

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Francinir Carvalho Oliveira, nacionalidade Brasileiro,
estado civil Solteiro, profissão Agricultor, RG nº 96025002958 SSP/CEPF nº
815.589.613-72, residente e domiciliado(a) na Sítio Jacimbo, nº 52, bairro
Zona Rural, na cidade de Licorá, e-mail: _____, constituo e nomeio a
bastante procuradora:

OUTORGADA: Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:
lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer
Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

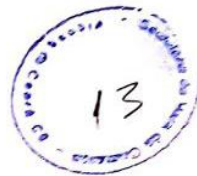
PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para
propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS**
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO**
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Licorá - CE, 20 de novembro de 2017
Francinir Carvalho Oliveira
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, esq. Mt. Quincas Bezzeril. Centro.
88' 3671 2583 88'99622..9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Francineir Carvalho Oliveira
nacionalidade Brasileiro, estado civil Solteiro
profissão Agricultor, RG nº 9602.500.2958 SSP/ ce
CPF nº 815.589.613-72, residente e domiciliado(a) na
Sítio Cacimbas, nº 5N, bairro Zona Rural
na cidade de Lincosa, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lincosa, 11 de novembro de 20 17.

Francineir Carvalho Oliveira

Assinatura



Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Francimar Carvalho Oliveira, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor, portador(a) do RG nº 96025002958 SSP/CE e CPF nº 815.589.613 - 72, filho de pai Joaquim Felix de Oliveira e mãe Raimunda Maria de Carvalho Oliveira DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Lacimbas, nº 54 bairro Zona Rural, na cidade de Lucora - CE, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Lucora - CE, 20/11/2017.

Francimar Carvalho Oliveira

16

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
FRANCINIA CARVALHO OLIVEIRA

Nº de inscrição
815589813-72

Data de Nascimento
08/12/76



Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura
Francinina Carvalho Oliveira
FRANCINIA CARVALHO OLIVEIRA

**S
E
R
V
I
D**

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : **28/06/97**

5967085-1

Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 458339277

Rota 33 31144 01 042700 - 5 Data de Emissão 20/12/2016

Nome ANA CELIA PEREIRA

End. Postal ST CACIMBAO 22470

Medidor AREA RURAL - VICOSA CEARA - 62300100

Classe 23021535

RG / CPF / CNPJ 024439903-46

Nome do Responsável

Posto 0000 0000

Fator de Potência

CGF

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto VIGOR DO CEARA

Mês 12/2016

Padrão Individual

Apuração Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 10,73 2,46 42,92 0,71 0,00 0,00

FIC 7,55 1,19 30,39 1,00 0,00 0,00

DMIC 5,78 0,71

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ICMS 18/01/2017 18/01/2017

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

(ISNT)

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 622

Leit. Anterior 594

Const. Consumo (kWh) 28

Const. Ind. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) 0,26

Valor (R\$) 32,13

VALOR (R\$)

32,13

0,58

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão 15,05

Distribuição 1,00

Encargos Setoriais 0,17

Tributos (ICMS, IPTU, etc.) 0,43

TOTAL 16,65

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Consumo (kWh) 28

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 38,47

Compensado kg (CO₂) 0,00

Consciência Ecológica (%CO₂) 0

CONTAS EM ATRASO

Previsão de suspensão do fornecimento de energia elétrica

Debitos Anteriores

Mes/Ano 02/2016

Valor R\$ 18,00

Total 18,00

NOTA FISCAL

Nº do Cliente: 5967085-1

Data de Emissão: 20/12/2016

Nº da Nota Fiscal: 458339277

Referência: Dez/2016

Total a Pagar (R\$): 32,71

Nº de Controles: 0005967085 00055 39372 00

8334000000-6 32710031000-2 20059670850-3 00353937232-8



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

BOLETIM DE Ocorrência N° 570 - 87 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/01/2017 10:09:38**
Data / Hora da Ocorrência: **14/01/2017 10:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CACIMBÃO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL**
Ponto de Referência:
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**



Noticiante(s)

