



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:

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO ERNANDO MAIA		Nacionalidade: BRASILEIRO	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: AGRICULTOR	Carteira de Identidade: 2016311180-9	
CPF n°: 260.938.038-05	Residência: PV ROSARIO N° S/N		
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: CRATEÚS	Estado/UF: CE	CEP: 63700-000

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

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

CRATEÚS – CE., 25 de novembro de 2019.

Francisco Ernando Maia
 (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

PROIBIDO PLASTIFICAR



Polegar Direito



Francisco Ernani de Mota

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL

2016311180 - 9

09/12/2016

DATA DE EXPEDIÇÃO

NOME

FRANCISCO ERNANDO MAIA

FILIAÇÃO

JOSE ROSA DA SILVA

MARIA MAIA DA SILVA

NATURALIDADE

CRATEUS - CE

DATA DE NASCIMENTO

27/04/1976

JOG. CIVIL

CERT. NASCIMENTO : CARTÓRIO-MONTE NEBO TERMO:1375 FOLHA:256

LIVRO:A-02 CRATEUS - CE

CPF

1

VIA

Assinado eletronicamente

Assinatura do Sefector

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 36

MINISTÉRIO DA FAZENDA

**Receita Federal**

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

260.938.038-05

Nome

FRANCISCO ERNANDO MAIA

Nascimento

27/04/1976

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 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: FRANCISCO ERNANDO MAIA		Nacionalidade: BRASILEIRO
Residência: PV ROSARIO Nº S/N		Profissão: AGRICULTOR
CPF nº: 260.938.038-05	RG nº: 2016311180-9	Estado Civil: SOLTEIRO
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: CRATEÚS	Estado/UF: CE
CEP: 63700-000	Telefone: (88) 99984-3748	

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, 25 de NOVEMBRO de 2019.

x Francisco Ernando Maia
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 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: FRANCISCO ERNANDO MAIA		Nacionalidade: BRASILEIRO
Residência: PV ROSARIO Nº S/N		Profissão: AGRICULTOR
CPF nº: 260.938.038-05	RG nº: 2016311180-9	Estado Civil: SOLTEIRO
Bairro: ZONA RURAL	Cidade: CRATEÚS	Estado/UF: CE
CEP: 63700-000	Telefone: (88)99984-3748	

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 de 25 de NOVEMBRO de 2019.

x Francisco Ernando Maia
(declarante)

B 96

enel

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **578684092**
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

113
709

DADOS DO CLIENTE

Rota 32 38003 02 208001 - 9 Medidor 2406869 Poste 0000
 Nome RITA FERREIRA DE SOUSA
 Endereço Postal PV ROSARIO 00000 - MONTE NEBO - GRATEUS CEP 63700-000

End. da Unidade Consumidora PV ROSARIO 00000 - CRATEUS
 RG / CPF / CNPJ 012054413-01 CGF
 Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

JUN/2019
 Utilize o nº abaixo sempre que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
6790286

VENCIMENTO
25/08/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
62,52

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 8752 Leitura Anterior 8656 Constante 1 Consumo (kWh) 96 Perda Ramal 0 Cons. Incl. 0 Cons. Fat. 96

DESCRIÇÃO DA CONTA

17/06/19 Quantidade 31 Tarifa Valor (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 26,46
 JUROS DO MES Ref. 02/2019 0,21
 ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 6,40
 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,88
 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 33,93
 INDENTIZACAO MENSAL DMIC -5,36

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 16/07/2019 Prev. Próxima Leitura 19/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1034.AC93.CA83.E436.595A.C307.A5D0.9550
ICMS

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

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 14,18
 Transmissão 1,12
 Distribuição 8,33
 Encargos Setoriais 1,89
 Tributos [ICMS PIS/COFINS] 1,82
 Total 27,34

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto CRATEUS
 Mês ABR/2019 - EUSD 10,90
 DICRI = 0,00 P

Mês	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Trim.	Anual	Trim.
DIC (h)	10,73	0,00	0,00	29,72
FIC (uh)	7,52	0,00	0,00	1,00
DMIC (h)	5,78	0,00	0,00	29,72

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo médio dos 12 últimos meses
 Consumo mensal

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.
 Em virtude da modernização dos nossos sistemas, alguns serviços

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 41
 Consta desta fatura R\$ 1,82 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,96%. [Art. 9 Res. 100/2006 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03]

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 6790286 Nº da Nota Fiscal: 578684092 Total a Pagar (R\$): 62,52
 Data de Emissão: 19/06/2019 Referência: JUN/2019 Nº de Controle: 0006790286 00049 40502 87

