



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Gabriel Marques de Sousa</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Estudante</i>	Carteira de Identidade: <i>2015093431-3</i>	
CPF nº: <i>083.441.413-97</i>	Residência: <i>Rua João Sidney Martins nº 94</i>		
Bairro: <i>Campo Verde</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ce</i>	CEP: <i>63700-970</i>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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 médicas, em nome do(a) outorgante, substabelecer com ou sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús - CE., 02 de Setembro de 2020

Gabriel Marques de Sousa
 (outorgante)



PREFEITURA MUNICIPAL DE CRATEÚS
GUARDA CIVIL MUNICIPAL
DEPT - DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE TRÂNSITO

BOLETIM DE ACIDENTE
DE TRÂNSITO

01 - NÚMERO
495/2019
 02 - FOLHA
01

609743

03 - RUA, AVENIDA, CRUZAMENTO, RODOVIA, KM, TRECHO DA RODOVIA EDILBERTO FEOTA/PE MOBRO		04 - MUNICÍPIO CRATEÚS		05 - UF CE	
06 - PRÓXIMO CRUZAMENTO, PONTE, PASSAGEM DE NÍVEL, ETC. LOJAS NOBRE LAR		07 - HORA DA OCORRÊNCIA 21:30	08 - ZONA RURAL URBANA ☐ RURAL ☒ URBANA	09 - DATA 10/11/2019	10 - DIA DA SEMANA SABADO
11 - CLASSIFICAÇÃO SEM VÍTIMA ☐ 1 COM VÍTIMA ☒ 3		13 - NATUREZA DO ACIDENTE ABALROAMENTO ☐ 1 ATROPELAMENTO ☐ 1 COLISÃO ☒ 3 TOMBAMENTO OU CAPOTAGEM ☐ 5 CHOQUE COM OBJETO FIXO ☐ 7 OUTRA (Especificar) ☐ 9		14 - TIPO DE PAVIMENTO ASFALTO ☒ 1 CONCRETO ☐ 3 PARALELEPÍPEDO ☐ 5 CASCALHO ☐ 7 TERRA ☐ 9 AREIA ☐ 2	
12 - Nº DE VÍTIMAS MORTOS ☐ 1 FERIDOS 102		15 - CONDIÇÕES DA VIA SECA ☒ 1 MOLHADA ☐ 3 OLEOSA ☐ 5 ENLAMEADA ☐ 7 DANIFICADA ☐ 9 EM OBRAS ☐ 2		15 - CONDIÇÕES DA VIA BOM ☒ 1 CHUVA ☐ 3 NEBLINA ☐ 5 GAROA ☐ 7	
17 - ENVOLVIDOS NO ACIDENTE (quantidade) Automóvel ou Camionete Excl. Taxi ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 TAXI ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 CAMINHÃO ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ÔNIBUS OU MICRO ÔNIBUS ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 MOTOCICLETA OU MOTONETA ☐ 1 ☒ 3 CICLOMOTOR ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3		18 - CONTROLE DO TRÁFEGO DAS RODOVIAS CURVA FECHADA ☐ 1 CURVA EM RAMPAS ☐ 9 TANGENTE EM NÍVEL ☐ 2 TANGENTE EM LOMBADA ☐ 2 CURVA EM NÍVEL ☐ 5 OUTRO ☒ 4 (especificar) PISTA ESTREITA ☐ 7 CRUZAMENTO			
19 - NOME EVERSON GOMES DA CRUZ		20 - SEXO ☒ M ☐ F		21 - NASCIMENTO 10/10/1977	
22 - ENDEREÇO ZONA RURAL (RATOS)		23 - 1ª HABILITAÇÃO 21911116		24 - CATEGORIA AB	
25 - PRONTUÁRIO Nº 6753946375		26 - UF BA		27 - EX MÉDICO EM DIA ☒ SIM ☐ NÃO	
28 - USAVA CINTO ☒ SIM ☐ NÃO		29 - USAVA CAPACETE ☒ SIM ☐ NÃO			
30 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3 ENCAMINHADO P/EXAME ☐ 5 ☒ 7		32 - AÇÃO DO CONDUTOR FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐ 11 DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐ 13 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15 EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19		31 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECER NO LOCAL ☐ 1 ☐ 3 ATENDEU A VÍTIMA ☐ 5 ☐ 7 EVADIU-SE ☐ 9 ☐ 2	
33 - NOME GABRIEL MARQUES DE SOUSA		34 - SEXO ☒ M ☐ F		35 - NASCIMENTO 11/11/1977	
36 - ENDEREÇO RUA JOÃO SIDNEY MARTINS Nº 94 (CAMPO VERDE)		37 - 1ª HABILITAÇÃO 21911116		38 - CATEGORIA AB	
39 - PRONTUÁRIO Nº 6753946375		40 - UF BA		41 - EX MÉDICO EM DIA ☒ SIM ☐ NÃO	
42 - USAVA CINTO ☒ SIM ☐ NÃO		43 - USAVA CAPACETE ☒ SIM ☐ NÃO			
44 - EXAME DE EMBRIAGUEZ ALCOÓLICA REALIZADO NO LOCAL ☐ 1 ☒ 3 ENCAMINHADO P/EXAME ☐ 5 ☒ 7		46 - AÇÃO DO CONDUTOR FORÇAR PASSAGEM RODOVIA ☐ 11 DESVIOU DE OBSTÁCULO ☐ 13 ULTRAPASSAGEM PROIBIDA OU INCORRETA ☐ 15 EXCESSO DE VELOCIDADE ☐ 17 CONTRAMÃO DE DIREÇÃO ☐ 19		45 - COMPORTAMENTO DO CONDUTOR PERMANECER NO LOCAL ☐ 1 ☐ 3 ATENDEU A VÍTIMA ☐ 5 ☐ 7 EVADIU-SE ☐ 9 ☐ 2	
47 - MARCA HONDA FAN 160		48 - ESPÉCIE PASSAGEIRO		49 - PLACA POB 5371	
50 - MUNICÍPIO CRATEÚS		51 - UF CE			
52 - NOME DO PROPRIETÁRIO		53 - ENDEREÇO			
54 - SEJURADORA		55 - BILHETE		56 - DATA DE EMISSÃO	
57 - DEFEITO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (especificar) ☐ 6					

