

AO JUÍZO DE DIREITO DA ____ VARA CÍVEL DA COMARCA DE QUIXERAMOBIM/CE.

JOSÉ FRANCISCO DA ROCHA, brasileiro, casado, aposentado, inscrito no CPF sob o nº 045.237.683-15, portador do RG nº 898493, residente e domiciliado na localidade de Santa Isabel, Distrito de São Miguel, Quixeramobim/CE, CEP 63.800-000, vem à presença de V. Exa., por seu advogado, propor a presente **AÇÃO ORDINÁRIA DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, com sede na Rua da Assembleia, 100 - 16º andar - Centro, Rio de Janeiro - RJ, 20011-904, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 09.248.608/0001-04, e o faz consubstanciado nas seguintes razões:

1. DOS FATOS.

No dia 07/06/2019, a parte autora sofreu um acidente de trânsito, vindo a ficar com debilidade permanente completa de membro inferior, com fratura de tíbia direita, conforme faz prova com a certidão de ocorrência policial e os documentos médicos acostados a exordial.

A parte demandante requereu e recebeu, na via administrativa, em 29/11/2019, apenas a quantia de R\$ 1.687,50 (mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos), quando deveria ter sido paga o valor de até R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais), corrigido desde a data do evento danoso.

Constatada a debilidade permanente da parte autora, em razão de acidente de trânsito, esta faz jus ao recebimento da quantia a título de complementação de até R\$ 7.762,50 (sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), corrigida desde a data do sinistro.

2. DO DIREITO.

2.1 SEGURO DPVAT. DEBILIDADE PERMANENTE. DIREITO À INDENIZAÇÃO.

A pretensão autoral se encontra amparada pela Lei nº 6.194/74 e art. 7º da Lei 8.441/92 e Lei 11.482/2007. A partir da Lei 11.945/2009, passou-se a utilizar a tabela contida em seu anexo para quantificar o valor do seguro devido, conforme o grau de invalidez apresentado.

A matéria foi sumulada pelo STJ (Súmula 474), devendo ser aplicada a todos os acidentes, indistintamente:

Sumula 474: A indenização do seguro DPVAT, em caso de invalidez parcial do beneficiário, será paga de forma proporcional ao grau da invalidez.

No caso presente, a parte promovente recebeu o valor a menor, pois a sua debilidade não foi enquadrada corretamente pela seguradora no momento do recebimento do seguro.

Portanto, tem a parte autora o direito ao recebimento da quantia de até **R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais)** a título de complementação, em razão da debilidade apresentada no membro inferior, acrescido de correção monetária e juros de mora desde a época do acidente, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ.

2.2 PERDA COMPLETA DA FUNÇÃO DOS MEMBROS INFERIORES. INDENIZAÇÃO DEVIDA NO MONTANTE DE 70% DE R\$ 13.500,00.

É inconteste que a parte demandante sofreu um acidente de trânsito, conforme faz prova a certidão de ocorrência policial e demais documentos em anexo, vindo a ficar com **debilidade permanente completa de membro inferior.**

Desse modo, com esteio no contexto probatório, na verdade real e considerando que a parte autora teve **perda funcional de completa de um dos membros inferiores**, resta patente que a indenização prevista do seguro DPVAT *in casu* é de **70%** sobre R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), o que resulta na quantia devida de **R\$ 9.450,00 (nove mil, quatrocentos e cinquenta reais)**, nos moldes da tabela legal:

LEI 11.945/2009
ANEXO

Danos Corporais Segmentares (Parciais)	Percentuais
Repercussões em Partes de Membros Inferiores	das Perdas
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo.	25
Perda anatômica e/ou funcional de um dos membros inferiores.	70

Desse modo, considerando que faz jus a parte requerente ao recebimento de até **R\$ 9.450,00**, a título de seguro DPVAT, e considerando que o mesmo percebeu na via administrativa o importe de **R\$ 1.687,50**, resta claro que lhe cabe receber a respectiva diferença, que corresponde a até **R\$ 7.762,50 (sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**.

Portanto, considerando a debilidade permanente no membro inferior e superior apresentada pela parte autora, bem como a quantia recebida na via administrativa, resta patente que faz jus ao recebimento do seguro DPVAT no montante de até **R\$ 7.762,50 (sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, nos termos expostos.

2.3. DA NÃO QUITAÇÃO DO SEGURO DPVAT PELO PAGAMENTO ADMINISTRATIVO: NECESSIDADE DE PERÍCIA MÉDICA JUDICIAL.

A prova pericial (exame médico para atestar a debilidade/invalidez permanente) é imprescindível para o desate da lide, com vistas à aferição do grau da invalidez permanente que acomete a parte suplicante.

Ressalte-se que, de fato, a parte demandante não recebeu um valor securitário a menor na via administrativa, após avaliação médica unilateral feita pela seguradora, cuja conclusão não é definitiva tampouco pode ser considerada justa.

A questão de ser a invalidez total ou parcial não tem o condão de elidir a necessidade de realização da prova pericial, pois o grau aferido administrativamente não pago ao que realmente acomete a parte autora.

Ademais, repise-se à exaustão: apesar de a parte demandante requerer o valor integral do segmento corporal afetado, com dedução do pagamento administrativo, tal não exclui o pedido a menor,

que é a complementação com base na aplicação do percentual da perda sofrida, o que se coaduna perfeitamente com a orientação das Súmulas nº 474 do STJ, aqui já citada.

Nessa linha de pensar, vale colacionar entendimento assemelhado do Egrégio Tribunal de Justiça do Ceará, que vem acolhendo as teses suscitadas, especialmente para anular a sentença de primeira instância quando não realizada perícia médica para atestar a debilidade/invalidez permanente. Senão vejamos:

"Diante de todo o exposto, entendo que a sentença deve ser cassada a fim de que os autos retornem ao primeiro grau de jurisdição para ser elaborada prova pericial com o intuito de verificar se o pagamento parcial efetuado pela seguradora está de acordo com o grau de invalidez suportado pelo segurado."

(TJ/CE, PROCESSO N. 2063-93.2007.8.06.0071, PUBLICADA EM 14/02/2013).

Neste mesmo sentido, já decidiu o Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul, na Apelação Cível Nº 70058070962 (Nº CNJ: 0531723-19.2013.8.21.7000) 2013/Cível, *in verbis*:

"1. A Medida Provisória n.º 451/2008, publicada no Diário Oficial da União em 16 de dezembro de 2008, convertida na Lei 11.945 de 04 de junho de 2009, definiu a necessidade de graduação da invalidez para a fixação do montante indenizatório.

2. Desse modo, mostra-se útil ao deslinde da causa a realização de perícia médica, a fim de aferir o grau de invalidez suportado pela parte autora, prova técnica indispensável no caso em exame, impondo-se a desconstituição da sentença, de sorte a ser produzida aquela prova técnica. Inteligência do art. 130 do CPC.

[...]

Assim, na situação posta à análise deste Colegiado, deve ser realizada perícia médica, a fim de se determinar se foi correto o adimplemento parcial ou não.

Sobre o assunto em lume é o entendimento do Colegiado desta 5ª Câmara Cível, como se vê a seguir:

APELAÇÕES CÍVEIS. SEGUROS. DPVAT. AÇÃO DE COBRANÇA. INVALIDEZ PERMANENTE. COMPLEMENTAÇÃO DA INDENIZAÇÃO. ACIDENTE OCORRIDO EM DATA ANTERIOR À EDIÇÃO DA MP 451/2008. QUANTIFICAÇÃO DA LESÃO DETERMINADA PELO E. STJ. Ainda que o acidente de trânsito tenha ocorrido em data anterior à MP 451/08, posteriormente convertida na Lei Federal 11.945/09, faz-se necessária a realização de perícia médica para a apuração do grau de invalidez do autor. Decisão proferida pelo colendo Superior Tribunal de Justiça. Súmula 474 do STJ. Necessidade de graduação da invalidez,

independentemente da data do sinistro. SENTENÇA DESCONSTITUÍDA, PREJUDICADAS AS APELAÇÕES. (Apelação Cível Nº 70043907112, Quinta Câmara Cível, Tribunal de Justiça do RS, Relator: Isabel Dias Almeida, Julgado em 19/12/2012). Ademais, cumpre ressaltar que o Julgador é o destinatário da prova, o qual pode motivadamente se manifestar quanto à necessidade ou não de produção desta para amparar o seu convencimento, consoante estabelece o art. 130, caput, do CPC, a seguir transcrito: Art. 130. *Caberá ao juiz, de ofício ou a requerimento da parte, determinar as provas necessárias à instrução do processo, indeferindo as diligências inúteis ou meramente protelatórias.*

Portanto, entendo que deve ser realizada perícia médica para determinar o grau de invalidez da parte postulante, pois se mostra útil ao deslinde da causa, a fim de que se possa averiguar sobre o montante indenizatório devido pela seguradora no caso em exame, segundo a tabela DPVAT.

