



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome <i>Francisco Alan Bezerra da Silva</i>		
Nacionalidade <i>brasileiro</i>	Estado Civil <i>Solteiro</i>	Profissão <i>Agricultor</i>
RG (Registro de Identidade) <i>20071570351</i>	CPF <i>613.196.793-82</i>	
Endereço / Localidade <i>Fazenda Ureante dos</i>		Número
Bairro / Distrito <i>Dr. José Ailton Machado</i>		Complemento
CEP <i>63.800-000</i>	Cidade <i>Quixeramobim</i>	Estado <i>Ceará</i>

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao **CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Quixeramobim, 15 de *março* de 2019.

Francisco Alan Bezerra da Silva
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome <i>Francisco Alan Bezerra da Silva</i>		
Nacionalidade <i>brasileiro</i>	Estado Civil <i>Solteiro</i>	Profissão <i>Agricultor</i>
RG (Registro de Identidade) <i>20071570391</i>	CPF <i>613.196.793-82</i>	
Endereço / Localidade <i>Fazenda recanto dos patos</i>		Número
Bairro / Distrito <i>Dr. Jose Ailton machado</i>	Complemento	
CEP <i>63.800-000</i>	Cidade <i>Quixeramobim</i>	Estado <i>Ceara</i>

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Quixeramobim, 15 de *março* de 2019.

Francisco Alan Bezerra da Silva.
Declarante

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO			
NOME FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1663548673	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR RF 20071570351 SSPDS CE		
	CPF 613.196.793-82 DATA NASCIMENTO 12/04/1995		
	FUNÇÃO VICENTE DE PAULO BESERRA DA SILVA MARIA INES BESERRA DA SILVA		
	PERMISSÃO ☐ ACC ☐ CAT. HAB. ☐		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1663548673	Nº REGISTRO	VALIDADE	1ª HABILITAÇÃO 18/10/2017
	OBSERVAÇÕES EAR;		
	Assinatura do Portador Francisco Alan Beserra da Silva		
	ASSINATURA DO PORTADOR		
LOCAL FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 24/10/2018	
Assinatura do Emissor Igor Vasconcelos Ponte		74695317974 CE167557327	
ASSINATURA DO EMISSOR		CEARÁ	

1502230
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.
 A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei N° 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Vasconcelos, 160
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 560901013
 Rota 26 28033 03 189000 - 1 Data de Emissão 07/02/2019
 Nome VICENTE DE PAULO B DA SILVA
 End. Postal FAZ RECANTO DOS PATOS 00000
 DR JOSE AIRTON MACHADO - QUIXERAMOBIM - 63800000
 Medidor 7392815 Poste 0000 0000
 Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
 RG / CPF / CNPJ 42434673-34 CGF
 Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO						
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.						
Fev/2019	07/02/2019	11/03/2019	Conjunto	0,00		0,00		0,00	
ICMS			Mês	0,00		0,00		0,00	
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual			
ISENTO			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	10,53	31,57	42,04	0,00	1,78	9,76
			FIC	7,53	22,57	29,42	0,00	0,00	0,00
			DMIC	5,53	16,48	21,29	1,78	1,78	1,78

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO						
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)
07/02/19	06/01/19	1,00	45	0,00	45	16,48
DESCRIÇÃO						VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES						16,48
MULTA MORATORIA REF 11/2013						0,91
JUROS DO MES						0,46
CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560						17,30
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO						-35,15

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/05/2019 às 14:51, sob o número 01325739320198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132573-93.2019.8.06.0001 e código 488FAF3.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome <i>Francisco Alan Bezerra da Silva</i>		
Nacionalidade <i>brasileiro</i>	Estado Civil <i>Solteiro</i>	Profissão <i>Agricultor</i>
RG (Registro de Identidade) <i>20071570351</i>	CPF <i>613.196.793-82</i>	
Endereço / Localidade <i>Fazenda Vucanto dos patos</i>		Número
Bairro / Distrito <i>Dr. José Ailton Machado</i>	Complemento	
CEP <i>63.800-000</i>	Cidade <i>Quixeramobim</i>	Estado <i>Ceará</i>

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299" – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Quixeramobim, 15 de *março* de 20*19*.