VEÍCULO Nº 02	58 - MARCA HONDA - BIZZ		59 - ESPÉCIE PASSEIRO		60 - PLACA RNN 9243		61 - MUNICÍPIO CRATEUS		62 - UF CE			
	63 - NOME DO PROPRIETÁRIO					64 - ENDEREÇO						
	65 - SEGURADORA					66 - BILHETE			67 - DATA DE EMISSÃO			
68 - DEFEITO FAROL DIANTEIRO ☐ 1 LANTERNA TRASEIRA ☐ 3 LANTERNA DE FREIO ☐ 5 LIMPADOR DE PARA-BRISA ☐ 7 SETA DIRECIONAL ☐ 9 FREIO ☐ 2 PNEU GASTO ☐ 4 OUTRO (especificar) ☐ 6												
VÍTIMA Nº 01	69 - NOME EVERSON GOMES DA CRUZ						70 - SEXO ☐ M 1 ☐ F 3		71 - NASCIMENTO			
	72 - ENDEREÇO ZONA-RURAL (PATOS)						73 - FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☒ 3 FATAIS ☐ 5		74 - VIAJAVO NO VEÍCULO Nº 01 MOTO		75 - USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3	
	76 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5						77 - CONDUZIDA PARA HOSPITAL SÃO LUCAS					
VÍTIMA Nº 02	78 - NOME GABRIEL MARQUES DE SOUSA						79 - SEXO ☒ M 1 ☐ F 3		80 - NASCIMENTO			
	81 - ENDEREÇO R JOÃO SIDNEY MARTINS Nº 94						82 - FERIMENTOS LEVES ☐ 1 GRAVES ☒ 3 FATAIS ☐ 5		83 - VIAJAVO NO VEÍCULO Nº 02 MOTONETA		84 - USAVA CINTO SIM ☐ 1 NÃO ☐ 3	
	85 - CONDIÇÕES DA VÍTIMA CONDUTOR ☒ 1 PASSAG. ☐ 3 PEDESTRE ☐ 5						86 - CONDUZIDA PARA HOSPITAL SÃO LUCAS					
PEDESTRE	87 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS 2 FAIXAS DE ROLAMENTO ☐ 1 4 FAIXAS DE ROLAMENTO ☐ 3 CRUZ OU ENTRONC DE CE COM BR ☐				88 - ATRAVESSANDO AS RODOVIAS POR TRÁS DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 1 COM AUSÊNCIA DE VEÍCULO ESTACIONADO ☐ 3				89 - OUTRA CAMINHANDO AO LONGO DA CE ☐ 1 BRINCANDO NA CE ☐ 3 TRABALHANDO NA CE ☐ 5			
									SAINDO OU ENTRANDO EM VEÍCULO OUTRA (especificar) ☐ 7 ☐ 9			
TESTEMUNHAS	90 - NOME Nº						91 - SEXO ☐ M 1 ☐ F 3		92 - NASCIMENTO			
	93 - ENDEREÇO						94 - IDENTIDADE Nº		95 - ORGÃO EMISSOR		96 - UF	
TESTEMUNHAS	97 - NOME Nº						98 - SEXO ☐ M 1 ☐ F 3		99 - NASCIMENTO			
	100 - ENDEREÇO						101 - IDENTIDADE Nº		102 - ORGÃO EMISSOR		103 - UF	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS	104 - DIAGRAMA DO ACIDENTE 											
	105 - DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO ACIDENTE SEGUNDO RELATO DE POPULARES, O VEÍCULO 01 (MOTOCICLETA) TRAFEGAVA NA AV. EDILBERTO FREITA, NO SENTIDO CENTRO/BAIRRO. AO SE APROXIMAR DO CRUZAMENTO COM A RUA PE. MORENO, FOI SUBRENDIDO PELO VEÍCULO 02 (MOTONETA QUE EXECUTOU											
	UMA CONVERSÃO SEM A DEVIDA ATENÇÃO, VINDO A COLIDIR COM O MESMO, OCASIONANDO ASSIM O SINISTRO.											
RESPONSÁVEL	108 - NOME PAULO ROBERTO DE SOUSA						109 - FUNÇÃO AG. DE TRÂNSITO					
	58 - NOME		59 - ESPÉCIE		60 - PLACA		110 - ASSINATURA					
	111 - DATA 07/11/2019											
112 - HORÁRIO ACONTECIMENTO 21:30 H				113 - HORÁRIO DE CHEGADA AO LOCAL 21:35 HS				114 - HORÁRIO DE CONCLUSÃO DA OCORRÊNCIA 22:30 HS				



