 20/12/2017 09:48

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

Pág

DADOS DO PACIENTE									
Prontuário 124778	Atendimento 0019	Nome do Paciente ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA				CNS 703009839843078	Guia de Autorização		
Documento(s) CPF: 212.225.333-91		Identidade: 42514682				Estado Civil Outro		Sexo Masculino	
Data de Nascimento 20/01/1960		Local INDEPENDENCIA/CE				Idade 57 Ano(s)			
Pai SEBASTIAO BRANDINO DE OLIVEIRA				Mãe RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA					
Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613		Bairro SAO VICENTE		CEP 63700-000	Município CRATEUS		UF CE	Telefone 88 99830242	
Profissão		Empresa		Cônjuge					
Responsável MARIA JOSILANE CAMPOS DO NAS		CPF do Responsável		Endereço RUA MANOEL AGOSTINHO, 613		Município CRATEUS		UF CE	

DADOS DO ATENDIMENTO									
Data Atendimento 20/12/2017	Hora 08:19	Convênio SUS	Matrícula		CID				
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM/UF 6945/CE		Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO				
Indicador de Acidente			Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE						
Observação									
Sala									
Data/Hora Liberação			às		hs.		Tipo de Salça () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais		Peso (kg) 84		Altura (cm)		T (°C) 36		P (b.p.m) 80	
						R (m.p.m)		PA (mmHg) 130/80	

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

SP9- 96

*primeira consulta
do paciente
para consulta de*

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Maria Josilane Campos
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA JOSILANE CAMPOS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome: ANTONIO SEBASTIAO DE OLIVEIRA
 Nº: 124778 Convênio: SUS
 Nascimento: 20/01/1960
 da Mãe: RAIMUNDA SILVANA DE OLIVEIRA
 Cidade: CRATEUS-CE

DN: 11/11

PRONTUÁRIO: 1

DATA: 20/12/17

ETOR: CCT LEITO: 13.2 CONVÊNIO: SUS

APRAZAMENTO

PRESCRIÇÃO

01		
02	<i>20/12</i>	
03	<i>Q. Mito 1000 mg</i>	<i>OK</i>
04	<i>Q. La R 1000</i>	<i>500 (12:55)</i>
05	<i>Q. Nymul 1 e 6/1h</i>	<i>15V 21 03</i>
06	<i>Q. La R 1000</i>	
07		
08	<i>HC</i>	
09	<i>PG</i>	<i>260</i>
10	<i>PG</i>	
11	<i>EC 02</i>	
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Evolução Médica:

Assinatura e Carimbo

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e nº COREN
20/12/17	ÀS 12:30HS PACIENTE ADMITIDO NESTA UNIDADE C. CIRÚRGICA. CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBA- LIZ, DEAMBULANDO. VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÁ- BALHO. APRESENTANDO TRAUMA EM PUNHO E IMOBILIZADO C. TALA GESSADA NO MU- NTO NÃO DEIXA QUEIXAS ALGUMAS. NEGÁ- MAS + DM + ALERGIAS A MEDICAMENTOS. SEGUIR NOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.	Assinatura legível e nº COREN
20/12/17	ÀS 15:00 HS, REALIZADO MEDICAÇÃO DO ITEM: 04, CONFOR- ME PRESCRIÇÃO MÉDICA.	Auxiliar de Enfermagem COREN-CE 692.527
20/12	ÀS 16:00HS Paciente em repouso no leito, consciente, orientado verbalizável, deambulando, apresenta trauma em punho E. Em imo- bilização no local por tala gessa- da, segue com Cuidados de En- fermagem.	Assinatura legível e nº COREN
20/12/17	ÀS 18:45 Paciente recebe alta hospitalar, com orientação para Santa Féria, Gupeta- do, consciente, deambulando, com excor- de sangues em mãos. Mãe: Japilana Campos.	Assinatura legível e nº COREN

Arquivado

Hospital São Lucas
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde
 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: B. P. B.
 2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: B. P. B.
 3 - CDEB: 2481073
 4 - CDEB: 2481073

Identificação do Paciente
 5 - NOME DO PACIENTE: Renato Sebastião de Oliveira
 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 122778
 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 201011960
 8 - DATA DE NASCIMENTO: 20/01/1960
 9 - SEXO: Masculino ☒ 3
 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Luiza Tereza Campos do Nascimento
 11 - TELEFONE DE CONTATO: 63 300.000
 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): ruel do Espírito, 613 - São Vicente
 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Itaituba
 14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO: CE 63 700 000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Pneumonia leve, febre, tosse e
inchaço no pulmão
 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: CR