83650000000-2 62520031000-5 00067902860-5 00494050287-7

000225-4-039720-08

genor-381111-TST.unl.PS - FOL - 225



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE
Impresso nº 2019574051



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 583 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **20/08/2019 09:59:40**
Data / Hora da Ocorrência: **07/08/2019 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO CAJAZEIRAS**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO ERNANDO MAIA**
Nascimento: **27/04/1976** CPF: **260.938.038-05**
RG: **20163111809** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA MAIA DA SILVA**
JOSE ROSA DA SILVA
Endereço: **VILA ROSARIO ZONA RURAL**
Bairro:
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9928-8913**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWI0769** Uf: **CE** Município: **INDEPENDENCIA** Chassi:
9C2KC08105R814060 Renavam: **841463387** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **ANTONIO RODRIGUES BOMFIM** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O declarante disse que no dia, hora e local supracitado estava conduzindo a motocicleta de seu pai, quando perdeu o controle da moto e caiu ao chão; Que teve fratura no braço esquerdo, vindo a ser feito uma cirurgia na cidade de Crateús-CE; Que ficou internado cinco dias no hospital São Lucas; Que ate o momento esta impossibilitado de realizar trabalhos; E nada mais disse///

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Heverton Cesar Soares Landim
HEVERTON CESAR SOARES LANDIM - MAT.: 30123662

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Ernando Maia

VISTO DO DELEGADO(A):

Rodrigo Ribeiro de Vasconcelos
RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4-X

SINISTRO 3190632214 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO ERNANDO MAIA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO ERNANDO MAIA**CPF/CNPJ:** 26093803805**Posição em 25-11-2019 13:52:55**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 042438 Atendimento 0038 Nome do Paciente FRANCISCO ERNANDO MAIA

Documento(s) CPF: 260.938.038-05

Data de Nascimento 27/04/1976

Pai JOSE ROSA DA SILVA

Endereço CAMPO ROSARIO, SN

Profissão AGRICULTOR

Responsável RITA FERREIRA DE SOUSA

Local CRATEUS/CE

Empresa

CPF do Responsável

Endereço CAMPO ROSARIO, SN

Mãe MARIA MAIA DA SILVA

Bairro ZONA RURAL

CÉP 63700-000

Município CRATEUS

Cônjuge

Guia de Autorização

CNS 898003318729363

Estado Civil Outro

Sexo Masculino

Idade 43 Ano(s)

UF CE

Telefone 88 36921205

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 07/08/2019 Hora 10:07 Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula

CID

CRM/UF 6945/CE

Funcionário MARIA AUXILIADORA MARTINS DE SOUZA

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Observação

Sala

Data/Hora Liberação 07/08/2019 10:45

Tipo de Saída Alta clínica

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mmHg)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		36	111	20	168 X 95	98	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 07/08/2019 10:03

Responsável pela Classificação: RAFAEL CAMELO SOARE

Relatório:

paciente apresenta trauma em MSE
relata acidente de moto há 02h, nega alergia medicamentosa, has e dm

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

07/08/2019 10:45:24h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO E COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

RX DO ANTIBRAÇO E EM AP EP

FRATURA DA ULNA DISTAL

TALA BRAQUIAL

Luís Glauber Costa Rodrigues
Téc. de Imagem e Diagnóstico
Assistente

Dr. Jamil Sanches Jorqueira
Traumatologista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RITA FERREIRA DE SOUSA



FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

DADOS DO PACIENTE

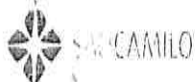
Nome FRANCISCO ERNANDO MAIA				Prontuário/Atendimento 042438/0041	
Nascimento 27/04/1976	Local CRATEUS	País Nacionalidade Brasil		Idade 43 Ano(s)	
Sexo Masculino	Raça/Cor Parda	Etnia	Estado Civil Outro	Religião NÃO DETERMINADA	
Documento(s) CPF 250.938.038-05			CNS 70.6804.731.1378-25		
Endereço CAMPO ROSARIO		Nº SN	Bairro ZONA RURAL	Município CRATEUS-CE	CEP 63700-000
Fone (88) 9984-3748	Profissão AGRICULTOR	Empresa		Fone Empresa	
Responsável RITA FERREIRA DE SOUSA			CPF do Responsável		Fone Responsável
Endereço Responsável			Cônjuge		
Mãe MARIA MAIA DA SILVA			Pai JOSE ROSA DA SILVA		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 12/08/2019 10:58	Quarto/Leito 006-0001	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Setor CLINICA CIRURGICA	
Convênio SUS	Matrícula		Autorização	Dias 0	Guia
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM 6945		
CID Principal S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]			CID Complementar S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]		
Observação 12880038384					
Usuário NAYARA ALVES TEIXEIRA DE SOUZA		Procedimento SUS		Sisprenatal	
Data Saída	Hora	Condição da Saída		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Pron. usuário 042438 Atendimento 0040 Nome do Paciente FRANCISCO ERNANDO MAIA