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Gabriel Marques de Sousa</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua João Sidney Martins nº 94</u>		Profissão: <u>Estudante</u>
CPF nº: <u>083.441.413-97</u>	RG nº: <u>2015093431-3</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Campo verde</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>
CEP: <u>63700-970</u>	Telefone:	

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., 02 de Setembro de 2020.

Gabriel Marques de Sousa

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO MINIMIA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
 Polegar Direito		REGISTRO GERAL 2015093431-3	
		DATA DE EXPEDIÇÃO 28/12/2018	
Assinatura do Titular <i>Gabriel Marques de Sousa</i>		NOME GABRIEL MARQUES DE SOUSA	
Assinatura do Emissor <i>Paulino Manoel de Souza</i>		FILIAÇÃO ANTONIA MARQUES DE SOUSA	
Assinatura do Emissor		NATURALIDADE CRATEÚS - CE	
Assinatura do Emissor		DATA DE NASCIMENTO 26/12/2000	
Assinatura do Emissor		DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 31071 FOLHA: 124	
Assinatura do Emissor		LIVRO: A-34 CRATEÚS - CE	
Assinatura do Emissor		CPF 083.441.413-97	
Assinatura do Emissor		2 VIA	
Assinatura do Emissor		P.: 36	
Assinatura do Emissor		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
Assinatura do Emissor		CONTRA	



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.813
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
 Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>Gabriel Monqueis de Sousa</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua João Sidney Martins nº 94</u>		Profissão: <u>Estudante</u>
CPF nº: <u>083.441.413-97</u>	RG nº: <u>2015093431-3</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Campo Verde</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>
CEP: <u>63.700-970</u>	Telefone:	

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., 12 de Setembro de 2020.

