



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Francisco Diassis Ribeiro Gomes</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Casado</i>	Profissão: <i>Mecânico</i>	Carteira de Identidade: <i>2018195784-6 SSP-ce</i>	
CPF nº: <i>077.350.413-30</i>	Residência: <i>Rua João Soares, Nº 129</i>		
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>63.700-000</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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

Crateús - CE., *27* de *Fevereiro* de *2019*.

FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES
(outorgante)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polg. Dir. Direito

Francisco de Assis Ribeiro Gomes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2018195704-6 DATA DE EXPEDIÇÃO 06/08/2018

NOME FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

FILIAÇÃO FRANCISCO GOMES FARIAS ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

NATURALIDADE CRATEUS - CE DATA DE NASCIMENTO 09/08/1969

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO:1 OFÍCIO TERMO:4501 FOLHA:289 LIVRO:B-15 CRATEÚS - CE CPF 077.350.413-30

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 36



18/03/2019

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
077.350.413-30

Nome
FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

Nascimento
09/08/1969

CÓDIGO DE CONTROLE
B35E.CBF3.79D9.BA19

Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 17:26:55 do dia 18/03/2019 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <i>Francisco Diassis Ribeiro Gomes</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua João Soares, nº 129</i>		Profissão: <i>Mecânico</i>
CPF nº: <i>077.330.413-30</i>	RG nº: <i>2018195784-6 SSP Ce</i>	Estado Civil: <i>Casado</i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.700.000</i>	Telefone:	

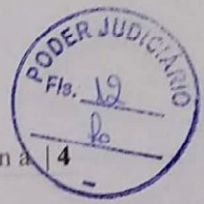
DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - Ce., 27 de fevereiro de 2019.

FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

Declarante



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <i>Francisco Diassis Ribeiro Gomes</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua João Soares, nº 129</i>		Profissão: <i>Mecânico</i>
CPF nº: <i>077-350-413-30</i>	RG nº: <i>2018195784-6 SSP-ce</i>	Estado Civil: <i>Casado</i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>Cep 63.700-000</i>	Telefone:	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - Ce., 27 de fevereiro de 2019 .

FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES
(declarante)



Nº de Inscrição:

027598560



DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
End. Leitura: RU JOAO SOARES, 129, CENTRO
Cidade: CRATEUS

End. Entrega:

CEP: 63700-000

Cidade:

Local: 029

Setor: 016
Subsetor: 00Quadra: 0122
Subquadra: 00

Lote: 0325

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Público: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Variação(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	A1-1F293232	210	219	9	8

DATAS

Leitura Atual: 19/01/2019 | Emissão: 19/01/2019 | Lacre Água: 4758695
Leitura Anterior: 20/12/2018 | Próxima Leitura: 19/02/2019 | Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	051	051	010	051	051
Analisadas	051	051	011	051	051
Em conformidade	051	051	011	051	051

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2018, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaração substitui outras quitações do período e de anos anteriores. Constatamos débito de R\$ 68,09. Caso pago, desconsiderar.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	21,40	SE 1/18	6	6
ESGOTO	19,52	OUT/18	10	8
PARCELAMENTO DE DEB 5/10	16,31	NOV/18	11	6
		DEZ/18	9	7

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,57
COFINS	2,87

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	84,61
VALOR DO SUBSÍDIO	24,38
VALOR TOTAL A PAGAR	60,23

MÊS/ANO

01/2019

VENCIMENTO

06/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

60,23

ONDE PAGAR A FATURA

I: 3529670539-11377

L: 7565 H: 09:44:09 R: 002 P: 001

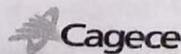
Bancos: Bradesco, BNS, Itaú, BC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Indusbank, Outras: Frio, Frio
A Cagece disponibiliza o método de débito em conta de sua fatura. Ative-o em nosso site ou em nossa loja.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Entidades Reguladoras Fortaleza: ACPOR - Autorarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br. Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h.



