



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:

FRANCISCO KEWVY SOUSA MARTINS, brasileiro, casado, professor, portador do RG nº. 2007201658-7 emitido por SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº. 056.161.883-60, residente e domiciliado na Rua Francisco Mariano, nº. 1628, Aptº B, Planalto, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-250.

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 outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, 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 FENASEG, 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS (CE), 18 de Dezembro de 2019.

*Francisco Kewvy Sousa Martins.
OUTORGANTE



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

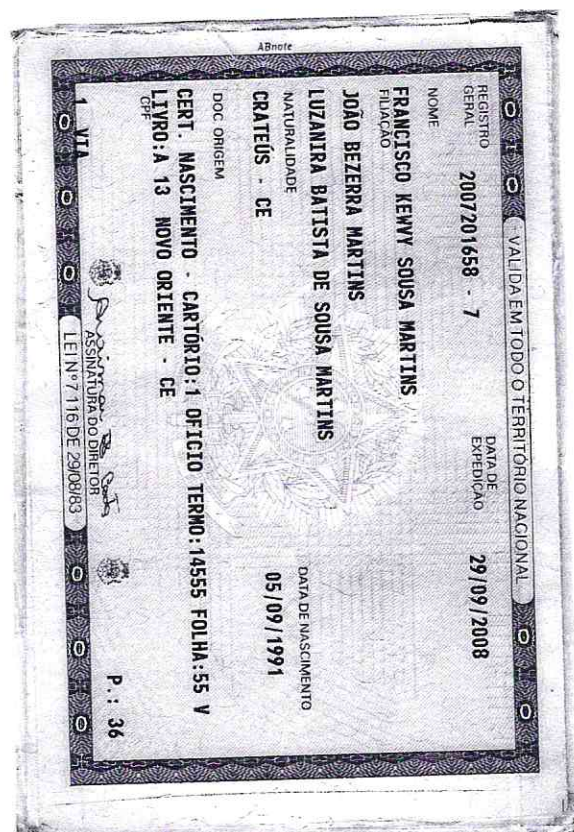
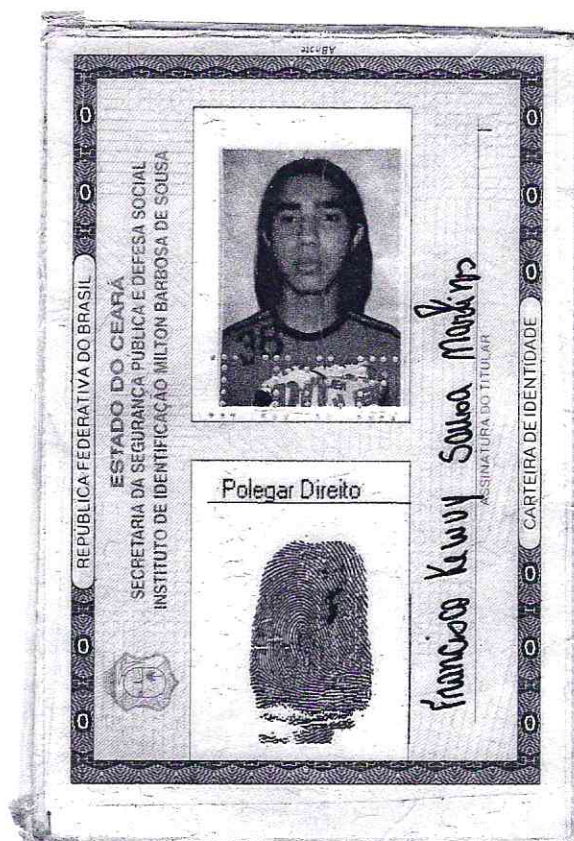
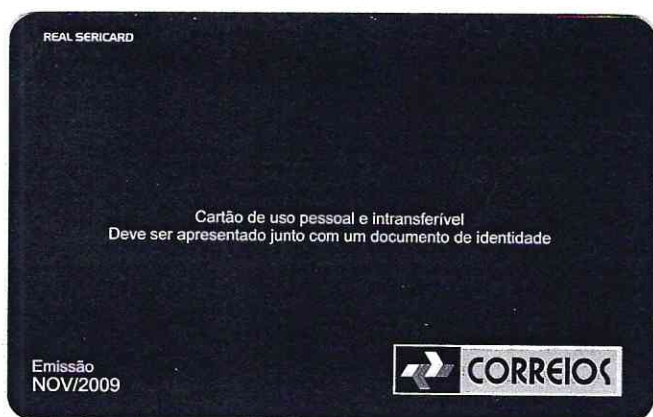
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **FRANCISCO KEVVY SOUSA MARTINS**, brasileiro, casado, professor, portador do RG nº. 2007201658-7 emitido por SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº. 056.161.883-60, residente e domiciliado na Rua Francisco Mariano, nº. 1628, Aptº B, Planalto, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-250, 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), 18 de Dezembro de 2019.

