

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE: MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº. 2017198650-9 emitido por SSP-CE, inscrito no CPF sob o nº. 046.500.393-12, residente e domiciliado na Rua Honorina Moreira Lima, nº. 152, Centro, município de Quiterianópolis/CE, CEP nº 63.650-000.

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**, inclusive pedido de Alvará Judicial, 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, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

QUITERIANOPOLIS/CE, 29 de MAIO de 2020.



Assinatura do(a) Outorgante

Francisco Adriano Oliveira Macedo

Nome: FRANCISCO ADRIANO OLIVEIRA MACEDO
RG: 3268847-98 SSP-CE e CPF nº. 898.473.183-87
Assinatura de quem assina a rogo pelo(a) outorgante

ASSINATURA DAS TESTEMUNHAS

Júlio César Mourao dos Santos

Nome: JÚLIO CEZAR MOURAO DOS SANTOS
RG: 2004015055373 SSP-CE e CPF nº. 013.414.933-50

Francisco Lucas Mourao dos Santos

Nome: FRANCISCO LUCAS MOURAO DOS SANTOS
RG: 20090567301 SSP-CE e CPF nº. 071.835.953-40

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

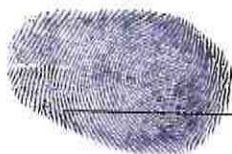
DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Manoel Jordão Gonçalves Cavalcante</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Rua Honorina Mourão Lima nº152</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>046.500-393-12</u>	RG nº: <u>2047198650-9</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Quiterianoópolis</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>
CEP: <u>63650-000</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., 12 de Agosto de 2020.



Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL

Polígrafo Direto

Não Alfabetizado(a)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CEARÁ 2017198650 - 9 DATA DE EXPEDIÇÃO 26/09/2017

NOME MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE

FILIAÇÃO FRANCISCO GONÇALVES GRACIA MARIA CAVALCANTE GRACIA

NATURALIDADE INDEPENDÊNCIA - CE DATA DE NASCIMENTO 25/05/1993

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: COUTINHO TERMO: 2230 FOLHA: 130822020083

LIVRO: A-03 INDEPENDÊNCIA - CE

CPF 046.500.393-12 RG: AMT: 3492

1 VIA

Assinatura do Diretor

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

32 000 275 81

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE

End.: RUA ANDRINA

DOM FRAGOSO: QUIETIANÓPOLIS-CE; CEP: 63650000

Dt Nasc: 25/05/1993 MA

Contribuição Voluntária: Uma opção de atendimento de consultas, exames e internações sem burocracia, rápida, que a Santa Casa de Sobral lhe oferece.

Informações:

Santa Casa: (88) 3112.0548 - 3112.0595

Ministério da Fazenda

Receita Federal

CPF

046.500.393-12

Nome

MANOEL JORDÃO GONÇALVES CAVALCANTE

Nascimento

25/05/1993



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

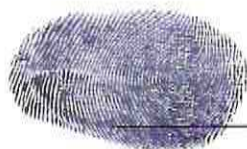
End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: derany.santos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: <u>Manoel Jacobino Gonçalves Covalcante</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Residência: <u>Rua Honorina Moura Lima nº 252</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>046.500.343-22</u>	RG nº: <u>2017198650-9</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Quiterionópolis</u>	Estado/UF: <u>Ce</u>
CEP: <u>63650-000</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 Agosto de 2020.



(declarante)

Nº do Cliente: 780818

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº: 045005832

Rota QP019U08 - 1780 Referência 12/2019

Nome MARIA CAVALCANTE GARCIA

Endereço RU HONORINA MOREIRA LIMA, 00152, CENTRO, 63650-000, QUITERIANOPOLIS

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 28/12/2019

Medidor 950851-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO: A01997C7A73607FA057F222A0F0BA1

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F. 31 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
27/11/2019	28/12/2019	28/01/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	30.196	30.042	1,00	154	00	154	0,75338	116,02

DADOS DO FATURAMENTO

DESCRIÇÃO	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	10,20
CONSUMO	0,75338	116,02
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,01708	2,63
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,00558	0,86
COB SEGURO SUPER 3 + 1 - PRAT 0800 6000560	-	4,15