Documento(s) CPF 260 938 038-05

Data de Nascimento 27/04/1976

Local CRATEUS/CE

Pai JOSE ROSA DA SILVA

Endereço CAMPO ROSARIO, SN

Profissão AGRICULTOR

Responsável RITA FERREIRA DE SOUSA

Mãe MARIA MAIA DA SILVA

Bairro ZONA RURAL

CEP 63700-000

Município CRATEUS

Cônjuge

CPF do Responsável

Endereço CAMPO ROSARIO, SN

CNS 706804731137825

Guia de Autorização

Estado Civil Outro

Sexo Masculino

Idade 43 Ano(s)

UF CE

Telefone 88 99843748

Município CRATEUS

UF C

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 12/08/2019 Hora 08:03 Convênio SUS

Profissional de Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula

CID

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA

Observação

Sala

Data/Hora Liberação 12/08/2019 08:28

Tipo de Saída Permanência

Sinais Vitais

Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (rpm)	PA (mmHg)	Oximetria (%)	Glicemia (mg/dL)
		36,1	72	19	120 X 85	99	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 12/08/2019 07:56

Responsável pela Classificação: ANA LINHARES PINTO

Relatório:

PACIENTE PARA RETORNO, TRAUMA EM PUNHO E, REFERINDO ALERGIA A A CELECOXIBE.

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

12/08/2019 08:28:34h Responsável: JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM-CE 6945
PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO E COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL
FRAURA DISTAL DA ULNA
INTERNAMENTO

Jamil S. Jorqueira
Ortopedista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: RITA FERREIRA DE SOUSA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/12/2019 às 09:07, sob o número 0010857862019080600070. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0010857-86.2019.8.06.0070 e código 597CF55.

SUS

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 18

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO ERNANDO MAIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

42438

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.6804.731.1378-25

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/04/1976

9 - SEXO

Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 2

10 - RAÇA/COR

03 - Parda

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA MAIA DA SILVA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9984-3748

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

RITA FERREIRA DE SOUSA

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

CAMPO ROSARIO SN, ZONA RURAL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

2304103

18 - UF

CE

19 - CEP

63700-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE COM TRAUMATISMO NO ANTIBRAÇO E COM DOR E LIMITAÇÃO FUNCIONAL

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

RISCO DE COMPLICAÇÃO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S52.0 Fratura da extremidade superior do cubito (ulna)

24 - CID 10 PRINCIPAL

S52.0

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S52.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

209573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES TORQUEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/2019

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

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. João Paulo Marques

Médico Especialista ORTOPEDIA

CRM 1079

Período: 16/08/2019 07:00:00 a 16/08/2019 18:59

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente

FRANCISCO ERNANDO MAIA

Data de Nascimento

27/04/1976

Idade

43 Ano(s)

Nome da Mãe

MARIA MAIA DA SILVA

Data de Internação

12/08/2019

Apresento

ENFERMARIA

Profissional Responsável

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Convênio

SUS

Sector

CLINICA CIRURGICA

Especialidade

CIRURGICA

Prontuário

04243800

Quarto/Leito

006/0001

CRM

6945

Diagnóstico

S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 16/08/2019 10:47:14

PACIENTE ENCAMINHADO AO CC, PARA REALIZAÇÃO DE PRCPEDIMENTO EM PUNHO ESQUERDO, LEVA DO EM CADEIRA DE RODAS.