*Francisco Kevvy Sousa Martins
DECLARANTE





Nº de Inscrição:

027762190

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO KEVY SOUSA MARTINS

End. Litu: RUA FRANCISCO MARIANO, 1628, B, PLANALTO

Cidade: CRATEUS

CEP: 63700-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 029

Setor: 013

Quadra: 0042

Lote: 0310

Comp: 0002

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residência: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral (m³)
AGUA	A11F007023	435	441	6	6

DATAS

Leitura Atual: 16/11/2019

Emissão: 16/11/2019

Lacre Água:

Leitura Anterior: 16/10/2019

Próxima Leitura: 16/12/2019

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	050	050	010	050	050
Analisadas	050	050	010	050	050
Em conformidade	050	050	010	050	050

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
AGUA	28,30	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
		NOV/18	3	0
		DEZ/18	2	0
		JAN/19	2	0
		FEV/19	5	0
		MAR/19	6	0
		ABR/19	4	0
		MAI/19	6	0
		JUN/19	6	0
		JUL/19	6	0
		AGO/19	7	0
		SET/19	6	0
		OUT/19	6	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	41,10
COFINS	1,35	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,30
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
11/2019	05/12/2019	28,30	

ONDE PAGAR SUA FATURA: 358866081766034 L: 3786 H: 10:42:46 R: 001 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros: PagFacil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

Central de Atendimento
Cagece
0800 275 0195

Cagece
MOBILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACPOR – Autarquia 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.

consumidor.gov.br
E ou, E-mail: Participacao@arce.ce.gov.br

155
Ouvidoria do Estado



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

358866081766034 - 3786

Inscrição: 027762190

Código de Responsável:

Mês/Ano: 11/2019

Local: 029

Setor: 013

Quadra: 0042

Lote: 0310

Comp: 0002

Subsetor: 00

Subquadra: 00

Cidade: CRATEUS

Vencimento: 05/12/2019

Total (R\$): 28,30

82680000000 2 28300009900 4 02776219001 8 03001622015 1





SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 05/10/2019 21:06

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 151370	Atend. 0001	Nome do Paciente FRANCISCO KEWVY SOUSA MARTINS	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) Ignorado:			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 05/09/1991	Local CRATEUS/CE			Idade 28 Ano(s)
Pai JOAO BEZERRA MARTINS		Mãe LUZANIRA BATISTA DE SOUSA MARTINS		
Endereço RUA FRANCISCO MARIANO, 1628		Bairro FATIMA II	CEP 63702-000	Município CRATEUS
Profissão	Empresa	Cônjugue		
Responsável FRANCISCO KEWVY SOUSA MARTIN	CPF do Responsável	Endereço RUA FRANCISCO MARIANO, 1628	Município CRATEUS	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 05/10/2019	Hora 21:03	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MARCOS GONDIM ROCHA ALVES			CRM/UF 19327/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário ZILDILANIA DE SOUSA LINHARES	
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
	____/____/____ às ____ hs.		() Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais

Temperatura (oC) 36,40	Frequência Cardíaca (bpm) 88	Frequência Respiratória (lpm) 20	PA Sistólica (mmHg) 120	PA Diastólica (mmHg) 80	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)
---------------------------	---------------------------------	-------------------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------	-------------	------------------	------------------

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 05/10/2019 20:46

Responsável pela Classificação: JORDANA COELHO SOAR

Relatório:

PACIENTE APRESENTANDO CORTE EM PE DIREITO COM EXPOSIÇÃO DE TENDAO. NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA. SPO2: 99%

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

05/10/2019 21:06:07h Responsável: MARCOS GONDIM ROCHA ALVES CRM-CE 19327

PACIENTE COM LESAO CORTO-CORTANTE EM PÉ DIREITO APOS TRAUMA CONTRA PORTA DE CARRO. LESAO SANGRANTE COM APARENTE EXPOSIÇÃO DE TENDAO.