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	119,51	27,00	32,27
PIS	119,51	0,49	0,57
COFINS	119,51	2,24	2,68

VENCIMENTO	06/01/2020	TOTAL A PAGAR (R\$)	133,86
-------------------	-------------------	----------------------------	---------------

CONSUMO CONSCIENTE	CPF/CNPJ 849.689.153-49
EMISSIONES DE CO ₂ (kg/kWh) Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	0,00%
Emitido kg (CO ₂)	60,12
Compensado kg (CO ₂)	0,00
Consciência Ecológica (%CO ₂)	0,00%

PERÍODOS DE PAGAMENTO

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 28/11 - 30/11 Amarela : 01/12 - 28/12

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MÊS TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

SINISTRO 3200027581 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compre

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE**CPF/CNPJ:** 04650039312**Posição em 12-08-2020 14:39:24**

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
18/02/2020	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANÓPOLIS
Impresso nº 2019907317

fls. 14

FLS.

RUBRICA
AUTORIDADE POLÍCIA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 538 - 553 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/12/2019 14:33:59**
Data / Hora da Ocorrência: **08/01/2019 09:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV LAURINDO GOMES, CENTRO - QUITERIANÓPOLIS/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **MANOEL JORDAO GONÇALVES CAVALCANTE**
Nascimento: **25/05/1983** CPF: **046.500.393-12**
REGISTRO CIVIL: **2230** Orgão Emissor: **CARTORIO**
Filiação: **MARIA CAVALCANTE GRACIA**
FRANCISCO GONÇALVES GRACIA
Endereço: **RUA ONORINA MOREIRA LIMA**
Bairro: **CENTRO** CEP:
Município: **QUITERIANÓPOLIS/CE** Telefone:
País: **BRASIL**

UF: **CE**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORR6171** Uf: **CE** Município: **QUITERIANÓPOLIS** Chassi: **9C2KD0550DR206593** Renavam: **506303969** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano: **2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERDE** Proprietário: **ABIMAE CAVALCANTE NUNES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante compareceu a esta Delegacia de Polícia e narra que: sofreu acidente quando estava pilotando a MOTO HONDA/NXR 150 BROS ES, ANO DE FABRICAÇÃO 2012 E MODELO 2013, DE COR VERDE, COM PLACA ORR6171/CE, MOTO ESTA DE PROPRIEDADE DE ABIMAE CAVALCANTE NUNES, por volta das 09:00h do dia 08/01/2019, quando na avenida Laurindo Gomes, centro de Quiterianópolis, em decorrência de dois carros atravessarem a avenida e este colidiu sua motocicleta contra os animais QUE bateu no meio fio da avenida e caiu; QUE chocou-se contra o asfalto; QUE bateu sua cabeça; QUE ficou desacordado por quatro dias; QUE soube que foi socorrido por EVA SOARES, sendo encaminhada para a Maternidade de Quiterianópolis, local onde recebeu os primeiros atendimentos; QUE DEVIDO AOS FERIMENTOS FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA DE SOBRAL; QUE TEVE FRATURA NO FÊMUR DA PERNA ESQUERDA E BATEU FORTE A CABEÇA; QUE FICOU QUATRO DIAS DESACORDADO; QUE FEZ CIRURGIA NO FÊMUR; APÓS UM MÊS INTERNADO NA SANTA CASA DE SOBRAL; QUE APÓS RECEBER ALTA FICOU CERCA DE QUATRO MESES DE CADEIRA DE RODAS; QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS: ANTONIO GLEIVANILSON LOIC, RESIDENTE NA AVENIDA LAURINDO GOMES, 669, BAIRRO CENTRO, QUITERIANÓPOLIS-CE E EVA SOARES MOTA CAVALCANTE, RESIDENTE NA