Ivoneide Vieira Fernandes
TÉC. EM ENFERMAGEM
COREN/CE 061.022.584

RESPONSÁVEL: IVONEIDE VIEIRA FERNANDES - COREN-CE 1092584



Dados Clínicos - Médico

Paciente		Francisco Ernando Maia		Prontuário		042438/001	
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe		Quarto/Leito		CRM	
27/04/1976	43 Ano(s)	MARIA MAIA DA SILVA		006/0001		6945	
Data Internação	Aposento		Profissional Responsável				
12/08/2019	ENFERMARIA		JAMIL SANCHES JORQUEIRA				
Convênio		Setor		Especialidade			
SUS		CLINICA CIRURGICA		CIRURGICA			
Diagnóstico							
S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna] S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]							

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO ORTOPÉDICA: - 16/08/2019 12:33:04

PACIENTE NO CC
FEITO BLOQUEIO INTERESCALENO
FEITO ANTISSEPSIA COM ASSEPSIA
COLOCADO CAMPOS CIRURGICOS
ABERTURA POSTEROLATERAL
FEITO REDUÇÃO
FIXADO COM FIOS 2.0
FECHAMENTO POR PLANOS
FEITO CURATIVO
TALA LUVA

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS
RUA Ubaldino Souto Maior, 1052, CRATEUS/CE, CEP 63700-000
Resumo/Sumário de alta

Impressão: 17/08/2019 12:01

Página: 1

Paciente: FRANCISCO ERNANDO MAIA

Data de Nascimento: 27/04/1976

Idade: 43 Ano(s)

Sector: CLINICA CIRURGICA

Profissional Resp: JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Diagnóstico Principal: S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Diagnóstico Secundário: S52.0 Fratura da extremidade superior do cúbito [ulna]

Data de Alta: 17/08/2019

Nome da Mãe: MARIA MAIA DA SILVA

Convênio: SUS

Aposento: ENFERMARIA

Hora da Alta: 12:51

Prontuário: 04248

Data da Internação: 12/03/2019

Leito: 006 - 001

CRM: 6945

Motivo da Internação:

FRATURA DISTAL DA ULNA

Conduta / Tratamento Realizado:

REDUÇÃO CRUENTA COM FIXAÇÃO EXTERNA

Exames Realizados:

HEMOGRAMA COMPLETO RX ANTEBRACOTEMPO DE COAGULACAOTEMPO DE
TTC FIBRINA

Plano Pós-Alta:

Tempo de Alta:

ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera

CRM 6945

Orl. Traumatologia

RESPONSÁVEL JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

x Francisco Ernando
Assinatura Paciente/Responsável

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Paciente: FRANCISCO ERNANDO MAIA
 Data da Int: 12/08/2019 Dt de Nasc: 27/04/1976
 Convênio: SUS Prontuário: 042438
 Município: CRATEUS-CE
 Nome da Mãe: MARIA MAIA DA SILVA

fls. 22

DATA DO INTERNAMENTO:

DATA 36/08/19

1. ADMISSÃO (Equipe de enfermagem)	2. ANTES DA INDUÇÃO/ANESTESIA (Item 2, 3 e 4 serão preenchido pelo cirurgião)
1.1 () Confirmar identificação no prontuário ou pulseira	2.1 () Origem do encaminhamento
1.2 Cirurgia proposta: <u>Oleostomia de antebraço</u>	() Clínica Cirúrgica () Clínica Médica
1.3 () Avaliar jejum horas <u>21:30</u> Data <u>15/08/19</u>	() Clínica Pediátrica () Maternidade
1.4 Exames recebidos: () Laboratoriais () ECG () RX () TC () US () RMN (X) Ficha de internamento	() Semi-intensiva () Urgência () observações
1.5 (X) Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico, Amputação hemotransfusão)	2.2 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
1.6 Reserva de hemoderivados	2.3 () Tipo de procedimento:
() Sim (X) Não se aplica	() Agendamento (X) Urgência/Emergência
1.7 (X) Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...	2.4 (X) Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransfusão
1.8 () Realizado tricotomia	2.5 () local da Cirurgia? <u>MSE</u>
() Sim (X) Não se aplica	2.6 Alergia () Não (X) Sim Qual? <u>não sabendo informar</u>
1.9 () Vestimento adequado (camisola)	2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?
1.10 Alergia () Não (X) Sim Qual? <u>NÃO SABE</u>	(X) Não () Sim e há equipamento disponível
1.11 (X) Acesso venoso com boa infusão	2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?
1.12 Uso de Medicação Anticoagulante (X) Não () Sim data <u>15/08/19</u>	(X) Não () Sim, planejamento para fluidos
Assinatura do responsável: <u>Flávia Simony de Araújo Lima Freire</u> TÉCNICA DE ENFERMAGEM 3804991 TE	2.9 Reserva de Hemoderivados () Sim (X) Não se aplica
	2.10 () Demarcar lateralidade () Não se aplica
	<u>(X) NÃO</u>
3. ANTES DE INICIAR A CIRURGIA	4. ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA
3.1 (X) Apresentação dos membros da equipe verbalmente	4.1 (X) Confirmar verbalmente com a equipe se registro completo do procedimento executado
3.2 (X) Confirmar verbalmente identificação do paciente, Sítio Cirúrgico, Procedimento a ser realizado	4.2 Houve mudança no procedimento/intercorência?
3.3 (X) Confirmar com cirurgião (Há etapas críticas ou inesperadas, perda sanguínea prevista?)	(X) Não () Sim Qual? <u>_____</u>
3.4 (X) Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)	4.3 Contagem manual:
3.5 A lateralidade está adequadamente marcada	Compressas Entregue: <u>10</u> + + + + conferida: <u>10</u>
() Sim () Não se aplica (X) NÃO	Instrumentais Entregue: <u>34</u> + + + + conferida: <u>31</u>
3.6 (X) Oxímetro de pulso no paciente e funcionamento	Lâmina Entregue: <u>01</u> + + + + conferida: <u>01</u>
3.7 (X) Materiais necessários para o procedimento estão disponíveis e dentro do prazo de esterilização	Agulha Entregue: <u>02</u> + + + + conferida: <u>02</u>
3.8 (X) O Integrador Químico indica esterilização do instrumental cirúrgico	4.4 As peças cirúrgicas estão identificadas e com o nome do paciente?
3.9 (X) Exames estão disponíveis?	(X) Não se aplica () Sim
(X) Sim () Não se aplica	4.5 Houve utilização de hemocomponentes no transoperatório?
3.10 O antibiótico foi administrado?	(X) Não () Sim Qual? <u>_____</u>
(X) Sim () Não se aplica	4.6 Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido?
	(X) Não () Sim Qual? <u>_____</u>