CDT

RAIO-X PÉ D

DETOPROFENO 100MG + 100ML SF0,9% EV

IMPEZA + AVALIAÇÃO DE SUTURA + CURATIVO

Larissa Alves Alencar
TÉCNICA EM ENFERMAGEM
COREN/CE 1156844

Análise do X-ray

Obx.

Dr. Marcos Gondim
Médico
REC 19327

 SUS	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		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE FRANCISCO KEWVY SOUSA MARTINS		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	8 - DATA DE NASCIMENTO 05/09/1991	9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3
11 - NOME DA MÃE LUZANIRA BATISTA DE SOUSA MARTINS	10 - RAÇA/COR 03 - Parda	6 - Nº DO PRONTO ATENDIMENTO 151370
13 - NOME DO RESPONSÁVEL FRANCISCO KEWVY SOUSA MARTINS	12 - TELEFONE DE CONTATO (88)99984-3266	10.1 ETNIA
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA FRANCISCO MARIANO, 1628, FATIMA II	14 - TELEFONE DE CONTATO	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 2304103
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA GRATEUS	18 - UF CE	19 - Cód. IBGE UF 63702-0
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS HA ALVES PACIENTE COM LESAO CORTO-CORTANTE EM PÉ DIREITO APOS TRAUMA CONTRA PORTA DE CARRO. LESAO SANGRANTE COM APARENTE EXPOSIÇÃO DE TENDÃO.		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) lesão de tendão		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL S95.9 Traumatismo de músculo e tendão não especificados do tornozelo e do pé	24 - CID 10 PRINCIPAL S95.9 M665	25 - CID 10 SECUNDÁRIO S969
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408066750	29 - CLÍNICA Jamil S. Jorquera CRM 6945 Fisiologia e Traumatologia	
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO (X) CNS () CPF	31 - DOCUMENTO 209573277350004	32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE JAMIL SANCHES JORQUERA	34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 05/10/2019	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO NO CONSELHO)
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. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
48 - DOCUMENTO	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

HOSPITAL SAO LUCAS

Prescrição Médica

Impressão: 09/10/2019

Prescrição	Paciente	Prontuário
0006	FRANCISCO KEVVY SOUSA MARTINS	151370/0006
Data de Nascimento	Nome da Mãe	Sexo
05/09/1991	LUZANIRA BATISTA DE SOUSA MARTINS	Masculino
Data	Aposento	Quarto/Leito
09/10/2019	ENFERMARIA	012/0003
Hora	Profissional Responsável	CRM
10:51	JAMIL SANCHES JORQUEIRA	6945
Convênio	Setor	Data de Internação
SUS	CLINICA CIRURGICA	05/10/2019
Diagnóstico		
S96.9 Traumatismo de músculo e tendão não especificados do tornozelo e do pé		

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
01. CURATIVO				
02. ALTA HOSPITALAR				

Evolução Clínica:

curativo e alta hoasptalar

RESPONSÁVEL: ANTONIO PIERRE AGUIA NETO CRM CE 3289

(Assinatura)
 Dr. Antônio Pierre Aguiar Neto
 CRM CE 3289
 Rua... 100...
 CEP: 061.102-002 RJ



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 07/10/2019

Período: 07/10/2019 00:00:00 à 07/10/2019

Dados Clínicos - Médico

Paciente

FRANCISCO KEVVY SOUSA MARTINS

Data de Nascimento

Idade

Nome da Mãe

05/09/1991

28 Ano(s)

LUZANIRA BATISTA DE SOUSA MARTINS

Data Internação

Aposento

05/10/2019

ENFERMARIA

Quarto/Leito

012/0003

Profissional Responsável

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Convênio

SUS

Setor

CLINICA CIRURGICA

Especialidade

CIRURGICA

Diagnóstico

S96.9 Traumatismo de músculo e tendão não especificados S96.9 Traumatismo de músculo e tendão não especificados