Fatura Mensal

Via de agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

Inscrição: 027598560

Código de Responsável: 3529670539-11377 - 7565

Mês/Ano: 01/2019

Local: 029

Setor: 016
Subsetor: 00Quadra: 0122
Subquadra: 00

Lote: 0325

Comp: 0000

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 06/02/2019

Total (R\$): 60,23

8261000000 7 60230009900 2 02759856001 2 05000922015 8





TERMO DE DECLARAÇÃO DA VÍTIMA FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3051 / 2018

Aos 14 dia(s) do mês de Novembro de 2018, nesta cidade de Crateus, Estado do Ceará, onde pela(s) 13:57 hora(s), presente achava-se o(a) Bel(a). **RENE GOMES MESQUITA**, Delegado(a), comigo **DANILO DA SILVA PAIVA**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu em Cartório **FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES**, nacionalidade Brasil, amigado(a), alfabetizado, mecânico, filho(a) de **FRANCISCO GOMES FARIAS** e **ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA**, nascido(a) em 09/08/1969, natural de Crateus/CE, CPF: 077.350.413-30, RG: 20181957846 SSPDS/CE, residente à Rua João Soares, 129, Centro - Crateus/CE. Inquirido(a) pela Autoridade, DISSE: QUE, Informa o declarante que foi vítima de acidente de trânsito na Rua Padre Juvêncio; Que é mecânico e estava consertando um carro modelo D20 da marca Chevrolet, que estava parado na frente da sua oficina no endereço supracitado; Que foi surpreendido por uma colisão frontal causada por outro veículo que trafegava na Rua Padre Juvêncio e foi de encontro ao carro que o declarante estava consertando; Que o veículo de placa: HUP6633 D20, dirigido pela pessoa de nome: ANTONIO VIERA DE SOUZA estava sem freio e veio a colidir com o veículo que a vítima consertava, chegando a bater no declarante que sofreu uma pancada na perna esquerda, chegando a fraturar a mesma; Que a Guarda Municipal desta urbe foi até o local do acidente e lavrou um boletim do acidente supracitado, que foi anexado junto aos documentos necessários para lavrar o Boletim de Ocorrência Nº 3051/2018 nesta Delegacia de Polícia Civil; Que sofreu uma fratura exposta na perna esquerda; Que foi socorrido pelo seu cliente de nome: FRANCISCO BEZERRA GUARIM; Que deu entrada no Hospital São Lucas, situado nesta urbe; Que foi encaminhado para realizar uma cirurgia de urgência devido a lesão sofrida.. E nada mais disse nem lhe foi perguntado, mandou a Autoridade encerrar o presente termo que, lido e achado conforme, vai devidamente assinado por todos e por mim, **DANILO DA SILVA PAIVA**, Escrivã(o) que o digitei.



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



René G. Mesquita
 DELEGADO DE POLÍCIA
 MAT. Nº 301249-4-4

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 3051 / 2018

DELEGADO(A) : _____

DECLARANTE : FMA CIS CARISSI RIBEIRO ROGO MES

ESCRIVÃO(O) : Daniela da Silva Paiva
 ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
 MAT.: 301186-2-6

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 026472	Atendimento 0003	Nome do Paciente FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Ignorado:	Data de Nascimento 09/08/1969	Local CRATEUS/CE	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Pai FRANCISCO FARIAS GOMES	Mãe ANTONIA RIBEIRO GOMES	Idade 48 Ano(s)		
Endereço RUA ALMIRANTE TAMANDARE, 1690		Bairro SAO JOSE	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão MECANICO	Empresa	Cônjuge FRANCISCA ROZILANE SOARES		UF CE
Responsável FRANCISCA ROZILANE SOARES DA	CPF do Responsável	Endereço RUA ALMIRANTE TAMANDARE, 1690	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 21/05/2018	Hora 07:51	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento VICTOR AMON NUNES FERNANDES		CRM/UF 18564/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente		Funcionário MARIA RODRIGUES MACEDO DE SOUSA		
Ocorrência				
Sala		Data/Hora Liberação	às	hs.
		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)
-----------	-------------	--------	---------	---------	-----------

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)
21/05/2018 07:59:35h Responsável: VICTOR AMON NUNES FERNANDES CRM-CE 18564

paciente vítima de trauma tendo o mie prensado contra 02 veículos. apresenta fratura exposta importante de tibia e fibula. com sangramento local. sem alterações no ABCDE do trauma.