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
 19 - Leve o pulmão
 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Leve o pulmão
 21 - CID 10 PRINCIPAL: 1933
 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: 22935
 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: 1933

PROCEDIMENTO SOLICITADO
 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Ampliação
 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 1933
 26 - CLÍNICA: 1933
 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 1933
 28 - DOCUMENTO: 1933
 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 1933
 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 1933
 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 20/12/17
 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 1933

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: 1933
 37 - Nº DO BILHETE: 1933
 38 - SÉRIE: 1933
 39 - CNPJ EMPRESA: 1933
 40 - CNAE DA EMPRESA: 1933
 41 - CBOR: 1933
 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO
 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. Frederico Sancho
 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 1933
 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 1933
 46 - DOCUMENTO: 1933
 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 1933
 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): 1933
 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 20/12/17
 50 - CPF: 004.736.473-46



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 528982743

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
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
532156 DV **5**

VENCIMENTO
20/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
120,37

End. da Unidade Consumidora RU STA TEREZINHA 00524 SAO VICENTE INDEPENDENCIA
63640000

RG / CPF / CNPJ 212.225.333-91

CGF

Classe 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 19972	19888	1	84	0	84

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
13/06/2018	12/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

9A40.8909.A0B9.3B4E.DE77.0FB6.0A27.509E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
62,98	27%	17,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

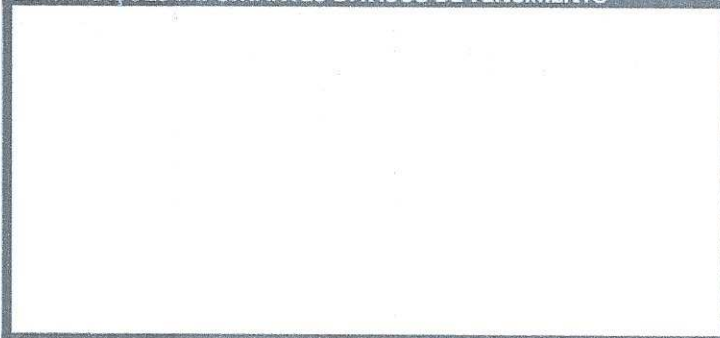
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,41
JUROS POR PARCELAMENTO DE DÉBITO	0,41
QUOTA PROPORC. PARCEL.TAXA SERVICO	0,46
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,56
JUROS DO MES	1,43
MULTA MORATORIA	1,66
QUOTA PROPORCIONA PARCEL MULTA JUROS CORRECAO	1,75
QUOTA PROPORC PARCEL CONT IL.PUB INTERIOR	1,82
JUROS DO MES	1,89
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	2,32
TAXA DE RELIGACAO	7,63
QUOTA PROPORCIONAL IMPORTE PARCELAMENTO	37,05
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,12)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

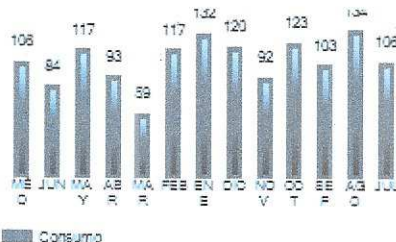
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 20,93

Conjunto INDEPENDENCIA

Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 532156-5

N° da Nota Fiscal: 528982743

Total a Pagar (R\$): 120,37

Data de Emissão: 09/07/2018

Referência: JUN/2018

N° de Controle: 0000532156 00526 4367 2 10

83810000001-9 20370031000-0 00005321560-5 05264367218-7



SINISTRO 3150514188 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FABIO RODRIGUES DE SOUSA****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora S/A****ENDEREÇO Rua da Alfândega, 90 Sala 702, Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20070-004****BENEFICIÁRIO FABIO RODRIGUES DE SOUSA****CPF/CNPJ: 71031570306****Posição em 28-07-2015 08:20:02****Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.****Valor: R\$ 1.687,50****Data de liberação do pagamento: 29/07/2015****Fique atento: o prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data da liberação.**

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
29/07/2015	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

SINISTRO 3150514188

BENEFICIÁRIO FABIO RODRIGUES DE SOUSA

E

SINISTRO 3150514188 - Resultado de consulta por beneficiário

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora S/A

data:text/html;charset=utf-8,%3Ch4%20style%3D%22margin%3A%200px%200px%208px%3B%20padding%3A%200px%200px%204px%3B%20border-b...