Gabriel Monqueis de Sousa
 (declarante)

Nº do Cliente: 1661398

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

Conta de Energia Elétrica - Grupo B | Série Única | Nº: 023056442

Rota: CT006U04 - 138500
 Nome: DAMIAO PEREIRA DE SOUZA
 Endereço: RU JOAO SIDNEY MARTINS, 00094, CAMPO VERDE, 63700-970, CRATEUS
 Classificação: Residencial Pleno
 Modalidade Tarifária: B1 RESIDENCIAL
 Ligação: Monofásico

Referência: 10/2019

Emissão: 09/10/2019
 Medidor: 1842448-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO
 86F5DC720AD5CF16C38EA95ACA320C21

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 29 dias
 Anterior: 10/09/2019 Atual: 09/10/2019 Próxima prevista: 11/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	16.092	15.799	1.00	93	90	94	0,72645	67,56

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	6,73
CONSUMO	0,72645	67,56
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00613	0,57
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03753	3,49

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	71,62	27,00	19,33
PIS	71,62	0,03	0,01
COFINS	71,62	0,14	0,08

VENCIMENTO 10/11/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 78,35

CONSUMO CONSCIENTE

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

Emitido kg (CO₂): 36,30 Compensado kg (CO₂): 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂): 0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Periodos: Band. Tarif.: Vermelha : 11/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 09/10

SINISTRO 3200146011 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** GABRIEL MARQUES DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Plataforma Digital SL**BENEFICIÁRIO** GABRIEL MARQUES DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 08344141397**Posição em 03-09-2020 09:49:52**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/05/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
30/06/2020	R\$ 168,75	R\$ 0,00	R\$ 168,75



SAOCAMILO

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

fls. 16

Impressão: 07/12/2019 22:35

Página

v20190

Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atend.	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
088157	0004	GABRIEL MARQUES DE SOUSA	706200061057160	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
Identidade: 20150934313			Solteiro(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local		Idade	
26/12/2000	CRATEUS/CE		18 Ano(s)	
Pai	Mãe			
NC	ANTONIA MARQUES DE SOUSA			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
RUA JOAO SIDNEI MARTINS, 94	CAMPO VERDE	63701-235	CRATEUS	CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone	
			88 94141608	
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
MARIA IVONETE SOARES DE FRAN		RUA JOAO SIDNEI MARTINS, 94	CRATEUS	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
07/12/2019	22:18	SUS		
Profissional do Atendimento	CRM/UF	Tipo Atendimento		
KLENIO CLECIO LOPES MELO	19079/CE	CONSULTA COM OBSERVACAO		
Indicador de Acidente	Funcionário			
	WILMA SABOIA LOIOLA			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída		
	07/12/2019 22:35	Alta clínica		

Sinais Vitais

Temperatura (oC)	Frequência Cardíaca (bpm)	Frequência Respiratória (ipm)	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)	Peso (kg)	Altura (cm)	Oximetria (mmHg)	Glicemia (mg/dL)
36,50	100	22	160	80			100	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AMARELO Data e Hora: 07/12/2019 22:14

Responsável pela Classificação: FRANCISCA GLEICIANE

Relatório:

Paciente dá entrada no serviço com relato de acidente de trânsito (moto), com uso de capacete. Apresenta MID com deformidade. Nega alergia medicamentosa e comorbidades.

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

07/12/2019 22:35:35h Responsável: KLENIO CLECIO LOPES MELO CRM-CE 19079
 PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO OM TRAUMA EM PERNA DIREITA
 AO EXAME: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA

CD: OBS

DIETA ZERO ATÉ SGEUNDA ORDEM ✓

RX DE PERNA DIREITA URGENTE ✓

CEFALOTINA 1G + 10ML ADEV AGORA 22:20 ✓

GENTAMICINA 01 + 100ML SF 0,9% EV 22:20 ✓

DIMORF 01FA + 100ML SF 0,9% EV 22:20 ✓

AVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA APÓS REALIZAÇÃO DE RX ✓

CRM MEC: 19079

Médico

Dr. Klenio C. Lopes Melo

KLENIO CLECIO LOPES MELO - CRM: 19079

X Antonio Marques de Sousa
 Assinatura Paciente/Responsável
 Responsável: MARIA IVONETE SOARES D

Ho:

Data de Int: 08/12/2019 Dt de Nasc: 26/12/2000

Convênio: SUS Prontuário: 008157

Município: CRATEUS-CE

ADMIN Nome da Mãe: ANTONIA MARQUES DE SOUSA

FOLHA DE EVOLUÇÃO

NOME: Gabriel Marques de Sousa.

PRONTUÁRIO: 88157.