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO ORTOPÉDICA: - 07/10/2019 19:50:19

PACIENTE NO CC

FEITO RAQUIANESTESIA

FEITO ANTISSEPSE COM ASSEPSIA

COLOCADO CAMPOS CIRURGICOS

FEITO DEBRIDAMENTO

REALIZADO TENORRAFIA DO EXTENSOR

FEICAMENTO POR PLANOS

FEITO CURATIVO

Jamil S. Jorquera

CRM 6945

Ort. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

Prontuário

156

CRM

6945



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão: 09/10/2019 15:00

Período: 09/10/2019 07:00:00 à 09/10/2019 15:00:00

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente				Prontuário	
FRANCISCO KEWVY SOUSA MARTINS				15	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
05/09/1991	28 Ano(s)	LUZANIRA BATISTA DE SOUSA MARTINS			
Data Internação	Aposento			Quarto/Leito	
05/10/2019	ENFERMARIA			012/0003	
Profissional Responsável				CRM	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA				6945	
Convênio		Setor	Especialidade		
SUS		CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA		
Diagnóstico					
S96.9 Traumatismo de músculo e tendão não especificados S96.9 Traumatismo de músculo e tendão não especificados					

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/10/2019 08:00:00

Realizado item 04 da prescrição médica após paciente/acompanhante orientado quanto a medicação e administração, sem intercorrências.

RESPONSÁVEL: TE: SAMUEL ALBUQUERQUE DE SOUZA - COREN-CE 001373942

Samuel Albuquerque de Souza
COREN/CE 001373.942 TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/10/2019 10:00:00

Realizado item 05 da prescrição médica após paciente/acompanhante orientado quanto a medicação e administração, sem intercorrências.

RESPONSÁVEL: TE: SAMUEL ALBUQUERQUE DE SOUZA - COREN-CE 001373942

Samuel Albuquerque de Souza
COREN/CE 001373.942 TE

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 09/10/2019 11:00:00

PACIENTE RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS REAVALIAÇÃO MÉDICA E MELHORA CLÍNICA, DEAMBULANDO, SEM QUEIXAS NO MOMENTO. RETIRADO ACESSO PERIFÉRICO E REALIZADO ORIENTAÇÕES DE CUIDADOS EM DOMICÍLIO. ENTREGUE EXAMES PERTENCENTES, REALIZADA ORIENTAÇÕES A RESPEITO DE SINAIS E SINTOMAS QUE POSSAM SURTIR NA FERIDA OPERATÓRIA, DEVENDO ENTRAR EM CONTATO VIA TELEFONE COM O PESSOAL DA CCIH PARA QUE SE POSSA SER ORIENTADA AS CONDUTAS A TOMADAS, DE ACORDO COM PANFLETO ENTREGUE AO PACIENTE/ACOMPANHANTE.

RESPONSÁVEL: TE: SAMUEL ALBUQUERQUE DE SOUZA - COREN-CE 001373942

Samuel Albuquerque de Souza
COREN/CE 001373.942 TE

X Nayanne Rochelle Z. Martins

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÂO CAMILO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

NOME: Paciente: FRANCISCO KENNY SOUSA MARTINS
 Prontuário: 151370 Convênio: SUS
 Nº DO P Data Nascimento: 05/09/1991
 Nome da Mãe LUZANIRA BATISTA DE SOUSA MARTINS
 Município: CRATEUS-CE
 DATA DC