Por conseguinte, diante dos fundamentos e precedentes jurisprudenciais precitados, desconstituo a sentença de primeiro grau para a realização de perícia.

[...]

Ante o exposto, desconstituo a sentença de primeiro grau, a fim de que seja realizada perícia médica na parte postulante, objetivando a quantificação da invalidez para a fixação do montante indenizatório segundo a tabela DPVAT."

(Grifos nossos)

Assim, resta patente que a parte autora **deve** ser submetida à avaliação médica, passível de ser feita por perícia judicial, para aferir a real extensão da lesão que o acomete, a fim de estipular a complementação do seguro DPVAT corretamente e de forma proporcional, em obediência justamente ao teor da Súmula 474 do STJ.

3. PEDIDOS.

PELO EXPOSTO, requer a V. Exa.:

- a) citar a ré no endereço mencionado para, querendo, responder à presente pretensão no prazo legal, sob pena de revelia e confissão;
- b) a produção de **prova pericial**, a fim de constatar o grau da debilidade permanente ocasionada em razão do acidente de trânsito aqui narrado, bem como a juntada de novos documentos e depoimento de testemunhas;
- c) condenar a ré ao pagamento do valor do seguro DPVAT no montante de até **R\$ 7.762,50 (sete mil setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, a título de complementação ou em percentual a ser apurado na perícia médica judicial, valor

este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso, nos termos das Súmulas 43 e 54 do STJ;

- d) a concessão dos benefícios da **GRATUIDADE JUDICIÁRIA**, nos termos da Lei 1.060/50, por não ter o autor condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família, **conforme DECLARAÇÃO inserta na procuração**;
- e) a condenação da ré na verba honorária de sucumbência (20%).

Dá-se à causa o valor de **R\$ 7.762,50 (sete mil, setecentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).**

Pede DEFERIMENTO.

Quixeramobim, CE, 30 de abril de 2020.

Pedro Victor Pimentel Azevedo
OAB/CE nº 31.392

Pedro Igor Pimentel Azevedo
OAB/CE nº 31.391

Soléria Góes Alves Camelo
OAB/CE nº 29.892

RELAÇÃO DE QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS POR OCASIÃO DA PERÍCIA:

1. Há Ferimento ou Ofensa Física ?
2. Qual Meio Ocasionou ?
3. Resultou Debilidade Permanente de Membro, Sentido ou Função ?
4. Resultou do acidente perda ou inutilização de membro, sentido ou função ?
5. Qual a debilidade ou deformidade apresentada pelo autor, originada pelo acidente ?
6. Se V. Sa. tivesse que graduar a lesão apresentada pelo autor, em qual destes graus o enquadraria: 25%, 50%, 75% ou 100% ?

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: José Francisco da Rocha, brasileiro, casado, aposentado, portador do RG de n° 898493 SSP/CE, inscrito no CPF de n° 045.237.683-15, residente e domiciliado na Fazenda Santa Isabel, s/n°, Dr. José Airton Machado, Quixeramobim, Ceará, CEP. 63-800-000

OUTORGADOS: MARCELO OLIVEIRA DE ALMEIDA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o n° 34.527, RICARDO ALEXANDER EDUARDO CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o n° 22.568, PEDRO VICTOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob n°. 31.392, PEDRO IGOR PIMENTEL AZEVEDO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o n°. 31.391, todos com endereço profissional no Centro Jurídico Santo Ivo, localizado à Rua José Campos Torquato, 88, Centro, CEP: 63.800-000 QUIXERAMOBIM-CE; onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC), endereço eletrônico: pedrovictorpa@gmail.com.

PODERES:

Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "Ad Judicia Et Extra", para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes da condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

Quixeramobim/CE, 27 de Abril de 2020

× José Francisco da Rocha
OUTORGANTE


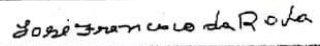
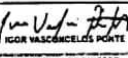
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, Joné Francisco da Rocha,
brasileiro (a), casado, apoventado,
CPF 045.237.683-15 RG 898493 SSP/CE
residente na (Rua, Avenida, Estrada) Fazenda Santa Isabel
Bairro João Ailton Machado Cidade Quixeramobim
Estado Ceará Cep 63.800-000. Declaro, para os
devidos fins, que sou pobre na forma da **Lei 1060/50**, não podendo, desta
forma, custear as despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de
minha família, pelo que suplico a gratuidade de justiça, assumindo inteira
responsabilidade, na forma da **Lei 7.115/83**, pelas informações ora emanadas.

Quixeramobim/CE, 27 de Abril de 2020

Joné Francisco da Rocha

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE FRANCISCO DA ROCHA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 898493 SSP CE	
CPF 045.237.683-15	DATA NASCIMENTO 05/01/1945
FILIAÇÃO FRANCISCO LAURIANO ROCHA BELARMINA ROCHA LIMA	
PERMISSÃO 00000000	ACC 000000
CAT. HBR 000000	
Nº REGISTRO 04523768315	VALIDADE 05/01/2025
	1ª HABILITAÇÃO 14/12/1983
	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL QUIXADA, CE	DATA EMISSÃO 05/08/2015
 IGOR VASCONCELOS PONTE ASSINATURA DO EMISSOR	64150823455 CE140864783
	

VÁLIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1155924110

PROIBIDO PLASTIFICAR
1155924110

928054

Para regular sua fatura, utilize o QR Code

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 001010189

Rota: QB824R04
 Nome: JOSE FRANCISCO DA ROCHA
 Endereço: SANTA ISABEL, 00000, DR JOSE AIRTON NACHADO,
 3800-000, QUIXERAMOBIM
 Classificação: 3800-000, QUIXERAMOBIM
 Modalidade Tarifária: B2 RURAL
 Ligação: Monofásico
 Área Reservada ao Fisco

Emissão: 08/08/2019
 Medidor: 1091340-SCH-001

Referência: 08/2019

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DADOS DE LEITURA

Anterior	Atual	P.F. 55 J	Próxima prevista
16/07/2019	65,35	2019	02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Atual (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1	65,35	15,00	1,00	50,35	50,35	0,00	3,51	177,83

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,61424
JUROS MORATÓRIOS	173,83
ADICIONAL BAND. AMARELA	1,55
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,01647
	0,01678
	4,75

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	183,24	27,00	49,47
PIS	183,24	1,35	2,46
COFINS	183,24	6,16	11,27

16/09/2019

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh): Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg (CO₂) / Compensado kg (CO₂) / Consciência Ecológica (R\$CO₂): 110,48 / 0,00 /

CNPJ: 045.237.683-15

Períodos: Band. Tarif.: Amarela: 11/07 - 31/07 Vermelha: 01/08 - 08/08

INFORMAÇÃO IMPORTANTE: o vencimento informado na fatura de julho-19 foi prorrogado. Essa conta poderá ser paga até o dia 15/08/2019 sem acréscimo de juros ou multas.

Nº do Cliente: 928054
 Data de Emissão: 08/08/2019
 Nº da Nota Fiscal: 001010189

Referência:
 Total a Pagar (R\$): 08/2019
 Nº de Controle: 184,79
 10002293861

V: [1.0.0.4]

838000000017 84790031010 0 002293861079 00000928054 5



[illegible]

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS QUE SE ENCONTREM EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE, TRANSPORTADAS QUANDO - SEGURO-DPVAT

CENº 014414208552 - BILHETE DE SEGURO DPVAT 2019

04523768315 ORZ7643

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

www.seguradoralider.com.br

014414208552 SAG DPVAT 0300 022 1204 85049504648

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 11/04/2019

VIA 01 04523768315 CPF (CNPJ) 0RZ7643 PLACA

RENAVAM 549498451 HONDA/CG 150 FAN ESI MARCA / MODELO

2013 09 9C2KC1670DRS11271 ANO / MES / DIA

36.05 4.00 PRÊMIO TARIFÁRIO TAXA (R\$) TAXA (R\$) 40518 DO SEGURO (R\$)

451550 BILHETE (R\$) 0.32 INF (R\$) 844.582 (R\$) 2019

☒ COTA UNICA ☐ PARCELADO PAGAMENTO 1-11/04/2019

DESDE O PACOTE DE SEGUROS PARA O LIDARE E POR 627.179 LOTE / DO SEGURO 451550 11271 11271

MOTOR - KC16E7D8T11271 11271



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



RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: José Fco. da Rocha
Operação: Fixação externa da tibia D
Anestesia: Raqui
Pré-Anestésicos: _____
Anestésicos: Respiração com Oxigênio - O2
Duração da Anestesia: 0:40 min
Início: 21:00 h
Término: 21:40 h
CRM / ASSINATURA / CARIMBO
Dr. Cristiano Benício
CRM 55512 - RQE 9587