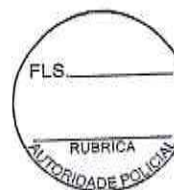
9 MAB

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ABIMAE CAVALCANTE NUNES, sob o número 00309598320208060171. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pagAbrilConferenciaDocumento.do, informe o processo 0030959-83.2020.8.06.0171 e código 70F9705.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANÓPOLIS
Impresso nº 2019907317

fls. 15



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 538 - 553 / 2019

RUA HONORINA MOREIRA LIMA Nº 204, BAIRRO CENTRO DE QUITERIANÓPOLIS-CE; E NADA MAIS DISSE;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE QUITERIANÓPOLIS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO JURACI ALVES DA SILVA - MAT.: 30119849

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

KARINA ALBUQUERQUE BATISTA - MAT.: 30125951

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 13/08/2020 às 15:47, sob o número 0030959-83.2020.8.06.0171 e código 70F9705. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0030959-83.2020.8.06.0171 e código 70F9705.

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

Nº _____

Data: 08 / 01 / 20

1º IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Manoel Jordão Gonçalves Cavalcante

Pai: Francisco Gonçalves Graça

Mãe: Maura Cavalcante Graça

CNS: _____ Sexo: M Data do Nasc. 25.05.83 Idade: 35a

Est. Civil: _____ RG: 2017198650-9 CPF: _____

Profissão: _____ Cidade: Quiterianópolis

Endereço: _____

2. Sinais e Sintomas: Paciente relata de queda de peso nos últimos 6 meses. Chaga
Inconsuete, com sinais de TCE frontalmente, pupila esquerda emido-fixa,
Resspirando espontaneamente, ausculta pulmonar sem alterações, sem cianose

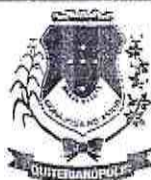
3. Diagnóstico: avultado cordão. Abdomen rígido, prêmios mm.ii com pulsos amplos
e palpáveis e aparente fratura à esquerda.

4. Conduta: 1 SEDS 1200 ml IV q8h
2 Zampelo de dextre in bolus
3 Imobilização do membro
4 Encaminhado para avaliação neurológica

Ass. do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Hospital e Maternidade
Quiterianópolis de Lima
CNPJ: 11.556.523/0001-07
Quiterianópolis - CE
Waldemar



Prefeitura de
QUITERIANÓPOLIS
FAZENDO MUITO MAIS
Secretaria de Saúde do Município

RECEITUÁRIO MÉDICO

Nome: MANOEL MORAÑO GONÇALVES CAVALCANTE

DECLARAÇÃO

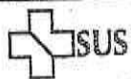
DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, QUE O
PACIENTE ACIMA CITADO REALIZOU TRATA-
MENTO NESTA UNIDADE PARA TRATAR
DE UMA FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO,
COM TRATAMENTO CONSERVADOR, APRESEN-
TAVA RIGIDEZ ARTICULAR, EDEMA, DOR,
CLAUDICAÇÃO. O MESMO TINHA DIFICUL-
DADE PARA SE LOCOMOVER PARA A UNIDA-
DE PARA REALIZAR O TRATAMENTO.
AINDA APRESENTA SEQUELAS IMPOSSIBI-
LITANDO DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES
DE VIDA DIÁRIA.

14/01/2020
DATA

Manoel Gonçalves Vieira
Fisioterapeuta
CRM 123456-F

Assinatura CRM - CRO

COMBATE A DENGUE É UM DEVER MEU, SEU E DE TODOS!



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 18

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

4 - CNES
3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

ATEND.: 5416358 DT. ATEND.: 09/01/2019 - 03:22
MATRI.: 956319 NASCIMENTO.: 25/05/1983
NOME.: MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE
MAE.: MARIA CAVALCANTE GRACIA
CPF.: 04650039312 CNS: 164176408770004 SUSFACIL:
ENDER.: RUA ANDRINA
BAIRRO: DOM FRAGOSO - QUITERIANOPOLIS -CE- CEP: 6365

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR
12 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
18 - UF
19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente 35a, vítima de acidente de moto,
apresentou fratura da diáfise do fêmur
esquerdo. Necessita de procedimento cirúrgico.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Amniotese + Exame físico

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COMO ORIGINAL

Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura da diáfise do fêmur esquerdo

24 - CID 10 PRINCIPAL, 25 - CID 10 SECUND., 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Internação Hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
041151031004B