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÂOCAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: FRANCISCO ERNANDO MAIA
Data da Int: 12/08/2019 Dt de Nasc: 27/04/1976
Convênio: SUS Prontuário: 842438
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: MARIA MAIA DA SILVA

fls. 23

Admissão: 26/08/19 Horas: 10:45 Cirurgia Proposta: Osteotomia de antebraço 'E'
Observação: PA 320x90mmHg T. 36.4°C P. 78bpm DX - 77mg/dl

Medicação pré-anestésica: Não () Sim Qual

Anestesista: Dr. Amilton Tipo de Anestesia: () Raquidiana () Geral () Local
Bloqueio Anestésico: () Sedação Início da anestesia 11:40 Sala: D

Cirurgião: Dr. Samuel 1º Auxiliar Instrumentador(a) D. Jone / Gustandy

Início da Cirurgia: 11:45 Término da Cirurgia 12:20

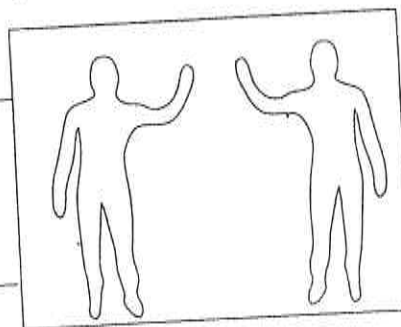
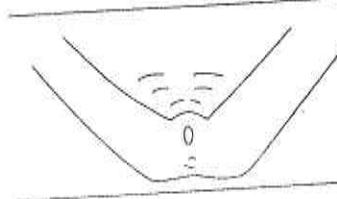
Posição do paciente: (X) Dorsal () Ginecológica () Ventral () Lateral
() Outra:

Soluções Antissépticas:

- (X) Clorhexidina Degermante
- () Iodopolidona Degermante
- () Iodopolidona Tópico
- () Álcool iodado
- () Álcool 70%

Localização de:

- (o) Eletrodos
- (--) Incisão Cirúrgica
- (=) placa de Bisturi
- (#) Drenos



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

RN Encaminhamento às Para

Infusão de: () Concentrado de Hemácias () Plasma

Peça cirúrgica/Corpo estranho Entregue:

Destino: () Biopsia Laboratório () Outro:

Exames durante o transoperatório: () RX () Laboratório ()

Cirurgia Realizada: redução + fixação c/ fio em sulco (E)

Encaminhamento às 12:40 Para: RDA

com: (X) Curativo-Tipo oclusivo

- () Dreno
- () Imobilizador
- () Cateter de Oxigênio O2
- () Cateter venoso central
- () Cateter venoso periférico
- () Tubo Endotraqueal
- () Sonda Vesical
- () Tampão
- () Bolsa de Colostomia
- () Outros
- () Outros

Observação:

Gislândia da Costa Rêgo
ENFERMAGEM