POSTO: Uro

LEITO: Cama 1

DATA	
07.12.19	às 22:30, paciente é admitido neste setor para tratamento clínico/traumatológico, da entrada com a SAMU, após acidente motociclistico (sic), com capacidade, nega ingestão de bebida alcoólica. Portador de Depressão, tendo uso contínuo de Amitril e Fluoxetina, com históricos de surto psicótico há cerca de 3 meses. No momento calma, com sono e repouso preservados. Relata ainda tabagismo e históricos familiar de CA. Sem queixas algicas. Ao exame: Consciente, orientado, contactante, acamado no momento, cabeça e pescoço sem alterações, olhos simétricos, escleras anictéricas, mucosa normacorada, pupilas isotéricas, anictéricas, acináticas, afibril, supnico em ar ambiente com MV presente na ausculta, não evidenciado tosse, normocardio, hipertensão com RCR 2T BNF S/S, AVP no braço (D) válidos, funcionando, sem sinais flogísticos. Acitando a dieta domiciliar, orientado a dieta zero, apresentando abdômen plano, RHA+, gláido e indolor à palpação, com eliminações fisiológicas presentes. Extremidades com boa perfusão, apresentando múltiplas escoriações, fratura exposta em perna (D), imobilizada. Aguarda avaliação traumalógica. Segue aos cuidados da enfermagem.

ENFERMEIRA
COREN/CE 511.406



DADOS DO PACIENTE

Nome GABRIEL MARQUES DE SOUSA				Prontuário/Atendimento 088157/0006	
Nascimento 26/12/2000	Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil		Idade 18 Ano(s)
Sexo Masculino	Raça/Cor Branca	Etnia	Estado Civil Solteiro(a)	Religião NÃO DETERMINADA	
Documento(s) Identidade: 20150934313			CNS 70.6200.061.0571-60		
Endereço RUA JOAO SIDNEI MARTINS		Nº 94	Bairro CAMPO VERDE	Município CRATEUS-CE	CEP 63701-235
Fone (88) 9414-1608	Profissão	Empresa		Fone Empresa	
Responsável MARIA IVONETE SOARES DE FRANCA			CPF do Responsável		Fone Responsável
Endereço Responsável			Cônjuge		
Mãe ANTONIA MARQUES DE SOUSA			Pai NC		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 08/12/2019 09:16	Quarto/Leito 057-0004	Aposento ENFERMARIA	Clinica CIRURGICA	Setor INTERNACAO - PS	
Convênio SUS	Matrícula		Autorização	Dias 0	Guia
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA				CRM 6945	
CID Principal S82.2 Fratura da diáfise da tibia			CID Complementar S82.2 Fratura da diáfise da tibia		
Observação					
Usuário MARAIZA VIEIRA BARBOSA		Procedimento SUS			Sisprenatal
Data Saída	Hora	Condição da Saída		Usuário Saída	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

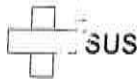
Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores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

CRATEUS, 8 de dezembro de 2019.

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: MARAIZA VIEIRA BARBOSA

Maraiza Vieira Barbosa
Assinatura do responsável



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 19

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL SAO LUCAS

2 - CNES

2481073

4 - CNES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

GABRIEL MARQUES DE SOUSA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

88157

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

70.6200.061.0571-60

8 - DATA DE NASCIMENTO

26/12/2000

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

01 - Branca

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE

ANTONIA MARQUES DE SOUSA

12 - TELEFONE DE CONTATO

(88) 9414-1608

14 - TELEFONE DE CONTATO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

MARIA IVONETE SOARES DE FRANCA

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOAO SIDNEI MARTINS, 94, CAMPO VERDE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

CRATEUS

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2304103

18 - UF

CE

19 - CEP

63701-235

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO OM TRAUMA EM PERNA DIREITA
AO EXAME: FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

risco de complicação

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

S82.2 Fratura da diáfise da tíbia

24 - CID 10 PRINCIPAL

S822

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S822

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408050500

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

Eletivo

31 - DOCUMENTO

(X) CNS () CPF

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

209573277350004

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JAMIL SANCHES JORQUEIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

07/12/2019

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO

() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dados Clínicos - Enfermagem

Paciente	GABRIEL MARQUES DE SOUSA			Prontuário	088157/0006
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe			
26/12/2000	18 Ano(s)	ANTONIA MARQUES DE SOUSA			
Data Internação	Aposento		Quarto/Leito	007/0003	
08/12/2019	ENFERMARIA				
Profissional Responsável			CRM	6945	
JAMIL SANCHES JORQUEIRA					
Convênio	Setor	Especialidade			
SUS	CLINICA CIRURGICA	CIRURGICA			
Diagnóstico	S82.2 Fratura da diáfise da tíbia S82.2 Fratura da diáfise da tíbia				

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 13/12/2019 08:00:40

REALIZADO ITEM 05 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE ORIENTADO QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

Jessica Kelly S. Lima
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

RESPONSÁVEL: TE: JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 13/12/2019 10:00:28

REALIZADO ITEM 03,04 DA PRESCRIÇÃO MÉDICA APÓS PACIENTE ORIENTADO QUANTO A MEDICAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO, SEM INTERCORRÊNCIAS.