29 - CLÍNICA
03

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
02

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
João Paulo Laimbores

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
09/01/19

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. João Paulo Laimbores
CRM: 3532-5/01-123

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Eveline Iara Araújo Costa Frota
Médica Autógrafa - Demasus - Sobral - Ce

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Dr. Cadmo Sílton Andrade Portella
CRM: 4771 - Médico Autorizador

29 MAIO 2019
CRM: 18594
CPF: 043.954.963-27

Nome: Manoel Jordao Goncalves Cavalcante
Idade: 35 Anos 7 Meses 21 Dias
Internação: 09/01/19 03:22 Às 15/01/19 10:20
Tempo de Permanência: 6 Dias
Setor: Uf Neurologia - Mons Eufrasio

Matrícula: 956319

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Vítima de queda de moto no dia 08/01/19 após abuso de álcool, inconsciente, com sinais de traumatismo craniano, pupila esquerda menos reagente em relação a direita, sem imobilização cervical. Deu entrada no setor emergência do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Sobral no dia 09/01/19. Apresentando membro inferior esquerdo rodado e coxa edemaciada e lesão sangrante. Ainda no mesmo dia realizou uma tomografia de crânio onde evidenciou-se fratura temporal direita, fratura de rochedo a direita e contusão temporal direita [avaliado pelo médico Keven Ponte]. No dia 10/01/19 realizou um raio X de pelve No dia 11/01/19 realizou mais uma tomografia de crânio onde o resultado foi estável em relação ao exame anterior [avaliado pelo médico Cláudio Henrique]. Evoluiu calmo, sonolento, sem queixas. Durante o período de internação ficou sob os cuidados de enfermagem como controle de medicamentos, controle da dieta prescrita, sinais vitais, orientação, transferência, monitorização neurológica e curativos. Após reavaliação, foi indiciado alta hospitalar.

CONDIÇÃO CLÍNICA NA ALTA HOSPITALAR

Encontra-se calmo, sonolento, em ar ambiente, aceitando dieta prescrita. Murmúrios vesiculares presentes e sem alterações. Ruídos hidroaéreos presentes. Eliminações vesicais e intestinais presentes. Ausência de febre ou sensibilidade na região afetada. Curativo oclusivo feito em perna esquerda, sem sinais de infecção. Com prescrição médica de fenitoína e tylex. Capaz de repetir dosagem e horários adequados. Sinais e sintomas de infecção repetidos e necessidade de relatá-los a um profissional de saúde. Orientado a realizar higiene oral e corporal como de costume e a evitar esforços e levantar peso com mais de 5 kg enquanto estiver de atestado. Informado quanto a consulta de retorno com o médico responsável. Paciente recebeu cópia deste relatório. Acompanhado da esposa. Assistido ao deixar o setor, sem acontecimentos incomuns.

SSVV: PA: 120X80 MMHG; P: 80 BPM; R: 20 RPM; TAX: 36.4°C.

RECOMENDAÇÕES

Realizar higiene oral e corporal;
Prevenir quedas;
Em caso de urgência, procurar o serviço de saúde mais próximo;
Retorno com o médico Keven Ponte no dia 15/03/19 as 14hrs no ambulatório da Santa Casa;
Tomar medicações conforme prescrição médica

DIAGNÓSTICO FINAL

Traumatismo Crânio-Encefálico Conservador

Sobral, 15 de Janeiro de 2019

Ana Carolina De Sousa Albuquerque
COREN:354740

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
 MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
 Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data.....: 30/01/2020

Hora.....: 11:51

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 351767

Paciente : 956319

Convênio Atend. : 1

Leito : 1147

Dt. Início :

Cid Pré-Operatório : T07

Cid Pós-Operatório : T07

Sala : 0004 SALA 04

MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE

SUS - SIH

LEITO 17-3 - C.S.SAO JOAQUIM

Dt. Fim :

Atendimento : 5416358

Carteira :