cd:

sf 0,9% 1000ml ev correr rapido

tramal 100mg+100ml sf0,9% ev lento

dipirona 2:18 ad ev

radiografia de membro

avaliação com traumatologista

SOCCO: 50 ✓
06.05 ✓
SOCCO 08:05 ✓

Victor Amon Fernandes
 CRM: 18564

VICTOR AMON NUNES FERNANDES - CRM: 18564

 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: FRANCISCA ROZILANE SOA



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

HOSPITAL SAO LUCAS

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA



DADOS DO PACIENTE

Nome FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES		Prontuário/Atendimento 026472/0004	
Nascimento 09/08/1969	Local CRATEUS	Pais Nacionalidade Brasil	Idade 48 Ano(s)
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Etnia	Religião NÃO DETERMINADA
Documento(s) Ignorado	Estado Civil Casado(a)	CNS	
Endereço RUA ALMIRANTE TAMANDARE		Nº 1690	Bairro SAO JOSE
Fone (88) 9277-7652	Profissão MECANICO	Município CRATEUS-CE	CEP 63700-000
Responsável FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S	Empresa	CPF do Responsável	Fone Empresa
Endereço Responsável ALMIRANTE TAMANDARE, 1690 CASA	Cônjuge FRANCISCA ROZILANE SOARES	Fone Responsável	
Mãe ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA	Pai FRANCISCO GOMES FARIAS		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 21/05/2018 08 17	Quarto/Leito 057-0001	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Setor OBSERVAÇÃO
Convênio SUS	Matrícula	Autorização	Dias 0	Guia
Méd. VICTOR AMON NUNES FERNANDES			CRM 18564	
CID Principal	CID Complementar			
Observação				
Usuário MIKAELY SOARES GOMES	Procedimento SUS			Sis prenatal
Data Saída	Hora	Condição da Saída		Usuário Saída

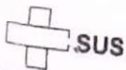
TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

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.

CRATEUS, 21 de maio de 2018.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: MIKAELY SOARES GOMES

Assinatura do responsável



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES
2481073

4 - CNES
2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
26472

11 - NOME DA MÃE
ANTONIA RIBEIRO GOMES

8 - DATA DE NASCIMENTO
09/08/1969

9 - SEXO
Masc 1 Fem 3

10 RAÇA/COR
03 - Parda

10.1 ETNIA

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
FRANCISCA ROZILANE SOARES DA S

12 - TELEFONE DE CONTATO
(88) 9277-7652

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA ALMIRANTE TAMANDARÉ, 1690, SAO JOSE

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
CRATEUS

17 - CÔD. IBGE MUNICÍPIO
2304103

18 - UF
CE

19 - CEP
63700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de trauma tendo o mie pensado contra 02 veículos. apresenta fratura exposta importante de tíbia e fíbula. com sangramento local. sem alterações no ABCDE do trauma.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

risco de complicação

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

Anamnese+exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura exposta de tíbia e fíbula

24 - CID 10 PRINCIPAL
S82.2

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação + cirurgia ortopédica

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0908050500

29 - CLÍNICA

nan teleor

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

60627206301

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

VICTOR AMON NUNES FERNANDES

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/05/2018

Dr. Victor Amon Fernandes

MEDICO

CRM: 18564

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORÇÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO



() CNS () CPF

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

Dr. Gilvan Melo Marques
Médico Auditor CRM/CE. 18784
Secretaria Municipal da Saúde de Crateus
Departamento de Controle, Avaliação,
Regulação e Auditoria


50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura legível e de COREN
25/05/18	<p>Às 09:45 Hs Paciente em repouso no leito, consciente, orientado, verbaliza, diambule no monitorado, normotenso, saturando dentro das faixas na normalidade, recebe alta hospitalar, entrega curso de alta + Orientações aos operatórios e familiares Soares Gomes</p>	<p>Assinatura legível e de COREN</p>  

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; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Paciente FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES

Data de In: 21/05/2018 Di. de Matr: 09/08/1969

Convênio SUS Prontuário 026472

Município CRATEUS-CE
Nome da Mãe ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