Jessica Kelly S. Lima
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

RESPONSÁVEL: TE: JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

ANOTAÇÃO DE ENFERMAGEM - 13/12/2019 10:50:12

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

ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL:

VITORIA CESAR MOTA

Jessica Kelly S. Lima
TEC. ENFERMAGEM
COREN-CE 723423

RESPONSÁVEL: TE: JESSICA KELLY SILVA LIMA - COREN-CE 723423

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

Resumo/Sumário de alta

Paciente	GABRIEL MARQUES DE SOUSA			Prontuário	088157
Data de Nascimento	26/12/2000	Nome da Mãe	ANTONIA MARQUES DE SOUSA		
Idade	18 Ano(s)	Convênio	SUS	Data da Internação	08/12/2019
Sector	CLINICA CIRURGICA	Aposento	ENFERMARIA	Leito	007 - 0003
Profissional Responsável	JAMIL SANCHES JORQUEIRA			CRM	6945
Diagnóstico Principal	S82.2 Fratura da diáfise da tibia			Diagnóstico Secundário	S82.2 Fratura da diáfise da tibia
Data da Alta	13/12/2019	Hora da Alta	09:32		

Motivo da Internação:

FRATUA EXPOSTA DA TIBIA D

Conduta / Tratamento Realizado:

TTO CIRURGICO COM FIXADOR EXTERNO

Exames Realizados:

RX TIBIA - TARCICA

Plano Pós-Alta:

Tipo de Saída:

ALTA COM PREVISAO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

Jamil S. Jorquera
CRM 6945
Ort. Traumatologia

RESPONSÁVEL: JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM-CE 6945

VITÓRIA CESAR

Assinatura Paciente/Responsável

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

CHECK-LIST DE CIRURGIA SEGURA

Data da Int: 08/12/2019 Dt de Nasc: 26/12/2000
 Convênio: SUS Prontuário: 088157
 Município: CRATEUS-CE
 Nome da Mãe: ANTONIA MARQUES DE SOUSA

DATA 08/12/19

DATA DO INTERVENCIMENTO

1. ADMISSÃO (Equipe de enfermagem)	2. ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA (Item 2, 3 e 4 serão preenchidos pelo circulante)
1.1 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira	2.1 () Origem do encaminhamento
1.2 Cirurgia proposta: <u>Trauma em M.D.</u>	() Clínica Cirúrgica () Clínica Médica
1.3 (X) Avaliar jejum hora <u>20:00</u> Data <u>07/12/19</u>	() Clínica Pediátrica () Maternidade
1.4 Exames recebidos: () Laboratoriais () ECG (X) RX () TC	() Semi-intensiva (X) Urgência () observações
() US () RMN () Ficha de internamento	2.2 (X) Confirmar identificação no prontuário ou pulseira
1.5 (X) Termos de consentimentos (cirúrgico, Anestésico, Amputação hemotransfusão)	2.3 () Tipo de procedimento:
1.6 Reserva de hemoderivados	() Agendamento (X) Urgência/Emergência
() Sim (X) Não se aplica	2.4 (X) Termos de Consentimento (Cirúrgico, Anestésico, Amputação, Hemotransfusão
1.7 (X) Retirar pulseiras, brincos, próteses, esmalte, etc...	2.5 () local da Cirurgia? <u>Tibia D'</u>
1.8 () Realizado tricotomia	2.6 Alergia (X) Não () Sim Qual?
() Sim (X) Não se aplica	2.7 via aérea difícil, Risco de aspiração, uso de prótese?
1.9 (X) Vestimento adequado (camisola)	(X) Não () Sim e há equipamento disponível
1.10 Alergia (X) Não () Sim Qual?	2.8 Risco de perda Sanguínea >500 ml?
1.11 (X) Acesso venoso com boa infusão <u>MSE</u>	(X) Não () Sim, planejamento para fluidos
1.12 Uso de Medicação Anticoagulante (X) Não () Sim data <u>1</u>	2.9 Reserva de Hemoderivados () Sim (X) Não se aplica
Assinatura do responsável: <u>Lilza Aparecida Souza de Freitas</u>	2.10 () Demarcar lateralidade () Não se aplica
TEC DE ENFERMAGEM	<u>NÃO DEMARCAR</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?
3.4 (X) Confirmar com anestesia (Há alguma preocupação específica?)	4.3 Contagem manual:
3.5 A lateralidade está adequadamente marcada	Compressas Entregue: <u>35</u> + + + conferida: <u>15</u>
() Sim () Não se aplica <u>NÃO DEMARCAR</u>	Instrumentais Entregue: <u>27</u> + + + conferida: <u>27</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> + <u>04</u> + conferida: <u>03</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
() Sim () Não se aplica	4.5 Houve utilização de hemocomponentes no transoperatório?
3.10 O antibiótico foi administrado?	(X) Não () Sim Qual?
(X) Sim () Não se aplica	4.6 Houve algum problema com equipamento que deve ser resolvido?
	(X) Não () Sim Qual?