Idade : 35 Anos 5 Dias 11 Horas

TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Procedimentos

Procedimento: 0408050519

Convênio: 001

Anestesia: 05

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

SUS - SIH

BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA

CIRURGIAO

1. AUXILIAR

4524 RICARDO REGIS AGUIAR MONTALVERNE

9892 JOAO PAULO TAVARES LINHARES

2411 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBIDO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, COXA ESQUERDA, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO NA FACE LATERAL DA COXA CENTRADA NO FOCO DA FRATURA
- DIÉRESE, POR PLANOS, ATÉ VISUALIZAÇÃO DO FOCO DA FRATURA
- REDUÇÃO ANATÔMICA
- OSTEOSSÍNTESE DO FÊMUR COM PLACA RETA DE A/C + PARAFUSOS CORTICAIS
- HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
- SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO.

OBSERVAÇÕES:**Achados Cirúrgicos:****Descrição Complementar**

DR(A) : JOAO PAULO TAVARES LINHARES
 CRM : 9892

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PREScrição.: 2017498 DATA: 22/01/2019 09:30
USUÁRIO....: EUCLIDES.MATTOS
ATENDIMENTO: 5416358 DT NASC.: 25/05/1983 (35A 7M 30D)
CONVÊNIO....: SUS - SIH
PACIENTE....: 956319 - MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/01/2019 03:22 13 DIAS(S) INT

OK! 17-3

MÉDICO.....: KEVEN FERREIRA DA PONTE SERVIÇO: OUTROS SERVICOS
UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 17-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:
OBSERVAÇÃO ADULTO
CID.....: T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#DR. JOÃO PAULO

MANOEL JORDAO GONÇALVES CAVALCANTE, 35 ANOS, ADMITIDO EM 09/01/19, D13 POR:

- POLITRAUMA (ACIDENTE DE MOTO) - FRATURA TEMPORAL DIREITA DE CRÂNIO (CD CONSERVADORA) + FRATURA FECHADA DE FÊMUR A ESQUERDA (AO 32A3)

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APÓS INGESTÃO ABUSIVA DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO SENSÓRIO (GLASGOW 9), PUPILAS MIÓTICAS E SEM FOTORREAÇÃO. APRESENTA MIE RODADO COM COXA EDEMACIADA E LESÃO CORTO-CONTUSA SANGRANTE.

EM USO DE: - OXACILINA E CLINDAMICINA D7
- FENITOÍNA
- SINTOMÁTICOS
FEZ USO - CEFALOTINA D5

EVOLUÇÃO: PACIENTE CLINICAMENTE ESTÁVEL E ORIENTADO. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. SEM OUTRAS QUEIXAS. NEGA FEBRE.

FO COM SAÍDA DE SECREÇÃO SEROSANGUINOLENTA.

EXAME FÍSICO:
- PACIENTE APRESENTA INÚMERAS ESCORIAÇÕES, PRINCIPALMENTE EM FACE, COM EQUIMOSE PERIORBITAL À ESQUERDA, MSE E MIE.
- A/C: RCR, 2T, BNF, SS
- A/P: MVU, SEM RA
- ABDOME: FLÁCIDO E DOLOROSO À PALPAÇÃO PROFUNDA DIFUSAMENTE.
- NEURO: GLASGOW 13 (A: 4, V: 5, M: 6)
- R/M: DIURESE ESPONTÂNEA

- TC DE CRÂNIO 09/01/19: FRATURA TEMPORAL DIREITA + ROCHEDO À DIREITA + CONTUSÃO TEMPORAL À DIREITA. PARECER DA NEUROLOGIA: AUTORIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE OUTRAS ESPECIALIDADES (EXCETO ANESTESIA RAQUIDIANA).
- RAIO-X DE FÊMUR ESQUERDO: FRATURA DIAFISÁRIA.
- TC DE CRÂNIO 11/01/19: ESTÁVEL EM RELAÇÃO AO EXAME ANTERIOR.
PARECER DA NEUROLOGIA: TRANSFERIR PARA NEUROLOGIA APÓS CONDUTA DO ORTOPEDISTA.