CIRÚRGICA

DATA

21/05/18

LEITO



PACIENTE

INTERVENÇÃO

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

TIPO DE ANESTESIA Raque

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A) Simone

CIRCULANTE Keila

ACHADOS OPERATÓRIOS

Handwritten notes in cursive script:

— ponto no a
 — ponto seguinte
 — ponto anterior e outro
 — ponto de crura crura
 — pontos por frente do
 — pontos em p
 — pontos de crura
 — pontos de crura
 — pontos de crura



Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SIOCAMI

Paciente FRANCISCO DIAS RIBEIRO GOMES
 Data de Int. 21/05/2010 DT de Nasc 09/08/1969
 Convênio SUS Prontuário 026472
 Município CRATEUS-CE
 Nome da Mãe ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA

ANESTESIA

DATA 21/05/18

LEITO

TIPO DE CIRURGIA

IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMPERATURA	PULSO	RESPIRAÇÃO	P. ARTERIAL

TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA

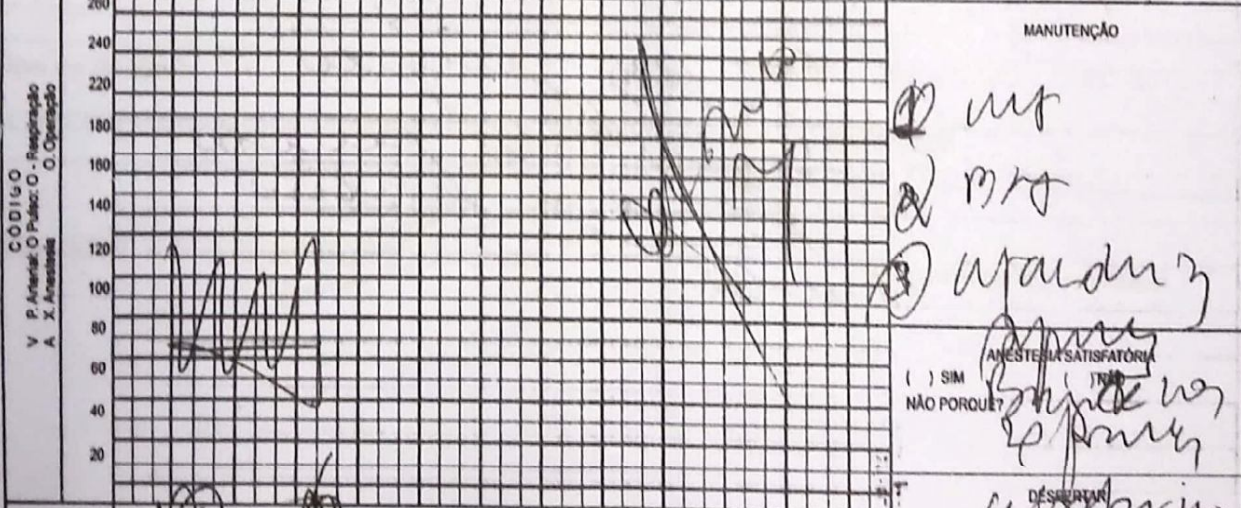
AP. RESPIRATÓRIA	ASMA	BRONQUIA
AP. CIRCULATÓRIO	ECO	
AP. DIGESTIVO	DENTES	PESCOÇO
AP. URINÁRIO	ALÉRGIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	RISCO	ESTADO MENTAL

ANESTESIAS ANTERIORES: ATARÁXICOS

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: CORTICÓIDES

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: HIPOTENSORES, OUTROS

HORÁRIO	HORA	EFEITO	INDUÇÃO
08:00			
08:15			
08:30			
08:45			
09:00			
09:15			
09:30			
09:45			
10:00			
10:15			
10:30			
10:45			
11:00			
11:15			
11:30			
11:45			
12:00			
12:15			
12:30			
12:45			
13:00			
13:15			
13:30			
13:45			
14:00			
14:15			
14:30			
14:45			
15:00			
15:15			
15:30			
15:45			
16:00			
16:15			
16:30			
16:45			
17:00			
17:15			
17:30			
17:45			
18:00			
18:15			
18:30			
18:45			
19:00			
19:15			
19:30			
19:45			
20:00			
20:15			
20:30			
20:45			
21:00			
21:15			
21:30			
21:45			
22:00			
22:15			
22:30			
22:45			
23:00			
23:15			
23:30			
23:45			
00:00			
00:15			
00:30			
00:45			
01:00			
01:15			
01:30			
01:45			
02:00			
02:15			
02:30			
02:45			
03:00			
03:15			
03:30			
03:45			
04:00			
04:15			
04:30			
04:45			
05:00			
05:15			
05:30			
05:45			
06:00			
06:15			
06:30			
06:45			
07:00			
07:15			
07:30			
07:45			
08:00			