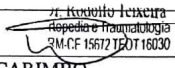
PEFETURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO



BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 09/06/19 Horário: 12:50 Nº: 27
1 - IDENTIFICAÇÃO
Nome: José Francisco da Rocha
Estado Civil: casado Sexo: Masculino Idade: 74 a.
Data de Nascimento: 05/04/45
SUS: 702.9095.3975.4472 Tel: _____
Naturalidade: Quixeramobim
Profissão: Aposentado
Residência: Santa Isabel Bairro: Santa Isabel
2 - Diagnóstico: fx de fratura de tibia
3 - Procedimento: _____

Dr. Cristiano Benício
Ortopedista e Traumatologista
CRM 55512 - RQE 9587
ASSINATURA

	PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp_regional@hotmail.com QUIXERAMOBIM-CE
IDENTIFICAÇÃO: NOME: <u>Jose Francisco da Rocha</u> Nº REG: <u>50.970</u> DATA NASCIMENTO: <u>05/01/1945</u> IDADE: <u>74a</u> COR: <u>Parda</u> SEXO: F () M (x) EST. CIVIL: <u>casado</u> NATURALIDADE: <u>Quixeramobim</u> NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u> CNS: <u>702.9095.3975.4472</u> DOCUMENTAÇÃO: <u>RG. 898.493 SPSP e 18.08.76</u> PROFISSÃO: <u>Aposentado</u> TELEFONE: () _____ Nº _____ ENDEREÇO: <u>Santa Isabel</u> _____ BAIRRO: <u>São Miguel</u> CIDADE: <u>Quixeramobim</u> UF: <u>CE</u> PAI: <u>Francisco Bauriano Rocha</u> MÃE: <u>Belarmine Rocha Lima</u> RESPONSÁVEL: <u>Francisco Renato Rocha</u> TELEFONE: (88) <u>997370098</u> JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: <u>Sim</u> ANO: <u>2019</u> MÊS: <u>Junho</u>		CADASTRO DA AIH: DATA INTERNAÇÃO: <u>23/08/19</u> HORA: <u>08:46</u> CLÍNICA: <u>Trauma</u> CARATER ATENDIMENTO: _____ DATA SAÍDA: <u>24/08/19</u> HORA: <u>08:30</u> CÓDIGO: <u>0408050500 / 0408060360</u> CID PRINCIPAL: <u>5822</u> CID SECUNDÁRIO: <u>2470</u> MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0408060360</u> PROF. EXECUTANTE: <u>Dr. Rodolfo</u> CBO: <u>225270</u> CNES: <u>2328380</u> PROF. EXECUTANTE: <u>Dr. Carlos</u> CBO: <u>225151</u> CNES: <u>2325380</u> REVISÃO <input checked="" type="checkbox"/> SISAIH01 <input type="checkbox"/> MÊS: _____ HEMOCE <input type="checkbox"/>	
SUMÁRIO DE HDA: <u>paciente em pós-operatório de</u> <u>patina de tibia distal direita</u>		CONDIÇÕES DE SAÍDA: CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>	
EXAME FÍSICO: <u>Om + edema</u>		UNISUS WEB CODIGO DA SOLICITAÇÃO: <u>34360024055</u> DATA INTERNAÇÃO: <u>28/08/2019</u> DATA ALTA: _____ NUMERO DA AIH: <u>2310106642380</u>	
DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO: <u>Po fr tibia distal direita</u> <div style="text-align: right;">  ASSINATURA E CARIMBO <u>013 804 973-21</u> CPF SOLICITANTE </div>			



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



PROTOCOLO DE CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

PACIENTE: <u>João Fco. de Godoy</u>		ENF/LEITO: <u>56</u>																												
NOME DA MÃE: <u>Belarminoza Koch Lima</u>		DATA: <u>28/08/19</u>																												
IDADE: <u>44</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>08/01/45</u>	HORA DE ADMISSÃO CENTRO CIRÚRGICO: <u>15:20</u>																												
CIRURGIÃO: <u>Dr. Roberto</u>	ANESTESISTA: <u>Dr. Paulo</u>	ENFERMEIRO (A): <u>Vanessa A.</u>																												
1 UNIDADE/LEITO DE ORIGEM: (ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA)	2 TEMPO DE PREPARO: (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA)	3 INTROOPERATÓRIO: (NA SALA DE CIRURGIA)																												
CONFIRMADO:	MEMBROS DA EQUIPE APRESENTADOS PELO NOME E FUNÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> CIRURGIÃO ANESTESIOLOGISTA ENFERMAGEM CONFIRMAM VERBALMENTE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, SÍTIO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTO.	HORÁRIOS E REVISÃO DE MATERIAIS: HORA DA INCISÃO CIRÚRGICA: <u>16:40</u> HORA DO TÉRMINO DO ATO CIRÚRGICO: <u>17:10</u> CONTAGEM E REVISÃO DOS MATERIAIS E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS: <input checked="" type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DE MATERIAL SINTÉTICO: <input checked="" type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA PATOLÓGICA: <input checked="" type="checkbox"/>																												
IDENTIDADE DO PACIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO, DEMARCADO OU CONFIRMADO: <input checked="" type="checkbox"/> TRICOTOMIA: <input checked="" type="checkbox"/> HORA: _____ REALIZADA EM DOMÍLIO: <input checked="" type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/>	EVENTOS/CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:	OBSERVAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS:																												
VERIFICAÇÃO DE CONDIÇÕES E NECESSIDADES PARA O PACIENTE:	ANTES: OTICOPROFILAXIA: <input checked="" type="checkbox"/> CEFALOLINA: <input type="checkbox"/> OUTRO: _____	ENFERMAGEM: <u>com intervenção p. Dr. Roberto</u>																												
PACIENTE POSSUI ALERGIA CONHECIDA: <input checked="" type="checkbox"/> QUAL: _____	MATERIAL E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS:	LEGENDA: (S) SIM (N) NÃO (I) NÃO SE APLICA																												
ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO: <input checked="" type="checkbox"/> CALIBRE DO ACESSO: <u>22</u> PROFISSIONAL: <u>Ana Carolina</u>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>INSTRUMENTOS</th> <th>Nº EM FASE</th> <th>COMPRESSAS</th> <th>Nº EM FASE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Início</td> <td>06</td> <td>Início</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>00</td> <td>Final</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Início</td> <td>00</td> <td>Início</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>00</td> <td>Final</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Início</td> <td>00</td> <td>Início</td> <td>00</td> </tr> <tr> <td>Final</td> <td>00</td> <td>Final</td> <td>00</td> </tr> </tbody> </table>	INSTRUMENTOS	Nº EM FASE	COMPRESSAS	Nº EM FASE	Início	06	Início	00	Final	00	Final	00	Início	00	Início	00	Final	00	Final	00	Início	00	Início	00	Final	00	Final	00	TRANSOPERATÓRIO (SALA OPERATÓRIA): ASSINATURA E CARIMBO:
INSTRUMENTOS	Nº EM FASE	COMPRESSAS	Nº EM FASE																											
Início	06	Início	00																											
Final	00	Final	00																											
Início	00	Início	00																											
Final	00	Final	00																											
Início	00	Início	00																											
Final	00	Final	00																											
SOLICITAÇÃO DE RESERVA/ITIPAGEM SANGÜÍNEA: <input checked="" type="checkbox"/> RETRADA DE PRÓTESES E MATERIAL DE ADORNO: <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE EXAMES NO PRONTUÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/>	TEMPO DE PREPARO (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA): ASSINATURA E CARIMBO:																													



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

		Nº REG.:	
DATA OPERAÇÃO	ENF.	LEITO	
OPERADOR		1º AUXILIAR	
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		PO fixador externo em	
		tubo fixado	
TIPO DE OPERAÇÃO		retirada de fixador externo	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO		o mesmo	
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			
Paciente em RPA sob anestesi- Anestesia + Antiespasmódico + comp. - Retirada de fixador externo transcutâneo em tórax fixado sem evidência de mobilidade de foco de infecção. Tabela Bata A RPA			
Dr. Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 TEOT 16030			



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: João Francisco de Rocha

Operação: Retirada de Linhas Externa

Anestesia: Respiro

Pré-Anestésicos: //

Anestésicos: Neocaine 1% da 0.5% - 0.1 ml

Epinefrina 1:10000

5% 0.5% 1000 ml

Duração da Anestesia: 35'