EXAMES LAB: 10/01/19 - HB 10/ HT 30,2/ LEUCO 9.140/ BASTOES 2/ PLAQ 175.000 / INR 1,12
14/01/18 - HB 10,7 HT 32 VCM 88 LEUCO 11480 BAT 2% PLAQ 318MIL CR 0.77 UR 22 K 4.1 NA 133

CONDUTA:
PROGRAMAÇÃO CIRURGICA PARA QUARTA-FEIRA (23/01/19)
ZERAR DFIETA PARA AMANHÃ
DEMAIS CONDUTAS MANTIDA

5416358

PREScrição MÉDICA

Sanja Casa de M. de Soc.
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

PREScrição.: 2011034 DATA: 12/01/2019 09:23
USUÁRIO....: JOSE MAURO
ATENDIMENTO: 5416358 DT NASC: 25/05/1983 (35A 7M 20D)
CONVÊNIO....: SUS - SIH
PACIENTE....: 956319 - MANOEL JORDAO GONCALVES CAVALCANTE
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 09/01/2019 03:22 3 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: SEIJI MATSUI SERVIÇO: OUTROS SERVICOS
UNID. INT.: UI EMERGENCIA ADULTA LEITO...: LEITO 2-5 EXTRA EMERG. ADULTA COBERTURA: OBSERVACAO
ADULTO
CID.....: T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA



EVOLUÇÃO MÉDICA

MANOEL JORDAO GONÇALVES CAVALCANTE, 35 ANOS, ADMITIDO EM 09/01/19 POR:

- POLITRAUMA (ACIDENTE DE MOTO)

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO APÓS INGESTÃO ABUSIVA DE BEBIDA ALCOÓLICA, APRESENTANDO REBAIXAMENTO DO SENSORIO (GLASGOW 9), PUPILAS MIOTICAS E SEM FOTORREAÇÃO. APRESENTA MIE RODADO COM COXA EDEMACIADA E LESÃO CORTO-CONTUSA SANGRANTE.

EM USO DE: - CEFALOTINA
- FENITOÍNA
- SINTOMÁTICOS

EVOLUÇÃO: PACIENTE APRESENTA-SE SONOLENTO E DESORIENTADO QUEIXA-SE DE DOR IMPORTANTE EM MIE. DIURESE ESPONTÂNEA.

EXAME FÍSICO:
- PACIENTE APRESENTA INÚMERAS ESCORIAÇÕES, PRINCIPALMENTE EM FACE, COM EQUIMOSE PERIORBITAL À ESQUERDA, MSE E MIE.
- A/C: RCR, 2T, BNF, SS
- A/P: MVU, SEM RA
- ABDOME: FLÁCIDO E DOLOROSO À PALPAÇÃO PROFUNDA DIFUSAMENTE.
- NEURO: GLASGOW 13 (A: 3, V: 4, M: 6) - DESORIENTADO NO TEMPO E ESPAÇO.
- R/M: DIURESE POR SVD - URINA MENOS CONCENTRADA

TC DE CRÂNIO 09/01/19: FRATURA TEMPORAL DIREITA + ROCHEDO À DIREITA + CONTUSÃO TEMPORAL À DIREITA. PARECER DA NEUROLOGIA: AUTORIZADO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO DE OUTRAS ESPECIALIDADES (EXCETO ANESTESIA RAQUIDIANA).
- RAIO-X DE FÊMUR ESQUERDO: FRATURA DIAFISÁRIA.
- TC DE CRÂNIO 11/01/19: ESTÁVEL EM RELAÇÃO AO EXAME ANTERIOR.
PARECER DA NEUROLOGIA: TRANSFERIR PARA NEUROLOGIA APÓS CONDUTA DO ORTOPEDISTA.

EXAMES LAB: 10/01/19 - HB 10/ HT 30,2/ LEUCO 9.140/ BASTOES 2/ PLAQ 175.000 / INR 1,12

CONDUTA: CONVERSO COM RESIDENTE DA TO SOBRE RESULTADO DE RAIO-X.
AVALIO EXAMES LABORATORIAIS.
AVALIO RX DE PELVE.
AGUARDO CONDUTA DA TO.

Dr. Diego César Tavares
MÉDICO
CRM: 1690

5416358

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data Horários
1 DIETA ZERO	1					[12/01] . 09:23

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA