

## DECLARAÇÃO

Eu, Trago Seanus Figueira, menor impúbere, nascido(a) em 26/04/2003, neste ato representado(a) por seu(sua) genitor(a) Sr(a). Luzirene Soares da Silva, brasileiro(a), estado civil: casada, profissão: cozinheira, portador(a) do RG nº. 37.923.1876 expedido por SSP/SP, CPF nº. 01.162.123-23, nascido(a) em 24/01/1984, residente e domiciliado(a) no(a) PV. Labacinhos - 82, Bairro: DT. Palestina, município de: Novo Oriente - U, 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), 17 de julho de 2017

Luzirene Soares da Silva  
Representante Legal do(a) Declarante



## DECLARAÇÃO

Eu, Diogo Soares Ferreira, menor, impúbere, nascido(a), em 26/04/2003 neste ato representado(a) por seu(sua) genitor(a) Sr(a). Luizirne Soares da Silva, brasileiro(a), estado civil: casado, profissão: loqueiro, portador(a) do RG nº. 37.923.187-6 expedido por SSP/SP, CPF nº. 018.162.123-23 nascido(a) em 24/01/1981, residente e domiciliado(a) no(a) PV. Cabocenas 82, Bairro: DI. Palestina, município de: Novo Oriente - CE, 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), 17 de Julho de 2017.

Luizirne Soares da Silva  
Representante Legal do(a) Declarante.

enel  
a sua conta de  
JAN/2019

Coloque o nº abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE  
**5558203** DV **6**

VENCIMENTO  
18/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)  
72,88

DESCRIÇÃO DA CONTA

|                 | Quantidade | Tarifa  | Valor (R\$) |
|-----------------|------------|---------|-------------|
| ENERGIA CONSUMO | 168        | 0,42577 | 71,59       |

OUTROS PAGAMENTOS  
JUROS DO MES

1,29

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

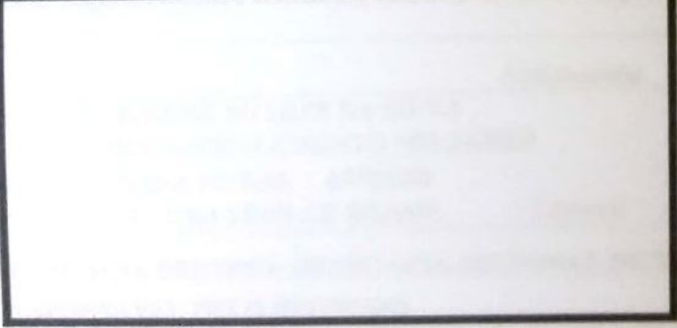
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
Emitido kg (CO<sub>2</sub>)

Compensado kg (CO<sub>2</sub>)

Consciência Ecológica(%CO<sub>2</sub>)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 451931206  
Companhia Energética do Ceará  
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.106.848-3

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



DADOS DO CLIENTE

Rota 23 38031 02 041000-6 Medidor 1511977 Poste 0000  
Nome JOSE SOARES DE ARAUJO  
Endereço Postal

End. da Unidade PV CABACEIRAS 00000 DT PALESTINA NOVO ORIENTE 63740000  
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 191.348.943-49 CGF

Classe 01-RURAL MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leitura Atual | Leitura Anterior | Constante | Consumo (kWh) | Consumo Incl. | Consumo Faturado |
|---------------|------------------|-----------|---------------|---------------|------------------|
| 13238         | 13070            | 1         | 168           | 0             | 168              |

DATAS DE LEITURA

| Data de Emissão/<br>Apresentação | Prev. Próxima<br>Leitura |
|----------------------------------|--------------------------|
| 03/02/2019                       | 02/03/2019               |

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7B37,45A6,0263,E63C,41B2,6ADA,84B1,05AE

ICMS

| Base de Cálculo (R\$) | Aliquota | Valor do Imposto |
|-----------------------|----------|------------------|
| ISENTO                |          |                  |

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| ENERGIA                     | 52,11 |
| TRANSMISSÃO                 | 1,29  |
| DISTRIBUIÇÃO                | 18,15 |
| ENCARGOS SETORIAIS          | 9,12  |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 41,25 |