Francisco Alan Bezerra da Silva
DECLARANTE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 1454 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/04/2018 10:58:21**
Data / Hora da Ocorrência: **23/02/2018 16:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO FAZENDA BOLÍVIA**
Complemento:
Bairro: Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO GASOLINA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA**
Nascimento: **12/04/1995** CPF:
RG: **20071570351** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA INES BESERRA DA SILVA**
VICENTE DE PAULO BESERRA DA SILVA
Endereço: **SITIO FAZENDA PATOS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9416-3411**

Nome: **TEANY DE ALMEIDA DA SILVA**
Nascimento: **01/10/1999** CPF:
RG: **20080783974** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **JEANE DE ALMEIDA SILVA**
VAMIR LOURENÇO DA SILVA
Endereço: **SITIO FAZENDA PATOS**
Bairro: **ZON RURAL**
Município: **QUIXERAMOBIM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9416-3411**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNJ0866** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6DG2510F0029155 Renavam: **1056571265** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **ANA LEONIA DE ARAUJO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

BO EMITIDO PARA EFEITOS DE DPVAT; Que o declarante afirma que no dia
hora acima citados , conduzia a motocicleta YAMAHA/XTZ 150 CRO
ED, ANO 2015/2015, PLACA PNJ 0866, LICENCIADA EM NOME DE ANA
LEONINA DE ARAUJO e que na garupa da referida motocicleta estava TEANY
DE ALMEIDA SILVA; Que o declarante afirma que a motocicleta estourou
pneu e que por conta disso veio cair; Que o o declarante e TEANY D
ALMEIDA SILVA foram socorridos para UPA da cidade de Quixadá e em
seguida foram levados para o Hospital Eudázio Barroso em Quixadá; Que o
declarante em função do acidente teve a tibia esquerda fraturada
enquanto TEANY DE ALMEIDA SILVA apresentou um hematoma na mão
esquerda conforme laudos expedidos pela a pericia forense da cidade de
Quixeramobim



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 1454 / 2018

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RENATA MARIA PEREIRA DA SILVA - MAT.: 30109518

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Alton Bezerra da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 30053546

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ
Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá
Unidade de Pronto Atendimento 24h (Renascer) **26: 20071570351.**

Nº Atendimento / Classificação
072 092.

FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

Unidade: UPA24h (Renascer – Quixadá/CE) Hora de chegada: **17:14** Data de atendimento: **23/02/18**
Atendimento: ☒ 1º atendimento () 2º Atendimento () Previdenciário () Outro

TRIAGEM
Hora: **17:15** Temp: **—** °C P.A.: **120 x 80** mmHg P: **—** bpm SpO2: **—** Dx: **—**

IDENTIFICAÇÃO
Nome: **Fronusio Alan Bezerra da Silva.**
Responsável (se menor):
Sexo: ☒ Masc. () Fem. Data de nascimento: **12/04/95** Idade: **22** Naturalidade: **Quixadá - CE**
Estado civil: ☒ Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) Profissão: **Agricultor**
Categoria: ☒ SUS () Outro RG/Cartão SUS: **160447823290002-1** Procedência: Quixadá/CE
Residência: **Fazenda Patos Quixeramobim - CE.**

ATENDIMENTO
Queixa principal: **2 Paciente apresentando**
Histórico atual: **contusão no pé direito**
Exame(s) solicitado(s): **Exame de Acuidade do ruído.**

Assinatura e Carimbo Médico
Evaldo de Oliveira
CRM - 4397



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013569281255

VIA 01 COD. RENAVAM 01056571265 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2017

NOME
ANA LEONIA DE ARAUJO

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 96892781349 PLACA PNJ0866/CE
PLACA ANT. / UF /CE CHASSI 9C6D62510F0029155

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOL/ALCO

MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED ANO FAB. 2015 ANO MOL. 2015

CAP / POT / CIL. 2P/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE BRANCA

COTA ÚNICA ***** VENC. COTA ÚNICA **/**/** VENC. COTA ÚNICA 1*****
FAIXA LEVA ***** PARCELAMENTO / COTAS ***** 2*****
A ***** 3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 81,29 DENATRAM (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,5