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

REFLEXOS NA SO: DESERTAR

OBSTRUÇÃO: CO2

EXCITAÇÃO: NAUSEAS

VÔMITOS: OUTROS

PARA O LEITO CÂNULA: SIM NÃO

CONDIÇÕES: _____

BALANÇO

PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA: _____ ml

VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO: _____ ml

TEMPO CIRÚRGICO: _____ h

DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO: _____ h

Resumo/Sumário de alta



Paciente: FRANCISCO DIASSIS RIBEIRO GOMES	Nome da Mãe: ANTONIA RIBEIRO DE SOUSA	Prontuário: 026472
Data de Nascimento: 09/08/1969	Convênio: SUS	Data da Internação: 21/05/2018
Idade: 48 Ano(s)	Aposento: ENFERMARIA	Leito: 007 - 0001
Sector: CLINICA CIRURGICA	Profissional Resp.: VICTOR AMON NUNES FERNANDES	CRM: 18564
Diagnóstico Principal:		
Data: 25/05/2018	Hora: 08:39	

Motivo da Internação:

Fratura exposta da perna E

Conduta / Tratamento Realizado:

Tra tamento cirurgico com fixador externo

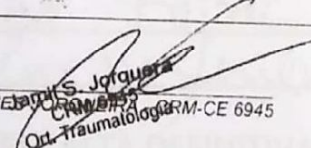
Exames Realizados:

Rx de controle

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHEZ 
CRM: 6945
Ort. Traumatologia

Assinatura Paciente/Responsável

AGRAVAMENTO
RESUMO DE TRATAMENTO



- 1. NOME DO PACIENTE: FRANCISCO DIAS DA RIBEIRO GOMES
- 2. LOCAL: CRATENS - CE
- 3. DATA DO ACIDENTE: 21.05.2018
- 4. PACIENTE COM RELATO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO:

Sofreu FRATURA GRAVE
EXPOSTA DA PERNA ESQUERDA

- 5. O PACIENTE FEZ TRATAMENTO DE: CIRURGIA, RX ANALGÉSICO, ANESTÉSICO, REDUÇÃO DA FRATURA, OSTEOSÍNTESE COM PLACA DE FIXAÇÃO E PARAFUSO.

- 6. A VITIMA EVOLUIU REFERINDO: DOR AO PASSAR RIGIDEZ ARTICULAR, ATROFIA MUSCULAR, PERDA DA FORÇA, INCAPACIDADE DE LOCOMOÇÃO FAZ USO DE AMOJETAS PERDA TOTAL DA FUNÇÃO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

- 7. O PACIENTE EM ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS APRESENTA UMA LIMITAÇÃO FUNCIONAL DE: MEMBROS INFERIORES ESQUERDOS GRAVE 75%.

OBS: A apresentação deste resumo não é obrigatório, apenas para facilitar a análise do acidente.

DATA: 19/12/18

Francisco E. Martins
MÉDICO
CRM - 6253
[Assinatura]
ASSINATURA E CARIMBO



SINISTRO 3180485309 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi

Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES

CPF/CNPJ: 07735041330

Posição em 18-03-2019 17:23:22

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
14/12/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
19/02/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



CONCLUSÃO
 Aos 29 / 03 / 19 faço estes autos
 conclusos a(o) Mra. Juiz(a) de Direito.
P/P Lucia
 Diretor(a) de Secretaria

CPICINPL: 073304130
 BENEFICIÁRIO FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
 Seguradora S/A-Final Fortaleza-CE
 PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO
 COBERTURA Invalides
 VITIMA FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO GOMES
 3180452309 - Resolucao de Compensação

Posição em 18-03-2019 17:23:22

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo está 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.

14/03/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
18/03/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50