Nome: **FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA**
Nascimento: **08/12/1976** CPF: **96025002958** UF: **SSP**
RG: **96025002958** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **RAIMUNDA MARIA DE CARVALHO OLIVEIRA**
JOAQUIM FELIX DE CARVALHO
Endereço: **SITIO CACIMBÃO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
País: **BRASIL**
CEP: **62.300-000**
Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/BIZ 125 ES, 2009, VERMELHA, PLACA NQR 0398, CHASSI 9CZJC42209R123734, DE PROPRIEDADE DE ANA CELIA PEREIRA, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO PERDEU O CONTROLE AO PASSAR POR UM BURACO, CHEGANDO O MESMO A CAIR AO CHÃO, FICANDO O NOTICIANTE COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO, ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SERGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francinir Carvalho Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A):

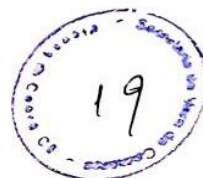
GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170250918 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO UNIÃO (CTG) SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 81558961372

Posição em 12-09-2017 08:06:20

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.
Valor: R\$ 1.012,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/09/2017	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

- Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)
- Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)
- Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)
- Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170250918 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO UNIÃO (CTG) SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
CPF/CNPJ: 81558961372

Posição em 12-09-2017 08:06:20

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 1.012,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/09/2017	R\$ 1.012,50	R\$ 0,00	R\$ 1.012,50

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Francisco Peralto de Oliveira

Nº DO SINISTRO:

DATA DO ACIDENTE:

14.01.17

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Antônio César V. Ribeiro CRM 8937

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

14.01.17

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Perda de volume de movimento com motorizada do punho.
fratura na 3ª falange do 3º dedo da mão.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Julho a 3º de Outubro e punho com curativo

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

(X) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

2º

3º

4º

5º

fratura exposta da 3ª falange do 3º dedo da mão
fratura + perda de volume de movimento

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

14.01.17

A 21.04.17

E

LOCAL

DATA

Dr. Antônio César V. Ribeiro
CRM 8937

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

20

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Franco Paulo de Oliveira

Nº DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

14.01.17

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

14.01.17

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Antônio César V. Ribeiro CRM 8937

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

*Fratura fechada de Acromioclavicular com motocicleta a partir de
fratura em 3º Pododactilo*

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS(DATAS):

Julha a 3º Pododactilo e fratura com cura

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

(X) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

Fratura fechada da 3ª Pododactilo resultando em perda de

2º

função + DM inferior a perda de sensibilidade

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

14.01.17

A *21.04.17*

E

Vicente do Carmo

LOCAL

11/04/17

DATA

Dr. Antônio César V. Ribeiro

CRM 8937

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

BOLETIM DE ATENDIMENTO

3

14-01-2017 14:22

Paciente: **FRANCINIR CARVALHO DE OLIVEIRA**
Cartão SUS: 1699001721917201

Sexo: **MASCULINO**
Nome: **JOAQUIM FELIX DE OLIVEIRA**
Endereço: **AV. ...**
Cidade: **VICOSA DO CEARÁ**

Data de Nascimento: **09-12-1976**
Idade: **40**
Profissão: **...**
Nacionalidade: **...**
CPF: **...**
Número: **...**
Cidade: **VICOSA DO CEARÁ**

Endereço: **...**
Cidade: **VICOSA DO CEARÁ**

DADOS DE ATENDIMENTO

Rua: **...**
Especialidade: **...**

Altura: **1,70** m, Peso: **80** kg
Temperatura: **...**, Pulso: **...**, Pressão: **...**
Frequência cardíaca: **...**, Frequência respiratória: **...**
Saturação de O2: **...**

Exames: **...**
Exames de laboratório: **...**
Exames de imagem: **...**
Exames de diagnóstico: **...**

Acidente motociclistico

DATA PRIMEIROS SINTOMAS: **...**

23 JAN 2017
A presente receita tem validade de 30 dias a partir da data de emissão.
VALIDO SOMENTE COM O SELLO DE AUTENTICIDADE

Fratura de 3° do. direito
1/ SFO 9% 500ml
2/ Diga 1000
3/ Tampon 100g + 100ml SFO 9% e 100ml de água
4/

HORARIO DA MEDICAÇÃO:

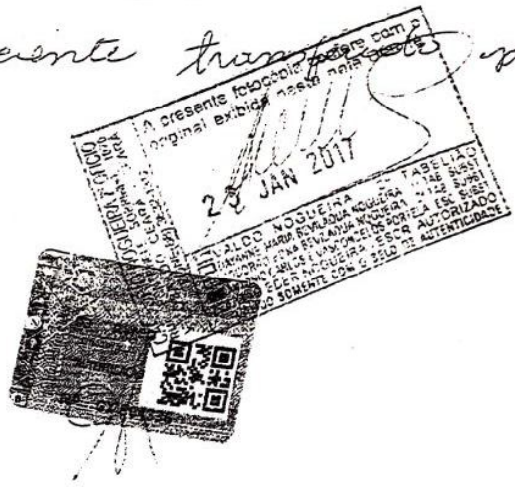
HORA DA SAÍDA: **...**
ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

Francinir Carvalho de Oliveira
Assinatura do paciente

Dr. Wellington
Médico
Assinatura **GRENEC 17/01/2017**

14-01-2017 14:30 Paciente deu entrada em unidade de
 internação, vitória de queda de mato. Com lesão em
 perna, e o mesmo apresenta trauma.

Às 18:45hs Paciente transferido p/ sala 22.





REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento: 4734627 | Paciente: 390853 - FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
Data e Hora do Acolhimento: 14/01/2017 20:48:34

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO
TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO
CLASSIFICAÇÃO: VERDE

Paciente Referência: SIM / Paciente Regulado: NÃO / SAMU: NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSO NO 3
PODODACTILO DIREITO REFERINDO CEFALÉIA, TONTURA NAUDEAS E ALGIA EM
HEMITORAX DIREITO

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elettrico
☒ Queda? Descrição da Queda: MOTO

☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:
☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto

☐ Moto ☐ Utilizava Capacete
☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:
☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

paciente com trauma em pé vitima colisão de moto

Exame Físico:

ulna em pé D

Destino do Atendimento: INTERNACAO CIRÚRGICO

ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO - CRM.: 14570

Santa Casa de M. de Sobral
S A M E
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

NTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Sistema de Internação Hospitalar
Atendimento de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Tricula...: 390853
Paciente...: FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
Sexo...: MASCULINO
Nasc...: 8/12/1976
Mãe...: RAIMUNDA MARIA DE CARVALHO OLIVEIRA
Civil...: SOLTEIRO
Direção...: SÍTIO CACIMBAO
Zona...: ZONA RURAL
Endereço...: VICOSA DO CEARA
Telefone...: 998015950
CPF...:
Idade...: 40a 1m 8d
Cor...: PARDA
CNS...: 898002721917201
Nº...: 0
CEP...: 62300-000
UF...: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
Direção...:
Documento...:
Telefone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4734640
Data...: 14/01/2017
Atendente...: PAULO VICTOR
Hora...: 21:52
Permanência...: 3 Dias
Procedimento...: 0408050462 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA DOS METATARSÍANOS
Paciente...: ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO
Localidade Int...: UI EMERGENCIA - ADULTA
Leito...: LEITO 008-EXTRA EMERG. ADULTA
Convênio...: SUS - SIH
Número...: 1
Paciente...:
Paciente...:
Guia...:

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1

Emitido por: RAFAEL GOMES

Em: 17/01/2017 23:35

Atendimento: 4734640

Dt. Atendimento: 14/01/2017 - 21:52

Data Alta: 17/01/2017

Hora Alta: 22:19

Paciente: 390853 FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA

Leito: 209 LEITO 1476 - RECUPERAÇÃO

Convênio: 1 SUS - SIH
Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

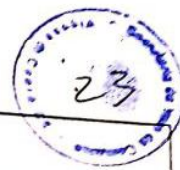
CID: 929

FRATURA DO PE NÃO ESPECIFICADA
Usuário: RAFAEL GOMES

Procedimento de Alta: 40805046 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISÁRIA

Observação de Alta:

RAFAEL GOMES



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento: 4734627 | Paciente: 390853 - FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
Data e Hora do Acolhimento: 14/01/2017 20:48:34

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO
TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO
CLASSIFICAÇÃO: VERDE

Paciente Referência: SIM / Paciente Regulado: NÃO / SAMU: NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:
PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO APRESENTANDO LESÃO CORTO CONTUSO NO 3
PODODACTILO DIREITO REFERINDO CEFALÉIA, TONTURA NAUDEAS E ALGIA EM
HEMITORAX DIREITO

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

- ☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elettrico
☒ Queda? Descrição da Queda: MOTO
☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:
☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto
☐ Moto ☐ Utilizava Capacete
☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:
☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

paciente com trauma em pé vitima colisão de moto

Exame Físico:

Exame em pé D

Destino do Atendimento: INTERNACAO CIRÚRGICO

ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO - CRM.: 14570

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

NTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Unidade de Internação Hospitalar
Unidade de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Tricula... 390853
Paciente... FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
Sexo... MASCULINO
Nasc... 8/12/1976
Mãe... RAIMUNDA MARIA DE CARVALHO OLIVEIRA
Civil... SOLTEIRO
Profissão... JOAQUIM FELIX DE CARVALHO
Endereço... SÍTIO CACIMBAO
Zona... ZONA RURAL
Cidade... VICOSA DO CEARA
UF... 998015950
CPF...
Idade... 40a 1m 8d
Cor... PARDA
CNS... 898002721917201
Nº... 0
CEP... 62300-000
UF... CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...
Profissão...
Documento...
Endereço...

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento... 4734640
Data... 14/01/2017
Atendente... PAULO VICTOR
Hora... 21:52
Permanência... 3 Dias
Procedimento... 0408050462 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA DOS METATARSIANOS
Ficha... ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO
Idade Int... UI EMERGENCIA - ADULTA
Leito... LEITO 008-EXTRA EMERG. ADULTA
Convênio... SUS - SIH
Número... 1
Tela...
Guia...

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COMO ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: RAFAEL GOMES
Em: 17/01/2017 23:35

Atendimento: 4734640

Dt. Atendimento: 14/01/2017 - 21:52

Data Alta: 17/01/2017

Hora Alta: 22:19

Paciente: 390853 FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA
Leito: 209 LEITO 1476 - RECUPERAC
Convenio: 1 SUS - SIH
Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA
CID: S929 FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA
Usuário: RAFAEL GOMES

Procedimento de Alta: 40805046 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA / LESAO FISARIA
Observação de Alta:

RAFAEL GOMES



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

286109

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

2 - CNES
30211114

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

4 - CNES
30211114

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
Francinir Carvalho Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☒

10 - RAÇA/COR

ATEND.: 4734640 DT. ATEND.: 14/1/2017 - 21:52

MATRI.: 390853 NASCIMENTO.: 8/12/1976

NOME.: FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA

MAE.: RAIMUNDA MARIA DE CARVALHO OLIVEIRA

CPF.: CNIS: 898002721917201 SUSFACIL:

ENDER.: SÍTIO CACIMBAO 0

BAIRRO.: ZONA RURAL - VÍDUA DO CEARÁ

CEP: 62300000

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente vítima de queda de moto apresentando
lesão certo-contusa em 3º pododáctilo em pé direito
associado à fratura de falange distal

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Anomalia + Exame Técnico

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COMO ORIGINAL
Andréa R. Montenegro Portela
COORDENADORA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura Exposta de Pé direito

24 - CID 10 PRINCIPAL - 25 - CID 10 SECUND - 26 - CID 10 OUTRAS

697

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento Hospitalar

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

1

2

() CNS

() CPF

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Aline Trajano

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/01/17

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01415040035

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

0311111640360

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

Dra. Aline Trajano
MÉDICA
CRM: 6570

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

48 - DOCUMENTO

() CNS

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF)

618 288 233 68

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

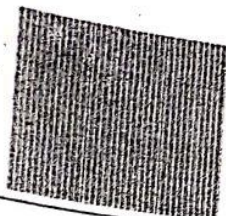
Cristiano Araújo Costa
CRM: 9382 DIRETOR TÉCNICO

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO

18 JAN. 2017

CRM: 6601
CPF: 404.225.423-34

CÓD. 9166(A) 9167(V)



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



Página: 0001
Data: 15/01/2017
Hora: 14:01

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 303508
Paciente : 390853
Convênio Atend. : 1
Leito : 855
Dt. Início : 15/01/2017 10:32
Cid Pré-Operatório : S929
Cid Pós-Operatório : S929

Sala : 0009 SALA 09

FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
SUS - SIH
LEITO 008-EXTRA EMERG. ADULTA
Dt. Fim : 15/01/2017 11:00
FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA
FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA

Atendimento : 4734640

Carteira :
Idade : 40 Anos 7 Dias 12 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Convênio: 001

SUS - SIH

Anestesia: 05

BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA
CIRÚRGIO
1. AUXILIAR

12079 AURIDAN MARINHO PESSOA NETO
12560 JOSE DE ARAUJO CRUZ JUNIOR
11017 THYRSON GUIMARAES DE CARVALHO

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- DEBRIDAMENTO CIRURGICO DE PÉ DIREITO (FRATURA EXPOSTA DO 3º DEDO)
- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
- ANTISSEPSE E ASEPSIA
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- DEBRIDAMENTO DA FERIDA
- IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- SUÇÃO DA FERIDA
- HEMOSTASIA DEFINITIVA DA FERIDA
- SUTURA MINIMA DA PELE
- CURATIVO ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Dr. Thyrsom Guimarães de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Quadril
CREMEC: 11017

DR José de Araújo Cruz Junior
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 12560

DR(A) : JOSE DE ARAUJO CRUZ JUNIOR
CRM : 12560

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RESPEITO, AMOR E DEDICAÇÃO



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

27

NOME: Manoelir Carvalho Oliveira DATA: 15/03/17 REGISTRO:
IDADE: SEXO: COR: CLÍNICA: ENF.: LEITO:

PRESSÃO ARTERIAL: PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM ☐ REGULAR ☒ MAU ☐ PÉSSIMO ☐ RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I ☒ Grau II ☐ Grau III ☐ Grau IV ☐

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO: AP. CIRCULATORIO:

AP. DIGESTIVO: ESTADO MENTAL: DROGAS EM USO:

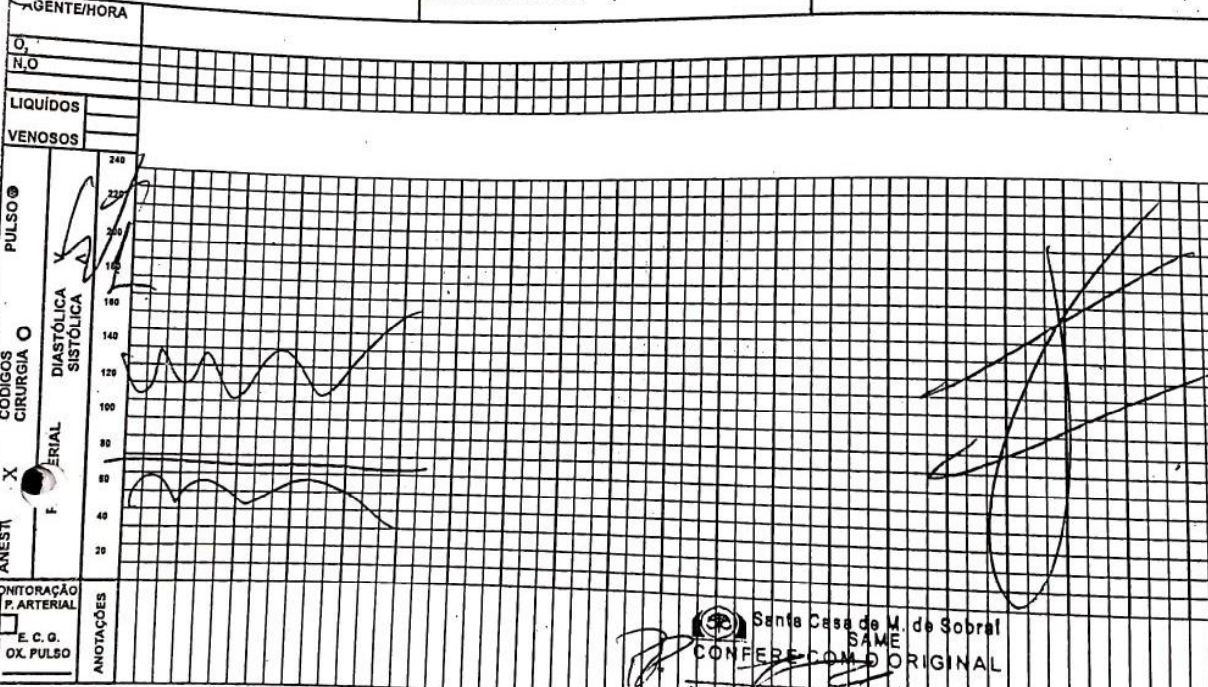
PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA: ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA:

CIRURGIÃO: AUXILIARES:

INÍCIO ANESTESIA: TÉRMINO DA ANESTESIA: DURAÇÃO DA ANESTESIA:



ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☒ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TÉCNICA

LIQUÍDOS	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLICOSE	1	<u> </u>
NaCl	2	<u> </u>
SANGUE	3	<u> </u>
RINGER	4	<u> </u>
TOTAL	5	<u> </u>

DESTINO DO PACIENTE APTO ☐ ENFERM. ☐ SRPA ☐ UTI ☐ OUTROS ☐

SRPA PA: PULSO: RESPIRAÇÃO: SpO₂

ASSINATURA / ANESTESISTA

Dr. Anderson
Anestesiologista
CRM: 12.876

PRESCRIÇÃO.: 1613705 DATA: 16/01/2017 10:03
USUÁRIO.: LEONARDO VIANA
ATENDIMENTO: 4734640 DT NASC: 08/12/1976 (40A 1M 9D)
CONVÊNIO.: SUS - SIH
PACIENTE.: 390853 - FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
FESD.: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO.: 14/01/2017 21:52 2 DIAS(S) INT
MÉDICO.: ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
UNID. INT.: UI SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO.: LEITO EXTRA 2 - REC COBERTURA: OBSERVAÇÃO ADULTO
CID.: S929 FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:



17/01/2017 15:573
DI. N. 15.573
RUBRICA DO MÉDICO

— DR CRUZ JUNIOR — EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE 3^o PODODACTILO DO P^o DIREITO PIS QUEDA DE MOTO 15/01/17

REALIZADO DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO 15/01/17

EM USO DE CEFALOTINA D2

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

CD: ATB + FO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade	SN	Apl	Frequencia	Data	Horarios
1				[16/01]	10:03

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

2 C.C. CEFALOTINA 1G - TO

Justificativa PRESCRITO

Obs.: DILUIR EM 100ML DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%. INFUNDIR EM 30 MINUTOS.

Qtd Unidade	SN	Apl	Frequencia	Data	Horarios
1 FRASCO AMP		EV	06X06 HORA	[16/01]	12 18
				[17/01]	00 06

— 1-> SORO FISIOLÓGICO 0.9% FR. 100ML

— 1-> EQUIPO PARA SORO

— 1-> AGULHA DESCARTÁVEL 40X12

— 1-> SERINGA DESCARTÁVEL 10ML LUER LOCK

1 FRASCO

1 UND

1 UNIDADE

1 UND

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

3 C.C. DIPIRONA - TO

Obs.: Diluir em 20ml de AD

— 1-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA

— 1-> AGULHA DESCARTÁVEL 40X12

— 1-> SERINGA DESCARTÁVEL 20ML

1 AMPOLA

1 AMPOLA

1 UNIDADE

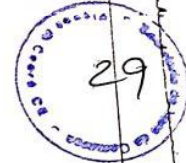
1 UND

EV	06X06 HORA	[16/01]	12 18
		[17/01]	00 06

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RESPEITO, AMOR E DEDICAÇÃO

PRESCRIÇÃO: 1614154 DATA: 17/01/2017 10:16
USUÁRIO: LEONARDO.VIANA
ATENDIMENTO: 4734640 DT NASC: 08/12/1976 (40A 1M 10D)
CONVÊNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 390853 - FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
PESO: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERVALO: 14/01/2017 21:52 3 DIAS(S) INT
MÉDICO: ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA COBERTURA: OBSERVAÇÃO ADULTO
UNID. INT.: UI SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO: 1476 - RECUPERAÇÃO
CID.: S929 FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA CICLO: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do Médico



EVOLUÇÃO MÉDICA

DR CRUZ JUNIOR

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE 3^o PODODACTILO DO P^o DIREITO PMS QUEDA DE MOTO 15/01/17

REALIZADO DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO 15/01/17

EM USO DE CEFALOTINA D3

PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, SEM QUEIXAS

FO: PACIENTE COM DEINCENCIA DE PONTOS EM REGIÃO DA FRATURA.

CD: ATB + FO

ALTA DA TO A CUIDADOS DA PLÁSTICA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade	SN	Apl	Frequencia	Data	Horarios
1				[17/01]	10:16

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

2 C.C. CEFALOTINA 1G - TO

Qtd Unidade	SN	Apl	Frequencia	Data	Horarios
1 FRASCO AMP		EV	06X06 HORA	[17/01]	12:18
				[18/01]	00:06

Justificativa prescrita
Obs.: DILUIR EM 100ML DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%. INFUNDIR EM 30 MINUTOS.