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 10/08/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAM-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT

CE Nº 013569281255 / BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 10/08/2017
VIA 01 CPF / CNPJ 96892781349 PLACA PNJ0866

RENAVAM 01056571265 MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ150 CROSSER
ANO FAB. 2015 CATEGORIA PARTIC CHASSI 9C6D62510F0029155

PRÊMIO TARIFÁRIO
CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$) 185,5
DATA DE QUITAÇÃO 04/08/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: 63C5E-036245 02778





PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / SUS

HOSPITAL REGIONAL

DR. PONTES NETO DE QUIXERAMOBIM

FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - E-mail: hosp.regional@hotmail.com Quixeramobim-CE



LAUDO
MÉDICO PARA
EMIÇÃO DE
AIH

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE <i>Francisco Plan Bezerra da Silva</i>	6 - Nº DO PRONTUÁRIO <i>91.895</i>
7 - CARTÃO SUS <i>1161041417182131219101012</i>	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>11/12/04</i>
9 - SEXO Mas.: ☒ 1 Fem.: ☒ 3	
10 - NOME DA MÃE DO REFERENTE <i>Maria Ines Bezerra da Silva</i>	11 - TELEFONE DE CONTATO DD: <i>06</i> Nº DO TELEFONE: <i>13510101010</i>
12 - ENDEREÇO (RUA, NÚMERO) <i>Fazenda Patos</i>	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Quixeramobim</i>	14 - CÓDIGO BGE MUNICÍPIO
15 - UF <i>CE</i>	16 - CEP <i>61351010</i>

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente vítima de acidente automobilístico, apresenta fratura distal de fêmur fechada</i>

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAR INTERNAÇÕES

<i>Fratura de fêmur / Necessidade de procedimento cirúrgico</i>

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS E DIAGNÓSTICOS (RESULTADO DO EXAME)

<i>Ampliação + Ex. Fines + Fm - X</i>

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

<i>Fratura de fêmur fechada</i>

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO REALIZADO <i>Internação Hospitalar</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA <i>Cirurgia</i>	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTOS () CNS (X) CPF	29 - Nº DOCUMENTOS (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>0121917151711131318101</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Felipe Bezerra de S. Silva</i>	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>21/10/2018</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
--------------------------------------	-------------------------	---

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE



FICHA
DE INTERNAÇÃO

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTE
FONE:(88) 3441.1353- FAX(88) 3441.4009- e-mail:hosp.regional
QUIXERAMOBIM-CE

IDENTIFICACAO:

NOME: Francisco Alan Bezerra da Silva Nº REG: 91.895
DATA NASCIMENTO: 12/04/1995 IDADE: 22 anos COR: P SEXO: F () M (☒)
EST. CIVIL: solteiro NATURALIDADE: _____ NACIONALIDADE: _____
CNS: 160.4478.2329.0002 DOCUMENTAÇÃO CPF 613.196.793.82
PROFISSÃO: agricultor TELEFONE: (88) 99416-3411
ENDEREÇO: Fazenda Patos Nº 514 B _____
AIRO: zona rural CIDADE: Quixeramobim UF CE
PAI: Vicente de Paulo Bezerra da Silva
MÃE: Maria Ines Bezerra da Silva
RESPONSÁVEL: o próprio TELEFONE: () _____
JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: Sim ANO: 2007 MÊS: fevereiro

SUMARIO DE HDA.: Paciente vítima de acidente automobilístico, apresentando fratura distal-
húmer de tíbia fechada com indicação de tratamento cirúrgico conforme avaliação de trauma-
tologista

EXAME FISICO:

DIAGNOSTICO DE ADMISS

Fratura de tíbia

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: 23/02/2018 HORA: 5

CLINICA: _____

DATA SAÍDA: 1/1/18

CODIGO: _____ CID _____

TEMPO PERMANENCIA: _____

CONDIÇÕES DE SAÍDA:

CURADO ☐ MELHORADO ☒ A

EVASÃO ☐ TRANSFERENCIA ☐ O

UNISUS WEB

CODIGO DASOLICITACAO: 1.2.3.4.5.6.7.8.9.0

INTERNAÇÃO: 1/1/18

ALTA: 1/1/18 **ALTA**



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@hotmail.com - Quixeramobim - CE



FOLHA DE OPERAÇÃO

DATA OPERAÇÃO <i>05/3/18</i>		ENF.		N° REG.:	
OPERADOR <i>B. G. G. G.</i>		1° AUXILIAR			
2° AUXILIAR		3° AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO / ANESTESIA			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura do distal do ulna e</i>					
TIPO DE OPERAÇÃO <i>Osteossintese de fratura do ulna e</i>					
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO <i>O mesmo</i>					
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA					
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO					
VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. - LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA					
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS					
1) Paciente em DDA sob efeito analgésico					
2) Anestesia e antisséptico + esponja de					
ambos os membros superiores					
3) Acesso cirúrgico medial ao terço distal					
do distal do ulna					
4) Redução aberta da fratura + fixação					
interna com uma placa DP 4.5 mm estreita					
(30 furos) + 08 parafusos corticais 7,5 mm					
com compressão axial					



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
Fone: (88) 3441.1353 - 3441.4009 - E mail: hosp.regional@hotmail.com
Quixeramobim-Ce



RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: FRANCISCO ALAN BEZERRA DA SILVA

Operação: TTO CIRURGICO DE FRACTURA DA TIBIA

Anestesia: RAZORAMENTO

Pré-Anestésicos:

- MORFINA 10mg 2x

- CLORPROMIDAZOL 10mg 1x

- CLORPROMIDAZOL 2x

- DEXA 10mg

- DEXA 10mg

Anestésicos: - CLORPROMIDAZOL 100mg

- MORFINA 10mg

- FENTANYL 100mg

Duração da Anestesia: 60'

Início: 18:15

Término: 19:15

-> PROCEDIMENTO SEM INTERCOMUNICAÇÃO

Dr. André Pinho Sampaio
Médico Anestesiologista
CREMEC 13.670

CRM / ASSINATURA / CARIMBO

 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - email: hosp.regional@hotmail.com-Quixeramobim-CE		HOSPITAL REGIONAL  Dr. Pontes Neto		NOME: <u>Flavio Clom Bezerra</u> RG: <u>91.895.023/02/18</u> LEITO: <u>53</u> ENF.: <u>S3</u> DATA: <u>07/03/18</u> CLÍNICA: <u>CC</u> IDADE: <u>229</u> Q/L							
ADMISSÃO: <u>07/03/18</u> DIAGNÓSTICO: <u>traq. fibril</u>		EVOLUÇÃO DO PACIENTE									
PRESCRIÇÃO MÉDICA  DR. GUILHERME PONTES NETO CRM: 10.444/10-4 RQE: 7818		APRAZAMENTO		EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM Mito Pet no 2º PO post Tbc com crevit. ou tudo, 100% p no, oluambula pague o aude clus de aume gem Andréia Gomes de Almeida TEC. DE ENFERMAGEM COREN 114980 TE		EVOLUÇÃO MÉDICA  DR. GUILHERME PONTES NETO CRM: 10.444/10-4 RQE: 7818					
Biotin - 100 reatibei al- ta map: codi- forner fres- creica eee- drea, reale- zore xi de ca talle eee. af- evica portee- an o creano Deba o de Exaia		HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO		HORA 06:00 12:00 18:00 24:00		P. A. 140/90 120/80 120/80 120/80		T 36 36 36 36		GLI	



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



EVOLUÇÃO PACIENTE

Nome: J^{ro} Alam Bezerra da Silva. L-53

23.02.18 - pte, 22 anos, 40: Fratura de tibia. Vindo de Quixeramobim, residente em Quixeramobim, vítima de acidente automobilístico, apresentando fratura de tibia fechada com indicação de tratamento cirúrgico conforme avaliação do traumatologista. Em anexo se liga de RX Encurvadido a C.C às 11:20

Marília Barros Figueiredo
ENFERMEIRA
COREN-CE: 497.453

23.02.18. Noturno:

Paciente, 22 anos, 40: Fratura de tibia distal do dia 11:20. Vindo de emergência em estado de choque. Paciente orientado, verbalizando bem. Vítima de acidente automobilístico. Diagnóstico: fratura de tibia. Segue sob cuidados de enfermagem.