DATA 07/10/19

1. ADMISSÃO (Equipe de enfermagem)	2. ANTES DA INDICAÇÃO ANESTÉSICA (Item 2,3 e 4 serão preenchidos pelo cirurgião)
1.1() Confirmar identificação no prontuário ou pulseira	2.1 Origem do encaminhamento:
1.2 Cirurgia proposta: <u>ferimento no pé</u>	(☒) Clínica Cirúrgica () Clínica Médica
1.3(☒) Avaliar jejum hora <u>00:00</u> Data <u>07/10/19</u>	() Clínica Pediátrica () Maternidade
1.4 Exames recebidos: () Laboratoriais () ECG (☒) RX () TC	() Semi-intensiva () urgência () observações
() US () RMN (☒) Ficha de internamento	2.2() Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
1.5(☒) Termos de consentimento (cirúrgico, Anestésico, Amputação, hemotransusão)	2.3 Tipo de procedimento:
1.6 Reserva de hemoderivados	() Agendado (☒) Urgência/Emergência
() Sim (☒) Não se aplica	2.4(☒) Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransusão)
1.7 (☒) Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...	2.5 local da Cirurgia? <u>2º D</u>
1.8 Realizado tricotomia	2.6 Alergia (☒) Não () Sim Qual?
() Sim (☒) Não se aplica	2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?
1.9(☒) Vestimenta adequada (camisola)	() Não () Sim e há equipamento disponível
1.10 Alergia (☒) Não () Sim Qual?	2.8 Risco de perda sanguínea >500 ml?
1.11(☒) Acesso venoso com boa infusão	(☒) Não () Sim, planejamento para fluidos
1.12 Uso de Medicação Anticoagulante (☒) Não () Sim data <u>07/10/19</u>	2.9 Reserva de Hemoderivados () Sim (☒) Não se aplica
Assinatura do responsável: <u>Dr. Rodrigues de Araújo Cavalcante</u> Técnica em Enfermagem COREN CE 001.391.046	2.10 () Demarcar lateralidade () Não se aplica <u>em 2º D</u>
3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
3.1(☒) Apresentação dos membros da equipe verbalmente	4.1(☒) Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado
3.2(☒) Confirmar verbalmente identificação do paciente, Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado	4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?
3.3(☒) Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)	(☒) Não () Sim Qual?
3.4(☒) Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)	4.3 Contagem manual:
3.5 A lateralidade está adequadamente marcada	Compressas Entregue: <u>30</u> + + + conferida: <u>30</u>
() Sim () Não se aplica (<u>Não demarcado</u>)	Instrumentais Entregue: <u>29</u> + + + conferida: <u>29</u>
3.6(☒) Oxímetro de pulso no paciente e funcionando	Lâmina Entregue: <u>01</u> + + + conferida: <u>01</u>
3.7(☒) Materiais necessários para o procedimento estão disponíveis e dentro do prazo de esterilização	Agulha Entregue: <u>02</u> + + + conferida: <u>02</u>
3.8(☒) Integrador Químico indica esterilização do instrumental cirúrgico	4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome do paciente?
3.9 Exames estão disponíveis?	(☒) Não se aplica () Sim
() Sim () Não se aplica	4.5 Houve utilização de hemocomponentes no transoperatório?
10.10 O antibiótico foi administrado?	(☒) Não () Sim Qual?
(☒) Sim () Não se aplica	4.6 Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido?
	(☒) Não () Sim Qual?

Hospital Sao Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: FRANCISCO KEVY SOUSA MARTINS
Prontuário: 151370 Convênio: SUS
Data Nascimento: 05/09/1991
Nome da Mãe: LUZANIRA BATISTA DE SOUSA MARTINS
Município: CRATEUS-CE

Admissão no Centro Cirúrgico: 07/10/19 Horas: 15:29 Cirurgia Proposta: tenotomia

PA: 120/68 FC: 96 FR: 18 T: 36.5 SpO2: 99 Glicemia: 74

Encaminhamento às 38:53 Para sala: (C)

Admissão na sala: (C) Horas: 18:54

Medicação pré-anestésica: (X) Não () Sim Qual

Anestesista: Dr. Johannes Tipo de Anestesia: (X) Raquidiana () Geral () Local

() Bloqueio Anestésico () Sedação Início da anestesia: 18:59 Sala: C

Cirurgião: Dr. Jamil 1º Auxiliar: _____ Instrumentador(a): Dana

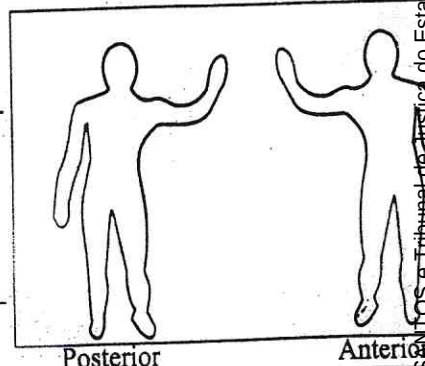
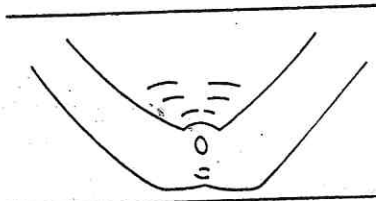
Início da Cirurgia: 19:17