Início: 16:40


Término: 17:10

23/08/19

Carlos Roberto Neto Almeida

CRM / ASSINATURA CARIMBO

Scanned by CamScanner

 <p>Prefeitura Municipal de Quixeramobim Hospital Regional Dr. Fontes Neto Fone: 3441.4009 / Email: hospitalpontesneto@hotmail.com QUIXERAMOBIM-CE</p>		<p>NOME: <u>Paulo Francisco de Paiva</u> RG: <u>50.970</u> Idade: <u>34</u> Clinica: Médica () Cirurgia (X) Obstétrica () Diagnóstico: <u>Doença de pâncreas externo</u> Data Admissão: <u>23/08</u> DATA: <u>24/08/19</u></p>	
<p>PRESCRIÇÃO MÉDICA</p>		<p>APRAZAMENTO</p>	
1	DIETA <u>Leve</u>		
2	DIPIRONA 2ML + 18ML AD EV 6/6H S/N		
3	CETOPROFENO 100MG + 100 ML SFO 9% EV 12/12 SN		
4	TRAMAL 100MG + 100ML SFO 9% EV 8/8H S/N		
5	SSVY-CGGG		
6	<u>Atenolol 40mg em 1 dose</u>		
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

OBS: FAZER METADE DA DOSE À NOITE

ESQUEMA DE INSULINA:

9	200	0	U	12/01	250	4	U	12/25	300	6	U	13/01	350	8	U	13/01	400	10	U	14/01	450	12	U
---	-----	---	---	-------	-----	---	---	-------	-----	---	---	-------	-----	---	---	-------	-----	----	---	-------	-----	----	---

RESULTADO DX:

APRAZAMENTO:

DOSAGEM ADMINISTRADA:

Dr. Rodolfo Teixeira
 Especialista em Cirurgia e Traumatologia
 CRM-CE 16011 19030

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

BOLETIM DE ATENDIMENTO BÁSICO

Data: 23/08/19. Horário: _____ Nº 07.

1 - IDENTIFICAÇÃO





Nome: Vitor Francisco da Rocha.
Estado Civil: casado Sexo: mas Idade: 44a.
Data de Nascimento: 05/01/45 Tel: _____
SUS: 702900534754472.
Naturalidade: ca
Profissão: empresário
Residência: Santa Isabel Bairro: _____

2 - Diagnostico: pos-operatório de artroscopia de tornozelo

3 - Procedimento: atuação para R.M.S

Jr. Rodolfo Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15072-1/007-10036

ASSINATURA

 PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE		 FICHA DE INTERNAÇÃO	
IDENTIFICAÇÃO:			
NOME: <u>Geo de Nohe</u>		Nº REG: <u>50, 970</u>	
DATA NASCIMENTO: <u>05/10/1995</u>		IDADE: <u>24 anos</u> COR: <u>pele</u> SEXO: <u>F () M (X)</u>	
EST. CIVIL: <u>casado</u> NATURALIDADE: <u>Quixeramobim</u> NACIONALIDADE: <u>brasileira</u>		CNS: <u>709909539754472</u> DOCUMENTAÇÃO: <u>RG, 898, 493</u>	
PROFISSÃO: <u>professora</u>		TELEFONE: <u>88 998492551</u>	
ENDEREÇO: <u>Santa Isabela</u>		Nº: _____	
BAIRRO: <u>zona rural</u>		CIDADE: <u>Quixeramobim CE</u>	
PAI: <u>Francisco Lauriano Rocha</u>		MÃE: <u>Reformosa Ronda Lima</u>	
RESPONSÁVEL: <u>Francisco Ronda da Rocha</u>		TELEFONE: () _____	
JÁ ESTEVE INTERNADO NESTE HOSPITAL?: <u>Sim</u>		ANO: <u>2017</u> MÊS: <u>maio</u>	
SUMÁRIO DE HDA: <u>Paciente, 74 anos, evolui com</u> <u>fratura da diáfise da tíbia, ovário esquerdo</u> <u>na mesa.</u>			
EXAME FÍSICO:			
DIAGNÓSTICO DE ADMISSÃO: <u>fx da tíbia</u>			
ASSINADO:  Dr. Pontes Neto CPF SOLICITANTE: <u>012 457 183-34</u>		ASSINADO:  Dr. Pontes Neto CPF SOLICITANTE: <u>012 457 183-34</u>	
CADASTRO DA AIIH:		HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO FONE: (88) 3441.1353 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hcrp_regional@hotmail.com QUIXERAMOBIM-CE	
DATA INTERNAÇÃO: <u>09/06/19</u>		HORA: <u>14:15</u>	
CLÍNICA: <u>Tratamento</u>		ATENDIMENTO: _____	
DATA SAÍDA: <u>30/06/2019</u>		HORA: <u>08:00</u>	
CÓDIGO: <u>0408050500</u>		CID PRINCIPAL: <u>S822</u>	
CID SECUNDÁRIO: <u>V299</u>		MUDANÇA DE PROCEDIMENTO: <u>SIM</u> <input type="checkbox"/> <u>NÃO</u> <input type="checkbox"/>	
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>0408050500</u>		PROF. EXECUTANTE: <u>Dr. Pontes Neto</u>	
CBO: <u>225270</u>		CNES: <u>2328380</u>	
PROF. EXECUTANTE: <u>Dr. Pontes Neto</u>		CBO: <u>225151</u>	
CNES: <u>2328380</u>		REVISÃO <input type="checkbox"/> SISAIH01 <input type="checkbox"/> MÊS: _____	
HEMOCE <input type="checkbox"/>		CONDIÇÕES DE SAÍDA:	
CURADO <input type="checkbox"/> MELHORADO <input checked="" type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/>		A PEDIDO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>	
UNISUS WEB		CODIGO DA SOLICITAÇÃO: <u>14360023825</u>	
DATA INTERNAÇÃO: <u>18/06/2019</u>		DATA ALTA: <u>19/06/19</u>	
NUMERO DA AIIH: <u>2319406619643</u>			



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Alto do Boqueirão, s/n- Fone: (88)3441.1353-3441.4009-E mail: hrpn2017@gmail.com Quixeramobim-Ce

LAUDO
MÉDICO PAR
EMIÇÃO DE
AIH

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE Hospital Regional Dr. Pontes Neto	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Jose Francisco da Rocha	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 50.970
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 17012910915139171514141712	8 - DATA DE NASCIMENTO 10/05/01 12/945
9 - SEXO Mas.: <input checked="" type="checkbox"/> 1 Fem.: <input type="checkbox"/> 3	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Belarmine Rocha Lima
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Santa Isabel - São Miguel
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Quixeramobim	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
15 - UF CE	16 - CEP 63800000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente em pós-operatório de fratura de tibia fíbula direita em um de fixação externa.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO necessidade de cirurgia

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

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Rim X.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura tibia fíbula direita (D)	21 - CID 10 PRINCIPAL S82.3	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------------	------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Cirurgia	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 041081060061
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 2
28 - DOCUMENTOS () CNS (X) CPF	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 101131810141417131211
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Roberto Teixeira	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 12/3/08/2019
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Roberto Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 55022/01/19030	

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 AUTORIZADOR	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL REGIONAL DE PONTENSELO