24/02/18 (24h)

Pte 22a, 40: Frat. tibia. Consciente, orientado. Sem queixas no momento. Acute devida. Sono preservado. Sem sinais de infecção.

Katiane Ribeiro
ENFERMEIRA
COREN: 351.895

25/02/18 (MT) - Paciente, no 2º DH por 40: Fratura de tibia, evolui bem, aceitando dieta VO, sem queixas no período. Aguarda cirurgia.

25.02.2018 - noite:

Paciente, 22 anos, no 2º DH por 40: Fratura de tibia. Sem queixas no período. Aguarda cirurgia.

Katiane Idalme Viana
Enfermeira
COREN: 429.711

26/02/2018 - (MT).

F. A. B. S. 22a no 4º DH por fratura de tibia. Sem queixas. Aguarda cirurgia.

Enfermeira
COREN - 32112



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
 HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

FONE: (88) 3441.1353 / (88) 3441.4009 - email: hosp.regional@hotmail.com / Quixeramobim-CE



05.03.18 (MT)

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Francisco Alvaro Zyena da Silva: Paciente no Estado de "E" consciente, orientado, verbalizando sem NHB. Segue em dieta zero. Eliminações presentes. Manter MIE elevado.

05.18.15

A 18:15h - Paciente no transperitório de TTD 4ª urgência de Fratura de Tibia e F. sob ECG: autônomo. PA = 130 x 70 mmHg, FC = 76 bpm, SpO₂ = 99%.

05.03.2018: Paciente Rikomon às 20:45 da S.O em POE por fratura de tibia. Segue estável; consciente; orientado e sem Oureas. Verbaliza NHB e segue Oureas. Em Dieta Zero. Atividade limitada e eliminações naturais presentes.

06/03/2018 (MT)

Paciente se encontra no 2º P.O por fratura de tibia, renovação do curativo preferencial por M.E.P.M.

Dr. Maria Vanda N. Patrício
 Enfermeira
 COREN - 32112

07.03.18 (V)

Paciente no 1º P.O Fratura de tibia. Manter MIE elevado. Segue em dieta zero. Verbaliza sem NHB. Segue em dieta zero. Eliminações naturais presentes. Manter MIE elevado.

04/03/2018 (MT)

L. A. B. 22a. Paciente 2º P.O por Fratura de Tibia (E) renovação curativo F.O. Impe ausência de secreção. Verbaliza sem NHB. Eliminações naturais presentes. Manter MIE elevado.

cont.

04/03/2018.

J. A. B. nº 220. Paciente realizou RX de controle e evolui bem
hospitalar para casa às 16:40. Acompanhamento de família

Dra. Maria Vanda N. Patrício

Enfermeira

COREN - 32112



3180427094
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome:

Fernando Alon Bezerra da
Silva

Laudos Médicos

O paciente supracitado realizou
acompanhamento neste serviço por fratura
de distal da tíbia Esq., sendo
submetido a tratamento cirúrgico em
05/03/18, inicialmente com pinos de
consolidação de fratura, realizou
reabilitação fisioterápica. Neste momento
apresenta controlar análgicos, queixas
algumas ocasionais em trabalho E; desluzado,
Adeq de trabalho pesado. Encontra-se
de alta ambulatorial definitiva.

Dr. GLAUCER CARLOS FÉLIX
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14659 / RBO 15454

06 AGO. 2018

"COM MEDICAMENTO NÃO SE BRINCA, NÃO TOME POR SUA CONTA."

SINISTRO 3180427094 - Resultado de consulta por beneficiário

fls. 27

VÍTIMA FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO ALAN BESERRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 61319679382

Posição em 02-01-2019 13:11:22

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
29/12/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	
14/12/2018	Interrupção de Prazo	
06/11/2018	Exigência Documental	
06/11/2018	Aviso de Sinistro	