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 44,85

Conjunto CRATEUS

Mês DEZ/2019

|          | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DIC (h)  | 5,67              | 11,34 | 22,69 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| FIC (un) | 3,30              | 6,60  | 13,20 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 3,29              |       |       | 0,00                |       |       |

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Nº do Cliente: 5558203-6 Nº da Nota Fiscal: 468535581 Total a Pagar (R\$): 72,88  
Data de Emissão: 03/02/2019 Referência: JAN/2019 Nº de Controle: 0005558203 00003 4305 2 45

83800000001-7 22210031000-5 00055582030-4 00034305257-7





GOVERNO DO ESTADO DO CEARA  
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLICIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE TAUUA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 558 - 987 / 2016

*Dados da Ocorrência*

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **23/03/2016 15:39:17**  
Data / Hora da Ocorrência : **26/12/2015 08:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **SIT CRUZ**

**ZONA RURAL QUITERIANOPOLIS /CE**

Ponto de Referência:

*Dados da(s) Vítima(s)*

Nome: **TIAGO SOARES FERREIRA**  
Nascimento : **26/04/2003**  
REGISTRO CIVIL: **23084** Órgão Emissor: **CARTÓRIO** UF: - CPF:  
Filiação: **MANOEL FERREIRA FILHO**  
**LUZIRENE SOARES DA SILVA**  
Endereço: **SIT ASSENTAMENTO MILAGRES**  
**ZONA RURAL 63700000**  
**CRATEUS CE BRASIL** Telefone:

*Histórico*

Informa a noticiante que que no dia, hora e local acima citados, seu filho/vítima foi atropelado por um veículo, tipo caminhonete, quando o mesmo estava andando de bicicleta; QUE em consequência caiu e quebrou os dois braços, trincou a bacia e sofreu um corte na cabeça. Acrescenta que foi socorrido por populares para o Hospital São Lucas, em Crateús/CE e não teve ajuda do Corpo de Bombeiros, SAMU ou Autarquia Municipal de Trânsito; QUE tomaram conhecimento do acidente as pessoas de FRANCISCO ARISTEU PINHEIRO DE ARAUJO e LUZIRENE SOARES DA SILVA. E nada mais disse. A vítima/noticiante ficou ciente de que as informações contidas no presente Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade e também das sanções previstas no Artigo 299 do CPB.

*Noticiante(s)*

Nome : **LUZIRENE SOARES DA SILVA**  
Endereço : **SIT ASSENTAMENTO MILAGRES**  
Bairro : **ZONA RURAL 63700000**  
Município/UF : **CRATEUS CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TAUUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**ALOIZIO ALVES DE LIMA AMORIM - MAT.: 198460-1-6**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

**LUZIRENE SOARES DA SILVA**

VISTO DO DELEGADO(A) :

**JOAO PEREIRA GOMES - MAT.: 198827-1-3**

**Aloizio A. L. Amorim**  
Escrivão de Polícia Civil  
Mat. Nº 198.460-1-6

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em três vias  
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.



Endereço de Origem: Obasp. Mater. hos. psi m<sup>o</sup> f. Leitão  
Município: Novo Oriente  
Prontuário N° \_\_\_\_\_  
Nome: Tiago Soares fernes  
Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento:    /    /    Ocupação: \_\_\_\_\_  
Endereço: milagre

Motivo do Encaminhamento?

2<sup>a</sup> 2<sup>o</sup> vítima de atropelamento por carro. Lesões  
Costo-vertebrais no nível. Trauma contuso das partes moles

Resultado de Exames:

Suporte a radiografia de RX de membros superiores e  
inferiores

Consulta já Realizada:

antes de 24 horas

Impressão Diagnóstica:

Politrauma

Assinatura

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência:

Saúde Levar

Data:

Hora:

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (\*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário N°

Alta:

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal

CID:

Secundário 1

CID:

Secundário 2

CID:

Proposta de Consulta para Seguimento:

O problema justificou a referência?

Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico?

Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

Beneficiário: BAO CAMILO  
 BAO LUCAS  
 atendimento - EMERGENCIA



| DADOS DO PACIENTE      |                          |              |                 |             |                     |  |  |
|------------------------|--------------------------|--------------|-----------------|-------------|---------------------|--|--|
| Atendimento            | Nome do Paciente         |              | CNS             |             | Guia de Autorização |  |  |
| 0001                   | TIAGO SOARES FERREIRA    |              | 898004278071711 |             |                     |  |  |
| Local                  | Estado Civil             |              | Sexo            |             |                     |  |  |
| NOVO ORIENTE/CE        | Solteiro(a)              |              | Masculino       |             |                     |  |  |
| Idade                  | Mãe                      |              | Idade           |             |                     |  |  |
| 12 Ano(s)              | LUZIRENE SOARES DA SILVA |              | 12 Ano(s)       |             |                     |  |  |
| Bairro                 | CEP                      | Município    | UF              | Telefone    |                     |  |  |
| ZONA RURAL             | 63740-000                | NOVO ORIENTE | CE              | 88 97112818 |                     |  |  |
| Endereço               | CPF do Responsável       |              | Município       |             | UF                  |  |  |
| CAMPO ASSENTAMENTO, SN |                          |              | NOVO ORIENTE    |             | CE                  |  |  |
| Profissão              | Endereço                 |              | Município       |             | UF                  |  |  |
| MEIOR                  | CAMPO ASSENTAMENTO, SN   |              | NOVO ORIENTE    |             | CE                  |  |  |
| Responsável            | CPF do Responsável       |              | Município       |             | UF                  |  |  |
| ELIENE SOARES DA SILVA |                          |              | NOVO ORIENTE    |             | CE                  |  |  |

| DADOS DO ATENDIMENTO        |       |                                   |           |                      |                           |           |  |
|-----------------------------|-------|-----------------------------------|-----------|----------------------|---------------------------|-----------|--|
| Data Atendimento            | Hora  | Convênio                          | Matrícula |                      | CID                       |           |  |
| 26/12/2015                  | 10:16 | SUS                               |           |                      |                           |           |  |
| Profissional do Atendimento |       |                                   |           | CRM/UF               | Tipo Atendimento          |           |  |
| REJANE SILVEIRA RESENDE     |       |                                   |           | 10990/CE             | CONSULTA COM PROCEDIMENTO |           |  |
| Indicador de Acidente       |       |                                   |           | Funcionário          |                           |           |  |
|                             |       |                                   |           | MIKAELY SOARES GOMES |                           |           |  |
| Observação                  |       |                                   |           |                      |                           |           |  |
| trouxe guia                 |       |                                   |           |                      |                           |           |  |
| Data/Hora Liberação         |       | Tipo de Salda                     |           |                      |                           |           |  |
|                             |       | ( ) Alta ( ) Internação ( ) Óbito |           |                      |                           |           |  |
| Sinais Vitais               |       | Altura (cm)                       |           | T (°C)               |                           | P (bpm)   |  |
|                             |       |                                   |           |                      |                           | R (rpm)   |  |
|                             |       |                                   |           |                      |                           | PA (mmHg) |  |

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

Paciente vítima de colisão bicicleta x carro, relato da Am M S.D.  
 Presença de lesões

A → OK

B → 1 MV à direita

C → OK

D → CESS: 15, sem vômitos

E → Deformidade em punho direito

- ① Duta Geral
- ② Cefalografia sang + 100ml de SF 0,9% 12/12h
- ③ Depressão 2-18 AD/EU 6/6L
- ④ SSUV + CL 56
- ⑤ Ponto de Tórax

Conduta:

- ① Voltar 75mg IM q8h, dpo 1/2 anel.
- ② Radiografia de torse RA
- ③ Radiografia de Pelve
- ④ Radiografia de punho direito
- ⑤ Radiografia de punho esquerdo
- ⑥ Radiografia coxa ⑤ ④

Dr. Renato Soares Leitão  
 Médico  
 CREMEC: 16.905

REJANE SILVEIRA RESENDE - CRM: 10990

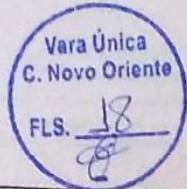
Elaine Soares da Silva  
 Assinatura Paciente/Responsável  
 Responsável: ELIENE SOARES DA SILVA