Posição do paciente: (X) Dorsal () Ginecológica () Ventral () Lateral

() Outra: _____

Soluções Antissépticas:

- | | |
|---|--|
| ☒ clorhexidina Degermante | Localização de: |
| ☐ iodopolidona Degermante | ☐ Eletrodos |
| ☐ iodopolidona Tópico | ☐ Incisão Cirúrgica |
| ☐ álcool iodado | ☐ placa de Bisturi |
| ☐ álcool 70% | ☐ Drenos |



Posterior

Anterior

Parto Cesariana: RN1º _____ Hora: _____ Apgar _____ Sexo: _____ Peso: _____
Apresentação Fetal _____, RN2º _____

RN Encaminhamento às _____ Para: _____

Hora: 19:25 Transoperatório: PA: 120x56 FC: 73 FR: - T: - SpO2: 98%

Infusão de: () Concentrado de Hemácias () Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue: _____

Destino: () Biopsia Laboratório () outro: _____

Exames durante o transoperatório: () RX () Laboratorial () _____

Termo da Cirurgia 19:30 PA: 110x54 FC: 78 FR: - T: - SpO2: 98%

Cirurgia Realizada: Tenotomia da extensora do 3º dedo da mão D.

Encaminhamento às 20:00 Para: Clinica Cirúrgica

com: (X) Curativo - Tipo bandagem () Tubo Endotraqueal

() Dreno () Sonda Vesical

() Imobilizador () Tampão

() Cateter de oxigenio 02 () Bolsa de Colostomia

() Cateter venoso central () Outros

(X) cateter venoso periférico () outros

Observação: Paciente monitorizado p - 121x56 mmHg p - 77 bpm, SpO2 98%
realizado medicações, vide folha de anestesia

TÉCNICO DE ENFERMAGEM
306.991 TE

D



D



D





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014329530941
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO
FWAN 01 1048106737 0000000000 2019

NOME
FRANCISCO KEWAY SOUSA MARTINS

CRATEUS/CE

CPF/CNPJ

05616188360

PLACA

PMN4136

PLACA ANT/UF

*****/CE

CHASSI

9C2KD0810FR440659

ESPECIE TIPO

PAS/MOTOCICLO/NRO. REPLIC

COMBUSTIVEL

GASOL/ALCO

MARCA/MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

2015

ANO MOD.

2015

CAP/POT/CIL

2P/OCV162CC

CATEGORIA

PARTIC

COR PREDOMINANTE

BRANCA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA

VENC./COTAS

IPVA

FAIXA IPVA

PARCELAMENTO/COTAS

1º

2º

3º

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

80,11

IOF (R\$)

0,32

PRÊMIO TOTAL (R\$)

84,58

DATA DE PAGAMENTO

15/07/2019

OBSERVAÇÕES

AL FID. BV FINANCEIRA S/A CFI; *****

CRATEUS

LOCAL

Av. R. A. V. ...

DATA

16/07/2019

Superintendente

KLIVANIL

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO, SEGURO DPVAT

CE Nº 014329530941 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

05616188360

PMN4136

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 0800 022 1204

014329530941

68534491570

EXERCÍCIO

2019

DATA EMISSÃO

16/07/2019

VIA

01

CPF / CNPJ

05616188360

PLACA

PMN4136

RENAVAM

1048106737

MARCA / MODELO

HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB.

2015

CAT. TARIF.

09

Nº CHASSI

9C2KD0810FR440659

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$)

80,11

DENATRAN (R\$)

4,01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

84,58

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4,15

IOF (R\$)

0,32

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

84,58

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

15/07/2019

SEGURODPVAT

LOTE/DOC: 4120025/08 - INSCRIÇÃO: 1302571

MOTOR: KD08E17440659

CNPJ 09.248.608/0001-04

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/12/2019 às 10:44, sob o número 00109530941-19806007. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 00109530941-19806007 e código 545119.