PROTÓCOLO DE CIRURGIA SEGURA - CHECKLIST

PACIENTE: <u>Joel Francisco da Rocha</u>		ENF/LEITO:	
NOME DA MÃE: <u>Belarmine Rocha Lima</u>		DATA: <u>09.05.2019</u>	
IDADE: <u>44a</u>	DATA DE NASCIMENTO: <u>05.01.1945</u>	TIPO DE PROCEDIMENTO: <u>Revisão de tórax.</u>	
CIRURGIÃO: <u>D^o Givaldo</u>	ANESTESISTA: <u>D^o Valdeberto</u>	ENFERMEIRO (A):	
1 UNIDADE/LEITO DE ORIGEM: (ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA)	2 TEMPO DE PREPARO: (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA)	3 INTRAOPERATÓRIO: (NA SALA DE CIRURGIA)	
CONFIRMADO:	MEMBROS DA EQUIPE APRESENTADOS PELO NOME E FUNÇÃO: <input type="checkbox"/>	HORÁRIOS E REVISÃO DE MATERIAIS:	
IDENTIDADE PACIENTE: <input checked="" type="checkbox"/> PROCEDIMENTO: <input checked="" type="checkbox"/> SÍTIO CIRÚRGICO, DEMARCADO OU CONFIRMADO: <input checked="" type="checkbox"/> TRICOTOMIA: <input checked="" type="checkbox"/> HORA: <u>21:00</u> REALIZADA EM DOMÍLIO: <input checked="" type="checkbox"/> CENTRO CIRÚRGICO: <input checked="" type="checkbox"/>	CIRURGIÃO <u>D^o Givaldo</u> ANESTESIOLOGISTA <u>D^o Valdeberto</u> ENFERMAGEM <u>_____</u> CONFIRMAM VERBALMENTE IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, SÍTIO CIRÚRGICO E PROCEDIMENTO.	HORA DA INCISÃO CIRÚRGICA: <u>21:00</u> HORA DO TÉRMINO DO ATO CIRÚRGICO: <u>22:15</u> CONTAGEM E REVISÃO DOS MATERIAIS E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS: <input checked="" type="checkbox"/> UTILIZAÇÃO DE MATERIAL SINTÉTICO: <input checked="" type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO DA AMOSTRA PATOLÓGICA: <input checked="" type="checkbox"/>	
VERIFICAÇÃO DE CONDULTAS E NECESSIDADES PARA O PACIENTE:	EVENTOS/CONTROLE DE MATERIAIS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:	OBSERVAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS:	
PACIENTE POSSUI ALERGIA CONHECIDA: <input checked="" type="checkbox"/> QUAL: <u>_____</u> ACESSO ENDOVENOSO ADEQUADO: <input checked="" type="checkbox"/> CALIBRE DO ACESSO: <u>14</u> <u>12</u> PROFISSIONAL: <u>_____</u> SOLICITAÇÃO DE RESERVA/ATPAGEM SANGÜÍNEA: <input checked="" type="checkbox"/> RETRADA DE PROTESES E MATERIAL DE ADORNO: <input checked="" type="checkbox"/> VERIFICAÇÃO DE EXAMES NO PRONTUÁRIO: <input checked="" type="checkbox"/>	ANTIBIOTICOPROFILAXIA: <input checked="" type="checkbox"/> CEFZOLINA: <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO: <u>_____</u> MATERIAIS E INSTRUMENTOS CIRÚRGICOS:	ENFERMAGEM: <u>_____</u>	
INSTRUMENTOS		MATERIAIS	
INÍCIO	Nº EM FASE	COMPRESSAS	Nº EM FASE
INÍCIO	26	INÍCIO	30
INÍCIO	00	INÍCIO	00
FINAL	26	FINAL	30
GAZES	Nº EM FASE	AGULHAS	Nº EM FASE
INÍCIO	10	INÍCIO	00
INÍCIO	00	INÍCIO	00
FINAL	30	FINAL	00
TEMPO DE PREPARO (ANTES DA INCISÃO CUTÂNEA):		ASSINATURA DO CIRURGIÃO:	
ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA:		ASSINATURA DO ENFERMEIRO:	
ASSINATURA DO CIRURGIÃO:		ASSINATURA DO ENFERMEIRO:	



	ESTADO DO CEARÁ PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM SECRETARIA DE GESTÃO HOSPITALAR - SUS HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO FONE: (88) 3441.1363 - FAX: (88) 3441.4009 - e-mail: hosp.regional@hotmail.com - Quixeramobim - CE		 Dr. Pontes Neto

FOLHA DE OPERAÇÃO			
DATA OPERAÇÃO 09/06/19			Nº REG.:
OPERADOR Dr. Cristiano			LEITO
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA		TIPO / ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO fratura de diáfise da tíbia			
TIPO DE OPERAÇÃO fixação externa			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
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) Anqil (2) aspirador + anti-splina (3) montagem de fixador externo em formato de Delta, transarticular (4) controle radiográfico (5) curativo			
Dr. Cristiano Benício Ortopedista e Traumatologista CREMEC 15.112-702-2682 TEOT 16977			

Scanned by CamScanner



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



PROCEDIMENTOS INVASIVOS

MÊS: Junho DATA DE INTERNAÇÃO: 09-06-19

PACIENTE: José Francisco da Rocha

PRONTUÁRIO: 50.970

DATA DE NASCIMENTO: 05.01.1945

NOME DA MÃE: Belarmina Rocha Lima

UNIDADE: Clínica Cirúrgica


LEITO: 53

PROCEDIMENTO

DIA

PROCEDIMENTO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
ACESSO PERIFÉRICO									b ₃																							
ACESSO CENTRAL																																
TOT OU TNT																																
TRAQUEOSTOMIA																																
VENTILAÇÃO MECÂNICA																																
SNG OU SNE																																
SONDA VESICAL																																
OSTOMIA																																
DRENO																																
CATETER DE HEMODIÁLISE																																
ANTIBIÓTICOS:																																
1.																																
2.																																
3.																																
4.																																

OBSERVAÇÕES:

		Prefeitura Municipal de Quixeramobim Hospital Regional Dr. Pontes Neto Fone: 3441.4008 / Email: hospitalpontesneto@hotmail.com QUIXERAMOBIM-CE		NOME: SOLERIA GOES ALVES RG: 56.970 Idade: 24 Clinica: Médica () Cirúrgica () Obstétrica () Diagnóstico: Rx de útero Data Admissão: 08.06.15 Data: 10.06.15	
OBS: FAZER METADE DA DOSE A NOITE					
ESQUEMA DE INSULINA:					
1 01/05 - 9/05 2 09/05 - 10/05 3 10/05 - 11/05 4 11/05 - 12/05 5 12/05 - 13/05 6 13/05 - 14/05 7 14/05 - 15/05 8 15/05 - 16/05 9 16/05 - 17/05 10 17/05 - 18/05 11 18/05 - 19/05 12 19/05 - 20/05 13 20/05 - 21/05 14 21/05 - 22/05 15 22/05 - 23/05 16 23/05 - 24/05 17 24/05 - 25/05 18 25/05 - 26/05 19 26/05 - 27/05 20 27/05 - 28/05 21 28/05 - 29/05 22 29/05 - 30/05 23 30/05 - 31/05 24 31/05 - 01/06 25 01/06 - 02/06					
RESULTADO DE:					
APROVAÇÃO:					
DOSAGEM ADMINISTRADA:					



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Relatório de Alta

Nome: <i>João Fco do Rocha</i>	
Idade:	Município: Profissão:
Clínica de internação: Nº Prontuário	
Resumo Clínico: <i>fratura de tibia</i>	
Diagnóstico: <i>fratura de tibia</i>	
Exames realizados: <i>radiografia</i>	
Tratamento instituído: <i>- fixação externa</i>	
Proposta de Seguimento: <i>- retorno em 23/06 (domingo) às 8h</i> <i>- curativos diários</i>	
Data: <i>10/06/19</i>	Assinatura/Carimbo Médico <i>Dr. Cristiano Benício</i> Ortopedista e Traumatologista CREMEC 15.512 - RQE 9587 TEOT 16677



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 14360022825
NÚMERO DA AIH: 2319106619643

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2328380 - HOSPITAL REGIONAL DR PONTES NETO

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2328380 - HOSPITAL REGIONAL DR PONTES NETO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 898002765667987 - JOSE FRANCISCO DA ROCHA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 05/01/1945 - 74 anos

NOME DA MÃE: BELARMINO ROCHA LIMA

NOME DO RESPONSÁVEL: FRANCISCA RENATA DA ROCHA

ENDEREÇO: SANTA ISABEL

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231140 - QUIXERAMOBIM

UF: CE

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO: 88-98492551

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO:

CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 01275718337 - CRISTIANO BENICIO DOS SANTOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 18/06/2019 - 15:01 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 18/06/2019 - 15:01

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

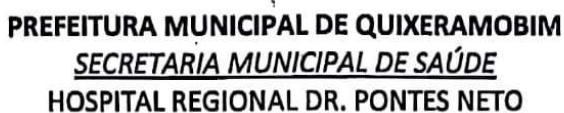
NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER

DATA AUTORIZAÇÃO:

[illegible]



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



Nome: José Francisco da Rocha	Idade: 74 a
RG:	Leito: 53
Diagnóstico: Fratura da tíbia	

Data/Hora	Evolução	Assinatura
09.06.19	<p>Paciente vítima de acidente motorístico há 02 dias com 110. Fratura de tíbia D. causada por queda, verbaliza. Após avaliação do Trauma, de Curtham, realiza internação em CC para procedimento cirúrgico. Em anexo raio X, realizado dia 07/06/19. Apresenta pico hipertensivo após informado sobre cirurgia. HCPA Sem queixa, no período. Encaminhado a CC às 15:30 h. Segue sob cuidados de equipe</p> <p align="right"> Heryla da Silva Pádua Enfermeira COREN-CE: 497.008 </p>	
09.06.19	<p>Pte admitido em CC vindo de emergência com 40. Fratura de tíbia. Vítima de acidente motorístico há 2 dias - causada por queda, verbaliza, em conduta de radiol. Acompanhada filha, a Lenaly, afirma que pte há histórico de exatela em mto no mesmo local da fratura, diga mesmo membro, com ferida ainda lesionada. Apresenta Anla em mto. Nega HAS/DIA e alergia medicamentosa. Em dieta zero, aguardando procedimento cirúrgico. Segue sob cuidados de equipe</p> <p align="right"> Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804 </p>	
	<p>Encaminhado ao SO. às 20:30</p> <p align="right"> Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804 </p>	
	<p>Retorno do SO às 22:00, PA: 110x80 mmHg, refundo dor, diga com presença de pinos em mto. Segue sob cuidados de equipe</p> <p align="right"> Erika Gurgel Albuquerque Enfermeira COREN: 408804 </p>	