Assinatura do Responsável:
gru Simony de Araújo Lima Freire
 ENFERMEIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 03/09/2020 às 14:02:10. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050898-61.2020.8.06.0070 e código 72EB13A.

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO

Paciente: GABRIEL MARQUES DE SOUSA fls. 23
Data da Int: 08/12/2019 Dt de Nasc: 26/12/2000
Convênio: SUS Prontuário: 088157
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: ANTONIA MARQUES DE SOUSA

Admissão: 08/12/19 Horas: 08:30 Cirurgia Proposta:
Observação: P.A. = 120/60 mmHg P = 97 bpm, R = 19 mmHg T = 36,7 SPO₂ = 97%

Medicação pré-anestésica: ☒ Não ☐ Sim Qual

Anestesista: Dr. Amilton Tipo de Anestesia: ☒ Raquidiana ☐ Geral ☐ Local

☐ Bloqueio Anestésico; ☐ Sedação

Início da anestesia 09:47 Sala: 2

Cirurgião: Dr. Jamir 1º Auxiliar: Instrumentador(a) Diane /

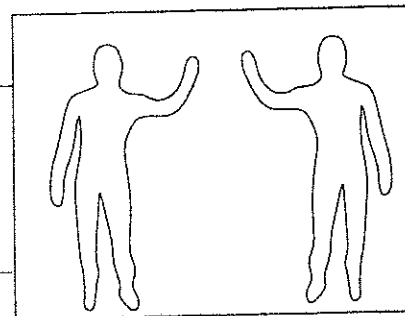
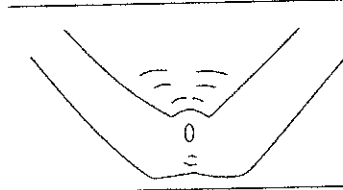
Início da Cirurgia: 10:00 Término da Cirurgia 10:53

Posição do paciente: ☒ Dorsal ☐ Ginecológica ☐ Ventral ☐ Lateral

☐ Outra:

Soluções Antissépticas:

- ☒ Clorhexidina Degermante Localização de:
☐ Iodopolidona Degermante ☐ o) Eletrodos
☐ Iodopolidona Tópico ☐ --) Incisão Cirúrgica
☐ Álcool iodado ☐ =) placa de Bisturi
☐ Álcool 70% ☐ #) 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 ☐ Laboratorial ☐

Cirurgia Realizada: Fixação externa de fratura de tíbia (L)

Encaminhamento às 11:55 Para: RPA

- com: ☒ Curativo-Tipo Bandagem ☐ Tubo Endotraqueal
☐ Dreno ☐ Sonda Vesical
☐ Imobilizador ☐ Tampão
☐ Cateter de Oxigênio O2 ☐ Bolsa de Colostomia
☐ Cateter venoso central ☐ Outros
☒ Cateter venoso periférico ☐ Outros

Observação: Paciente monitorizada PA - 121x65 mmHg P - 92 bpm SPO₂ - 98%, sem
uso de medicação, não houve anestesia
At 10:53M Término do procedimento, sem intercorrências P-94
SPo₂ 98%. PA 127x65 mmHg

Assinatura: Antônio Lima Freire
FARMACEUTICA