- :> SORO FISIOLÓGICO 0.9% FR. 100ML 1 FRASCO

- :> EQUIPO PARA SORO 1 UND

- :> AGULHA DESCARTÁVEL 40X12 1 UNIDADE

- :> SERINGA DESCARTÁVEL 10ML LUER 1 UND

LOCK

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

PRESCRIÇÃO.: 1614154 DATA: 17/01/2017 10:16
USUÁRIO....: LEONARDO.VIANA
ATENDIMENTO: 4734640 DT NASC: 08/12/1976 (40A 1M 10D)
CONVÊNIO....: SUS - SIH
PACIENTE....: 390853 - FRANCINIR CARVALHO OLIVEIRA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERVALO.: 14/01/2017 21:52 3 DIAS(S) INT
M.DICO.....: ALINE DE OLIVEIRA TRAJANO SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT...: UI SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO...: LEITO 1476 - RECUPERAÇÃO COBERTURA: OBSERVAÇÃO ADULTO
CID.....: S929 FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA CICLO...: /
DIAGNOSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica do Médico



EVOLUÇÃO MÉDICA

DR CRUZ JUNIOR

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA DE 3^o PODODACTILO DO P_D DIREITO PMS QUEDA DE MOTO 15/01/17

REALIZADO DEBRIDAMENTO CIRURGICO 15/01/17

EM USO DE CEFALOTINA D3

PACIENTE EVOLUI ESTAVEL, SEM QUEIXAS

FO: PACIENTE COM DEINCENCIA DE PONTOS EM REGIÃO DA FRATURA.

CD: ATB + FO

ALTA DA TO A CUIDADOS DA PLASTICA.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequencia	Data	Horarios
1					[17/01]	10:16

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

2 C.C. CEFALOTINA 1G - TO

Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequencia	Data	Horarios
1	FRASCO AMP		EV	06X06 HORA	[17/01]	12:48
					[18/01]	00:06

Justificativa prescrita

Obs.: DILUIR EM 100ML DE SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9%. INFUNDIR EM 30 MINUTOS.

— I-> SORO FISIOLÓGICO 0.9% FR. 100ML 1 FRASCO

— I-> EQUIPO PARA SORO 1 UND

— I-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12 1 UNIDADE

— I-> SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER 1 UND

LOCK

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:

NOME: Gracinha Carvalho

Nº PRONTUÁRIO 320 257

SETOR: Recepção

ENFERMARIA:

LEITO

DATA

14/01/17

Admissão

Dra. Alina
MÉDICA
CRM 1570

15/01/17

Evolução médica

Gracinha Carvalho, 40 anos, 29 DI 4 per:
F. exposta de 3º quadrante D.

Em uso de:

Cefalotina (DI), dipirona, bromoprida

Paciente em bom estado geral. Aguardando
cirurgia.

(D) Amanteida

(2) aguardando cirurgia

Dr José de Araújo Cruz Junior
Ortopedia / Traumatologia
CIRURGIÃO DO JOELHO
CRM 12560

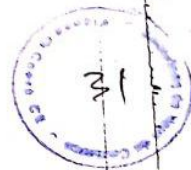
Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro Portela
COORDENADORA



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 4734640 DT. ATEND.: 14/1/2017 - 21:52
MARI.: 390853 NASCIMENTO.: 8/12/1976
NOME.: FRANCIMAR CARVALHO OLIVEIRA
NME.: RAIMUNDA MARIA DE CARVALHO OLIVEIRA
CPF.: 085: 898002721917201 SUFACIL:
ENDER.: SÍTIO CACIMBAO 0
BAIRRO: ZONA RURAL - VICOÇA DO CEARA -CE- CEP: 62300000



QP:

HDA:

Vítima de queda de moto apresentando lesão
contusa em 3º metacarpo direito associado à
fratura de falange distal.

EXAME FÍSICO:

A, B, C, D - OK

E - Fratura metacarpo do pé direito

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Fratura exposta 3º metacarpo
direito

CONDUTA:

Atender cirúrgico, TO

DIAGNÓSTICO FINAL:

O Mesmo

DATA: 14/01/2017

Hora:

Ass./CRM:

Dra. Andréa
CRM 100000
FCA/CE