[illegible]

email: hospitalpontesneto@hotmail.com **Qui:**

TEL. 011 24 79 34 79 REFERENCIA: 1.01.30/00
COREN-CE 1.124.79

REG. ANVISA: 801956600
LOTE: OM/00045201

DATA DE FABRICACAO: 12/2018

PRODUTO NAO ESTEHL

REPO. Tecnico: NICHACIO JOSE DE AVILA
CREA: 5062854947

PROIBIDO REPROCESSAR, USO ÚNICO, DESTRUIR APÓS O USO! VER INSTRUÇÃO DE USO



Dr. Pontes Neto

HISTÓRIA DO PACIENTE		CONTROLE HEMODINÂMICO		ESCORE DE ALERTA PRECOCE		UNIDADE		LEITO: 53		PRONTUÁRIO: 50930		DATA: 09.06.19		DIA: 03/01/1945	
PACIENTE: José Francisco da Rocha															
PARÂMETROS															
SATURAÇÃO															
PRESSÃO ARTERIAL															
ESCALA DE DOR															
GLICEMIA															
EVACUAÇÕES															
PARÂMETROS															
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA															
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA															
FREQUÊNCIA CARDÍACA															
PULSO															
TEMPERATURA															
ESTADO DE CONSCIÊNCIA															
SOMA TOTAL DE ESCORES															
ASSINATURA LEGÍVEL DO TEC DE ENFERMAGEM															
ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO															
ASSINATURA LEGÍVEL DO MÉDICO															
ESCORE ZERO: AVALIAR DE 6/6 HORAS - SEM AÇÃO DE ENFERMEIRO															
MÉDICO - AVALIAR DE 4/4 HORAS															
ESCORE 1: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 2: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 3: AÇÃO DE ENFERMEIRO E MÉDICO															
ESCORE 4: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 5: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 6: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 7: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 8: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 9: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 10: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 11: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 12: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 13: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 14: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 15: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 16: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 17: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 18: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 19: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 20: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 21: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 22: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 23: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 24: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 25: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 26: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 27: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 28: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 29: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 30: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 31: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 32: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 33: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 34: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 35: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 36: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 37: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 38: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 39: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 40: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 41: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 42: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 43: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 44: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 45: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 46: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 47: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 48: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 49: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 50: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 51: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 52: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 53: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 54: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 55: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 56: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 57: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 58: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 59: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 60: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 61: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 62: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 63: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 64: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 65: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 66: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 67: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 68: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 69: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 70: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 71: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 72: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 73: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 74: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 75: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 76: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 77: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 78: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 79: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 80: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 81: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 82: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 83: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 84: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 85: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 86: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 87: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 88: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 89: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 90: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 91: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 92: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 93: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 94: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 95: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 96: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 97: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 98: AÇÃO DE MÉDICO															
ESCORE 99: AÇÃO DE ENFERMEIRO															
ESCORE 100: AÇÃO DE MÉDICO															

Alto do Bouqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce

Alto do Bouqueirão s/n-Fone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce



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



O abaixo assinado Francisca Renata da Rocha
Pessoa responsável pelo doente Jose Francisco da Rocha
dá plena autorização aos médicos do hospital R.D.P.N que o assistirem para
fazerem as investigações julgadas necessárias ao diagnostico e para a execução do tratamento, comprometendo-se
a respeitar todas as disposições gerais contidas no regimento do estabelecimento.

Francisca Renata da Rocha
Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em 09 de junho de 2019

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

O abaixo assinado _____
Pessoa responsável pelo doente _____
Reconhece que o mesmo deixou o hospital contra o parecer dos médicos deste estabelecimento, assumindo inteira
responsabilidade por sua decisão.

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em _____ de _____ de _____

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

O abaixo assinado _____
Pessoa responsável pelo doente _____
Certifica que o mesmo teve alta do hospital por ter infringindo o regulamento deste estabelecimento.

Assinatura do doente ou pessoa responsável

Em _____ de _____ de _____

TESTEMUNHA

TESTEMUNHA

VIDE VERSO



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SUS

HOSPITAL REGIONAL DR. PONTES NETO

Alto do Boqueirão, s/n- Fone: (88)3441.1353-3441.4009-E mail: hrpn2017@gmail.com Quixeramobim-Ce



LAUDO
MÉDICO PARA
EMIÇÃO DE
AIH

fls. 37

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

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

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

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTOS

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)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE
INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



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


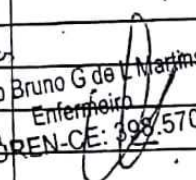


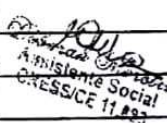



Data/Hora	Evolução	Assinatura
	evoluções de enfermagem. <i>Segue</i>	
23.08.19	Saiu de EEG às 14:45 hs, com PA: 140 x 80 mmHg, sob efeito de raqueamontesia. Retirado fixador externo. Segue aos cuidados da equipe.	<i>Katia Teixeira</i> COREN-CE 43.711-517
24/08/19	Permite a fixação de fixador externo de T12 (D) sem queixa CD: 4 RPA	
24/08/19	Proteção 1º NO. Retirado fixador externo. Camisa orientada superior e inferior. Evoluções para Alta Hospitalar às 08:30h.	<i>Dr. Rodolfo Teixeira</i> CRM-CE 15121-011630 Dr. Zénilson Alves ENFERMEIRO COREN-CE 270.200



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

Nome: <u>José Francisco de Rocha</u>	Idade: <u>74u</u>
RG: <u>50-970</u>	D.N: <u>05-04-45.</u>
Diagnóstico: <u>Lesão operatória da fêmur da tibia distal 3°</u>	

Data/Hora	Evolução	Assinatura
23/08/19	PO fix tibia fíbula (D) CD: internar para revisão de fixação.	 Dr. Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 TEOT 18030
23-08-19	Paciente, sexo M. com MP. por ocorrência de fratura distal de tibia D. com fratura concomitante de fíbula. Verbalizando ser N/A. sem queixas atuais em distal zero. N/A. sem uso de medicação. DM/NAS. eliminação e evacuação regulares. encaminhado p/ CC às 10:00 hs. segue sob cuidados da equipe.	 Bruno G de L. Martins Enfermeiro COREN-CE: 398.570
23.08.19 10:05 hrs	Paciente, 44 anos, com HD: Pós-operatório de fratura de tibia distal D. Portador de NAS/DM. Em distal zero até segunda ordem. Eliminações fisiológicas presentes. Aguarda procedimento cirúrgico. Em tempo, paciente nega NAS e DM. Encaminhado de EPG às 15:20 hs.	 Kátia Tereza Viana COREN-CE: 429.711-ENF  Kátia Tereza Viana COREN-CE: 429.711-ENF
23/08/19 MT	S. Social: Paciente admitido com acompanhante, por orientados sobre as normas e rotinas desta unidade hospitalar e direitos do Idoso.	 Kátia Tereza Viana Assistente Social CRESS/CE 11.833
23/08/19	Paciente em Pós-Operatório de fixação externa de fratura de tibia fíbula (D) sem queixas CD: A RPA	
23.08.19 MT	Transoperatório: Foi realizado a revisão de fixação externa dos ossos de tibia e fíbula distal com PA: 177 x 101 mmHg SpO2: 95%. CECU 403.	 Dr. Rodolfo Teixeira Ortopedia e Traumatologia CRM-CE 15672 TEOT 18030

[illegible]