BENEFICENTE SAO CAMILO  
SAO LUCAS  
CE  
de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PA

|                                       |                          |                                           |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------|
| Matrícula<br>105236                   | Atendimento<br>0001      | Nome do Paciente<br>TIAGO SOARES FERREIRA |
| Documento(s)<br>Ignorado:             |                          |                                           |
| Data de Nascimento<br>26/04/2003      | Local<br>NOVO ORIENTE/CE |                                           |
| Pai<br>NC                             | Mãe<br>L                 |                                           |
| Endereço<br>CAMPO ASSENTAMENTO, SN    |                          | Bairro<br>ZONA RURAL                      |
| Profissão<br>MENOR                    | Empresa<br>C             |                                           |
| Responsável<br>ELIENE SOARES DA SILVA | CPF do Responsável       | Endereço<br>CAM                           |

SÃO LUCAS  
DE INTERNAÇÃO E ALTA



DADOS DO PACIENTE

|                             |  |                            |  |                            |  |                                     |  |
|-----------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|--|-------------------------------------|--|
| NOME: TIAGO SOARES FERREIRA |  | Local: NOVO ORIENTE        |  | País Nacionalidade: Brasil |  | Prontuário/Atendimento: 105236/0003 |  |
| Raça/Cor: Parda             |  | Etnia:                     |  | Estado Civil: Solteiro(a)  |  | Idade: 12 Ano(s)                    |  |
| CNS: 89.8004.278.0717-11    |  | Município: NOVO ORIENTE-CE |  | CEP: 63740-000             |  |                                     |  |
| Profissão: MENOR            |  | Empresa:                   |  | Fone Empresa:              |  |                                     |  |
| CPF do Responsável:         |  | Fone Responsável:          |  |                            |  |                                     |  |
| Cônjuge:                    |  | Pal: NC                    |  |                            |  |                                     |  |

DADOS DA INTERNAÇÃO

|                                 |                        |                      |                    |                          |
|---------------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|--------------------------|
| Data/Hora: 26/12/2015 14:32     | Quarto/Leito: 006-0003 | Aposento: ENFERMARIA | Clinica: CIRURGICA | Setor: CLINICA CIRURGICA |
| Convênio: SUS                   | Matrícula:             | Autorização:         | Dias: 0            | Guia: CRM 6945           |
| Médico: JAMIL SANCHES JORQUEIRA |                        | CID Complementar:    |                    |                          |
| 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 submeço-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 dezembro de 2015.

Assinatura do paciente  
Responsável pela impressão: VIVIANE BARBOSA LIMA

*Elaine Soares da Silva*  
Assinatura do responsável

# INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Vara Única  
C. Novo Oriente

FLS. 19

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CDES

4 - CDES

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

Masc.

9 - SEXO

Fem.

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

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)

Dr. Jamil S. Jorquera  
Traumatologista

## 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

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

( ) CNS ( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

26/12/15

Dr. Carlos Augusto A. Silva  
MÉDICO-AUDITOR

CREMED 672 - CPF: 001.042.302-6

# FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome:

PRONTUÁRIO:

105236

POSTO: C. Cirúrgico

LEITO: 6.2

DATA

16/12: Pnte em sutura com  
MSK e MSD e hemia. Boa  
estabilidade por curativo

17/12: Pnte em tórax por  
curativo

28/12: Pnte em tórax por  
curativo

29/12: Alto hospitalar

ISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

Vara Única  
C. Novo Oriente  
FLS. 21  
9

TE: May 1990 Chines

PRONTUÁRIO: 105.236 DATA: 29/12/15

LEITO: 6. 3 SETOR: Diagnóstico

| PRESCRIÇÃO                                            | APRAZAMENTO | EVOLUÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>29/11/14</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> |             | <p>09.12.15 com 09:00h paciente re-<br/>cebe alta hospitalar, entregue ao<br/>responsável do mesmo recado<br/>+ data recebe o retorno + comuni-<br/>cado de alta.</p> <p><i>[Handwritten signature]</i></p> <p><b>Deborah Brito</b><br/>TÉC. DE ENFERMAGEM<br/>CORENCE 943.898</p> |