Alto do Bouqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce




Módulo		CONTROLE HEMODINÂMICO - ESCORE DE ALERTA PRECOCE										UNIDADE:	CC	LEITO:	56	PRONTUÁRIO:	DATA:	24/08	DN:	11
PACIENTE:		Joaquim P. de Brito																		
PARÂMETROS		<div> <div>SATURACÃO</div> <div>120</div> <div>120</div> </div> <div> <div>PRESSÃO ARTERIAL</div> <div>120/80</div> <div>120/80</div> </div> <div> <div>ESCALA DE DOR</div> <div>0</div> <div>0</div> </div> <div> <div>GLOCEMIA</div> <div>100</div> <div>100</div> </div> <div> <div>EVACUAÇÕES</div> <div>0</div> <div>0</div> </div>																		
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA		<div> <div>0</div> <div>12-20</div> <div>12-20</div> </div> <div> <div>1</div> <div>9-11</div> <div>9-11</div> </div> <div> <div>2</div> <div>21-24</div> <div>21-24</div> </div> <div> <div>3</div> <div>< 8 ou > 25</div> <div>< 8 ou > 25</div> </div>																		
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA		<div> <div>0</div> <div>100-120</div> <div>100-120</div> </div> <div> <div>1</div> <div>90-99</div> <div>90-99</div> </div> <div> <div>2</div> <div>171-199</div> <div>171-199</div> </div> <div> <div>3</div> <div>< 89 ou > 200</div> <div>< 89 ou > 200</div> </div>																		
FREQÜÊNCIA CARDÍACA /PULSO		<div> <div>0</div> <div>52-89</div> <div>52-89</div> </div> <div> <div>1</div> <div>41-51</div> <div>41-51</div> </div> <div> <div>2</div> <div>90-110</div> <div>90-110</div> </div> <div> <div>3</div> <div>111-130</div> <div>111-130</div> </div> <div> <div>4</div> <div>< 40 ou > 131</div> <div>< 40 ou > 131</div> </div>																		
TEMPERATURA		<div> <div>0</div> <div>36-37,7</div> <div>36-37,7</div> </div> <div> <div>1</div> <div>35,1-35,9</div> <div>35,1-35,9</div> </div> <div> <div>2</div> <div>37,8-38,9</div> <div>37,8-38,9</div> </div> <div> <div>3</div> <div>< 35 ou > 39</div> <div>< 35 ou > 39</div> </div>																		
ESTADO DE CONSCÊNCIA		<div> <div>0</div> <div>A</div> <div>A</div> </div> <div> <div>1</div> <div>V</div> <div>V</div> </div> <div> <div>2</div> <div>D</div> <div>D</div> </div> <div> <div>3</div> <div>SR</div> <div>SR</div> </div>																		
Escala de Doc ⁹		<div> <div>0</div> <div>1</div> <div>2</div> <div>3</div> <div>4</div> <div>5</div> <div>6</div> <div>7</div> <div>8</div> <div>9</div> <div>10</div> </div>																		
SOMA TOTAL DE ESCORES →		36																		
ASSINATURA LESVIA DO TFC DE ENFERMEIRO →		[Assinatura]																		
ASSINATURA LESVIA DO ENFERMEIRO →		[Assinatura]																		
ASSINATURA LESVIA DO MÉDICO →		[Assinatura]																		
ESCORE ZERO: AVALIAR DE 6/6 HORAS - SEM ACONTOCAMENTO //		ESCORE 1: ACONTOCAMENTO ENFERMEIRO - AVALIAR DE 6/6 HORAS //																		
ESCORE 2: ACONTOCAMENTO MÉDICO - AVALIAR DE 1/1		ESCORE 3: ACONTOCAMENTO ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALIAR DE 2/2 HORAS //																		
ESCORE 4: ACONTOCAMENTO MÉDICO - AVALIAR DE 1/1		ESCORE 5: ACONTOCAMENTO MÉDICO E ENFERMEIRO - AVALIAR DE 3/3 HORAS //																		

A - Alerta. Olhos abertos, não necessariamente orientado // V - Responde a estímulo verbal com a voz ou com algum movimento // D - Responde a dor com voz ou com algum movimento // SR - Sem resposta. Não enche soro e não faz movimento.

[illegible]



HOSPITAL REGIONAL
Dr. Pontes Neto



QUIXERAMOBIM

50.970

DATA: 23/08/19

DN: 05/01/15

UNIDADE: C-E

LEITO: 56

PRONTUÁRIO:

HISTÓRIA		CONTROLE HEMODINÂMICO E ESCORE DE ALERTA PRECOCE													
PACIENTE: De Fco de Roibe															
PARÂMETROS															
SATURAÇÃO															
PRESSÃO ARTERIAL															
ESCALA DE DOR															
GLICEMIA															
EVACUAÇÕES															
PARÂMETROS															
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0	12-20													
	1	9-11													
	2	21-24													
	3	< 8 ou > 25													
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0	100 - 170													
	1	90 - 99													
	2	171 - 199													
	3	< 89 ou > 200													
FREQUÊNCIA CARDÍACA / PULSO	0	52-89													
	1	41 - 51													
	2	90 - 110													
	3	111 - 130													
TEMPERATURA	0	< 40 ou > 131													
	1	36 - 37.7													
	2	35.1 - 35.9													
	3	37.8 - 38.9													
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	0	< 35 ou > 39													
	1	A													
	2	V													
	3	SR													
SOMA TOTAL DE ESCORES →															
ASSINATURA LEGÍVEL DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM →															
ASSINATURA LEGÍVEL DO ENFERMEIRO →															
ASSINATURA LEGÍVEL DO MÉDICO →															
ESCORE ZERRO: AVALIAR DE 6/6 HORAS - SEM ACIONAMENTO // ESCORE 1: ACIONAR ENFERMEIRO - AVALIAR DE 6/6 HORAS // ESCORE 2: ACIONAR ENFERMEIRO OU MÉDICO - AVALIAR DE 4/4 HORAS // ESCORE 3: ACIONAR ENFERMEIRO E MÉDICO - AVALIAR DE 2/2 HORAS // ESCORE 4: ACIONAR MÉDICO - AVALIAR DE 1/1.															
A - Alerta. Olhos abertos, não necessariamente orientado // V - Responde a estímulo verbal com a voz ou com algum movimento // D - Responde a dor com voz ou com algum movimento // SR - Sem resposta. Não emite som e não faz movimento.															

Alto do Bouqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce

PLANTÃO DIURNO		PLANTÃO NOTURNO	
HORA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	HORA	
07:00	Recinto de 74 anos. Sonrente. Curado. Hipertensão. 2002.		
08:00	40. Prática de leve cama. 100%.		
09:00	100% Alente. 100%.		
10:00	Curado. 100%.		
11:00	100%.		
12:00	100%.		
13:00	100%.		
14:00	100%.		
15:00	100%.		
16:00	100%.		
17:00	100%.		
18:00	100%.		
19:00	100%.		
20:00	100%.		
21:00	100%.		
22:00	100%.		
23:00	100%.		
24:00	100%.		

80.970

CONTROLE HEMODINÂMICO - ESCORE DE ALERTA PRECOCE

UNIDADE: O.E. LEITO: 86 PRONTUÁRIO:

DATA: 22/08/19

DN: 06/01/19

PACIENTE: *João Francisco da Rocha*

PARÂMETROS	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA	HORA
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	0	12-20																
	1	9-11																
	2	21-24																
	3	< 8 ou > 25																
PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA	0	100-170																
	1	90-99																
	2	171-199																
	3	< 89 ou > 200																
FREQUÊNCIA CARDÍACA / PULSO	0	52-89																
	1	41-51																
	2	90-110																
	3	< 40 ou > 131																
TEMPERATURA	0	36-37.7																
	1	35.1-35.9																
	2	37.8-38.9																
	3	< 35 ou > 39																
ESTADO DE CONSCIÊNCIA	0	A																
	1	V																
	2	D																
	3	SR																
SOMA TOTAL DE ESCORES	0																	
	1																	
	2																	
	3																	
ASSINATURA LEGÍVEL DO TEC DE ENFERMAGEM	0																	
	1																	
	2																	
	3																	

Alto do Boúqueirão s/nFone: (88) 3441-4009 email: hospitalpontesneto@hotmail.com Quixeramobim-Ce



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



FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA - UNIDADE DE ATENDIMENTO 24HS

Classificação de risco

☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☐ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL
(ATEND. OBSTÉTRICO)

DATA: 07/06/2019

HORÁRIO: 09:33

ATENDIMENTO Nº: 69

DADOS DO PACIENTE:

NOME CIVIL: Jose Joao da Rocha

NOME SOCIAL: _____

SEXO: M DATA NASCIMENTO: 05/01/49 IDADE: 74 ESTADO CIVIL: Casado

MÃE: Belarmina Rocha Lima

SUS: _____

NATURALIDADE: Belém PROFISSÃO: Aposentado

ENDEREÇO: Sto. Isidoro BAIRRO: São Miguel

CIDADE: Belém ESTADO: PA TELEFONE: _____

ACIDENTE DE TRABALHO: SIM () NÃO ()

Francisca Renata Rocha
ASSINATURA PACIENTE / RESPONSÁVEL



PA: X mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

DEMANDA: _____

ENCAMINHAMENTO DO ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM:

- ☐ CONSULTA MÉDICA ☐ REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
☐ EIXO VERMELHO ☐ CONSULTA OBSTÉTRICA

ENFERMEIRA

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:	<p>ptA vítima de queda de mto com dor na pte D.</p>
PRESCRIÇÃO:	<p>① Rx. ② Voltar em 15 dias ③ Solicitar radiografia do Tronco torácico ④ Imobilizar</p> <p>   </p>
EVOLUÇÃO MÉDICA:	
EVOLUÇÃO MULTIPROFISSIONAL:	

DIREÇÃO GERAL

DIREÇÃO CLÍNICA

Dr. Marcelo Nunes Moraes
Médico
CREMEC: 19364

ASSINATURA / CARIMBO MÉDICO



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 06 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190629766

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50
Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau médio 50%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%	
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 =	R\$ 1.687,50

Recebedor: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000002843

Conta: 00000008531-7

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190629766

Vítima: JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Data do Acidente: 07/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: PAULO JOSE ALVES DE MORAIS

Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE FRANCISCO DA ROCHA

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 18/12/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para você

Pag. 00809/00810 - carta_08 - INVALIDEZ



Carta nº 15259349

SINISTRO 3190629766 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA JOSE FRANCISCO DA ROCHA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE****SEGURADORA S/A****BENEFICIÁRIO JOSE FRANCISCO DA ROCHA****CPF/CNPJ: 04523768315****Posição em 18-02-2020 16:04:27**

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/11/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Impresso nº 2019654516

Pag. 2 de 2

Impresso em: 17/05/2019 10:33:51

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 536 - 2944 / 2019****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 10:06:23**
 Data / Hora da Ocorrência: **07/06/2019 08:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **QUIXERAMOBIM/CE**
 Ponto de Referência:

Governo do Estado do Ceará
 Secretaria da Segurança Pública e
 Defesa Social - SSPDS
 Departamento de Polícia do Interior
 12ª RPC - DELEGACIA MUNICIPAL DE
 QUIXERAMOBIM - CEARÁ
 Fone: (88) 3441-0302

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOSE FRANCISCO DA ROCHA**Nascimento: **05/01/1945** CPF:CNH: **04150613472** Órgão Emissor:

UF:

Filiação: **BELARMINA ROCHA LIMA**
FRANCISCOLAURIANO ROCHA

Endereço: **SÍTIO SANTA ISABEL**Bairro: **DISTRITO DE SÃO MIGUEL**Município: **QUIXERAMOBIM/CE**País: **BRASIL**

Telefone:

CEP:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORZ7643** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:
9C2KC1670DR511271 Renavam: **549498451** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
 Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOSE FRANCISCO DA ROCHA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Relata a vítima que possui CNH de nº04150613472, que sua carteira de habilitação está vencida desde a data 31/07/2018; QUE na data citada estava se deslocando para a localidade de Santa Isabel na motocicleta de PLACA ORZ-7643 quando derrapou em uma pedra solta e o mesmo caiu ao solo; QUE por conta da queda o mesmo ficou sentindo dores no pé direito; QUE a vítima foi socorrido para Hospital Dr Pontes Neto pela pessoa de nome FRANCISCO EDNO DA ROCHA; QUE o mesmo foi atendido pelo médico DR MARCELO NUNES DE MORAES CREMEC 19364 como consta na ficha de atendimento nº69; QUE no referido hospital a vítima fez exame de RAIOS-X onde foi constatado que tinha sido quebrado a tibia do pé direito; QUE foi feita cirurgia e passou dois dias internado; QUE a vítima tem como testemunhas as pessoas de nome JOSE NACELIO REGO DE LIMA, RG Nº1892467-89, CPF Nº 693.481.973-04 e ALEXANDRE DE VASCONCELOS MARTINS RG Nº 99098112227, CPF nº891.391.783-15; QUE as declarações narradas neste Boletim de Ocorrência são de responsabilidade do declarante.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMOBIM

Governo do Estado do Ceará
 Secretaria da Segurança Pública e
 Defesa Social - SSPDS
 Departamento de Polícia do Interior
 12ª RPC - DELEGACIA MUNICIPAL DE
 QUIXERAMOBIM - CEARÁ
 Fone: (88) 3441-0302
 Pág. 1 de 2



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUIXERAMORIM
Impresso nº 2018654516



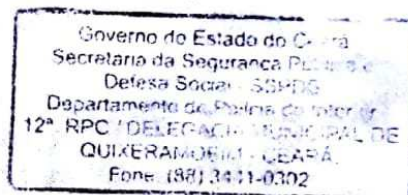
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 536 - 2944 / 2019

CARLOS CESAR DE OLIVEIRA PINHEIRO FILHO - MAT.: 30118812

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jose Francisco da Rocha

VISTO DO DELEGADO(A):

THIAGO TEIXEIRA SALGADO - MAT.: 30120116



Alexandre de Vasconcelos Martins ...
Jose Nacélio Rêgo de Lima



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixeramobim

1ª Vara da Comarca de Quixeramobim

Av. Dr Joaquim Fernandes, 670, Centro - CEP 63800-000, Fone: (88) 3441-1881, Quixeramobim-CE - E-mail: quixeramobim1@tjce.jus.br

DESPACHO

Processo nº: **0050602-78.2020.8.06.0154**
 Apensos: **Processos Apendos << Informação indisponível >>**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Obrigações de Fazer / Não Fazer**
 Requerente: **José Francisco da Rocha**
 Requerido: **Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro Dpvt S/A**

Plantão Extraordinário – Pandemia – Covid-19 (Resolução 313/2020 do CNJ).

Recebidos hoje.

Defiro o pedido de justiça gratuita até prova em contrário.

O art. 3º, § 2º aduz que o Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual de conflitos, é tanto que o art. 334, *caput*, do CPC traz a previsão que: "se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação". No entanto, no vertente caso, é cediço que, não é nem um pouco comum a realização de acordo sem a realização de perícia médica no autor da ação, portanto, tendo em vista que todos os sujeitos do processo devem cooperar entre si para que se obtenha, em tempo razoável, decisão de mérito justa e efetiva (art. 6º, CPC), **DETERMINO** a **CITAÇÃO** do promovido de todo o teor da petição inicial, salientando-o que o prazo para apresentação de contestação será de 15 (quinze) dias e a possibilidade de aplicação dos efeitos do art. 344, do CPC, caso não conteste no prazo legal.

Expedientes necessários.

Quixeramobim (CE), 13 de maio de 2020.

Rogaciano Bezerra Leite Neto

Juiz de Direito



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixeramobim

1ª Vara da Comarca de Quixeramobim

Av. Dr Joaquim Fernandes, 670, Centro - CEP 63800-000, Fone: (88) 3441-1881, Quixeramobim-CE - E-mail: quixeramobim1@tjce.jus.brQuixeramobim

PLANTÃO EXTRAORDINÁRIO- PANDEMIA- COVID-19

(RESOLUÇÃO Nº 313/2020 DO CNJ)

CARTA DE CITAÇÃO ON-LINE

Processo nº: **0050602-78.2020.8.06.0154**
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Obrigações de Fazer / Não Fazer**
 Requerente: **José Francisco da Rocha**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Prezado(a) Sr(a) Representante do(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Rogaciano Bezerra Leite Neto**, Juiz(a) de Direito da 1ª Vara da Comarca de Quixeramobim, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição, para compor a lide e contestar a presente sob pena de revelia e confissão, ficando advertida de que, não sendo contestada a ação, no prazo de **15 dias**, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte(s) autora(s).

Quixeramobim/CE, 18 de maio de 2020.

ANA MARCIA LEMOS DA SILVA
 Supervisora de Unid Judiciária



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Quixeramobim

1ª Vara da Comarca de Quixeramobim

Av. Dr Joaquim Fernandes, 670, Centro - CEP 63800-000, Fone: (88) 3441-1881, Quixeramobim-CE - E-mail: quixeramobim1@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº: **0050602-78.2020.8.06.0154**
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
 Classe: **Procedimento Comum**
 Assunto: **Obrigações de Fazer / Não Fazer**
 Requerente: **José Francisco da Rocha**
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICA-SE que em 18/05/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Plantão Extraordinário Pandemia Covid-19 (Resolução 313/2020 do CNJ). Recebidos hoje. Defiro o pedido de justiça gratuita até prova em contrário. O art. 3º, § 2º aduz que o Estado promoverá, sempre que possível, a solução consensual de conflitos, é tanto que o art. 334, caput, do CPC traz a previsão que: "se a petição inicial preencher os requisitos essenciais e não for o caso de improcedência liminar do pedido, o juiz designará audiência de conciliação ou de mediação". No entanto, no vertente caso, é cediço que, não é nem um pouco comum a realização de acordo sem a realização de perícia médica no autor da ação, portanto, tendo em vista que todos os sujeitos do processo devem cooperar entre si para que se obtenha, em tempo razoável, decisão de mérito justa e efetiva (art. 6º, CPC), DETERMINO a CITAÇÃO do promovido de todo o teor da petição inicial, salientando-o que o prazo para apresentação de contestação será de 15 (quinze) dias e a possibilidade de aplicação dos efeitos do art. 344, do CPC, caso não conteste no prazo legal. Expedientes necessários."

Quixeramobim/CE, 18 de maio de 2020.