PRONTUÁRIO

# ANESTESIA

DIAGNÓSTICO DE CIRURGIA: *DIAGNÓSTICO DE CIRURGIA*

DATA: *28.12.15*

Vara Única  
C. Novo Oriente  
FLS. *22*

|                |          |             |             |             |           |               |
|----------------|----------|-------------|-------------|-------------|-----------|---------------|
| IDADE          | PESO     | ALTURA      | SEXO        | TEMPERATURA | PULSO     | TEMPO DE SALA |
| <i>12A</i>     |          |             | <i>M</i>    |             | <i>81</i> |               |
| TIPO SANGÜÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA    | URÉIA     | P. ARTERIAL   |
|                |          |             |             |             |           |               |

|                            |  |  |  |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|--|--|--|
| AP. RESPIRATÓRIA           |  |  |  |  |  |  |
| AP. CIRCULATÓRIO           |  |  |  |  |  |  |
| AP. DIGESTIVO              |  |  |  |  |  |  |
| AP. URINÁRIO               |  |  |  |  |  |  |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO |  |  |  |  |  |  |
| ANESTESIAS ANTERIORES      |  |  |  |  |  |  |
| MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA   |  |  |  |  |  |  |
| HORÁRIO                    |  |  |  |  |  |  |
|                            |  |  |  |  |  |  |

|                                         |  |
|-----------------------------------------|--|
| Agentes Anestésicos                     |  |
| Líquido                                 |  |
| DIGO                                    |  |
| V. P. Arterial; U. Pulso; O. Respiração |  |
| A. X. Anestesia                         |  |
| O. Operação                             |  |

|                |           |
|----------------|-----------|
| SATISFATÓRIO   | EXCITAÇÃO |
| LARINGOESPASMO | LENTA     |
| TOSSE          | NÁUSEAS   |
| VÔMITOS        | OUTROS    |
| INDUÇÃO        |           |
| MANUTENÇÃO     |           |

|                      |  |
|----------------------|--|
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES |  |
| POSICÃO              |  |
| AGENTES              |  |
| TÉCNICA              |  |
| CIRURGIA             |  |
| CIRURGIÕES           |  |
| ANESTESISTAS         |  |

|                            |  |
|----------------------------|--|
| ANESTESIA SATISFATÓRIA     |  |
| REFLEXOS NA SO             |  |
| OBSTRUÇÃO                  |  |
| EXCITAÇÃO                  |  |
| VÔMITOS                    |  |
| PARA O LEITO CÂNULA        |  |
| CONDIÇÕES                  |  |
| BALANÇO                    |  |
| PERDA SANGÜÍNEA APROXIMADA |  |
| VOLUME SANGÜÍNEO REPOSTO   |  |
| TEMPO CIRÚRGICO            |  |
| DURAÇÃO TOTAL DA OPERAÇÃO  |  |
| DURAÇÃO TOTAL DA ANESTESIA |  |



SÃO CAMILO

PRONTUÁRIO

105336

DATA

28.12.15

Vara Única  
C. Novo Oriente

LEITO

FLS. 23

PACIENTE

JAGO SOARES FERREIRA

## INTERVENÇÃO

CIRURGIA

PROPOSTA

REALIZADA

CIRURGIÃO

DR. JUNIOR FERNANDES

CRM

AUXILIARES

1º

CRM

2º

CRM

3º

CRM

4º

CRM

CRM

ANESTESIOLOGISTA

DR. JORGE

TIPO DE ANESTESIA

BROUVERO + DERGAÇÃO

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A)

Nádia

CIRCULANTE

ALBERTO ROSA

ACHADOS OPERATÓRIOS

- Ponto zero
- Incisão alongando o umbilico
- Aberto o abdome e encontrado
- Pedículo cego com
- Permeabilidade para o gás
- Ponto notado em 12cm
- Anexo de 10cm de comprimento
- Ponto notado em 11
- Ponto notado

# STRO 3160387704 - Resultado de consulta por beneficiário

Vara Única  
C. Novo Oriente

FLS. 24

*[Assinatura]*

TIAGO SOARES FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO UBIRATAN

CORRETORA DE SEGUROS VIDA SAUDE E PREVIDENCIA PRIVADA LTDA - ME - MBM

SEGURADORA

BENEFICIÁRIO TIAGO SOARES FERREIRA

CPF/CNPJ: 01116212323

**Posição em 12-02-2019 18:40:03**

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, após a realização da perícia médica e análise de sua documentação, não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas Por esse motivo, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 12/08/2016        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |



### CONCLUSÃO

Aos 13 de 02 de 20 19 faço estes  
autos Conclusos ao MM. Juiz de Direito  
Novo Oriente-CE.

\_\_\_\_\_  
Diretor(a) de Secretaria