



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Franisco Tiago da Silva, nacionalidade Brasileiro,
estado civil solteiro, profissão Professor, RG nº 2001028132806 SSP/CE CPF nº
042.904.013-88 residente e domiciliado(a) na R. Silva Jardim, nº 50, bairro
Centro, na cidade de Lucena, e-mail: _____, constituo e nomeo 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, eq. 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.

Lucena - CE, 02 de maio de 2017

Franisco Tiago da Silva
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, eq. Mt. Quincas Bezerril, Centro.
88* 3671 2583 88*99622.9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Francisco Tiago da Silva
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteiro
profissão Professor, RG nº 2001028132806 SSP/ ce
CPF nº 042.304.013.88, residente e domiciliado(a) na
R. Silva Jardim, nº 5N, bairro centro
na cidade de Lucosa, 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 pagar 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.

Lucosa - ce, 02 de maio de 2017.

Francisco Tiago da Silva

Assinatura



Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Francisco Lúcio da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Professor, portador(a) do RG nº 2001028132806 SSP/ ce e CPF nº 042.304.013 - 88, filho de pai _____ e mãe Rute Maria da Silva DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na R. Silva Jardim, nº 512, bairro centro, na cidade de Sucorá - 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.

Sucorá - ce, 02/05/2017.

Francisco Lúcio da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

001028132806

DATA DE EMISSÃO 12/9/2001

RANCISCO TIAGO DA SILVA

NC E RUTE MARIA DA SILVA

SA DO CEARA-CE

DATA DE NASCIMENTO 30/11/1939

RGERT NASC. 464 L A ESP. F.

1 OF VICOSA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7 116 DE 29/08/83

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA, CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Vicosa do Ceará, 19 AGO. 2014

Em Test. [assinatura] da verdade.

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO

Maria Marly de Oliveira Carneiro Escrevente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Francisco Tiago da Silva

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA, CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Vicosa do Ceará, 19 AGO. 2014

Em Test. [assinatura] da verdade.

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO

Maria Marly de Oliveira Carneiro Escrevente

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Registro de Pessoas Físicas

de inscrição

304.013-88

RANCISCO TIAGO DA SILVA

1989

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA, CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Vicosa do Ceará, 19 AGO. 2014

Em Test. [assinatura] da verdade.

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO

Maria Marly de Oliveira Carneiro Escrevente

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Correios

www.correios.com.br

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA, CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Vicosa do Ceará, 19 AGO. 2014

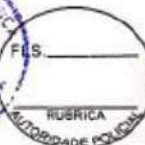
Em Test. [assinatura] da verdade.

VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO

Maria Marly de Oliveira Carneiro Escrevente



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ



BOLETIM DE Ocorrência Nº 560 - 3589 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **22/10/2014 10:04:41**
Data / Hora da Ocorrência: **30/07/2014 11:50:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA JOSE BEVILÁQUA**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: **CORREIOS** Município: **VICOSA DO CEARA/CE**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO TIAGO DA SILVA**
Nascimento: **30/11/1987** CPF:
RG: **2001028132806** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **RUTE MARIA DA SILVA**
Endereço: **RUA SILVA JARDIM**
Bairro: **ZONA URBANA**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Compareceu a esta unidade policial para noticiar na data e hora citada acima estava como garapeiro na motocicleta de Marca/Modelo: HONDA/CG125 FAN KS, cor: PRETA, placa:EOX0635, ano e modelo de fabricação: 2010/2010, chassi: 9C2JC4110AR684339, de propriedade de JAIRO VIEIRA DOS SANTOS, Pela Rua Silva Jardim, Zona urbana de Vicososa do Ceará, Quando se envolveu em um acidente de transito, após uma automóvel de placa CBK 8534 cor branco, ter colidir na traseira da moto em quer o proprietário guiava, quer vieram a cair ao chão e o noticiante teve fratura de tibia e fíbula direita, quer foi socorrido ao Hospital de Vicososa do Ceará e encaminhado ao Hospital São Camilo de Tianguá -CE; e transferido para o hospital Regional Norte de Sobral-CE; onde recebeu atendimento médico especializado, e até o presente momento não consegui-o se recupera das segue-la causada pelo acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO VIANA BARBOSA JUNIOR - MAT.: 133968-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Tiago da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5



Dados do processo

Produtor
ANTONIO FABIO DE ARAUJO

Seguradora
Aruana Seguros 411

Data de entrada
30/10/2014

Nº do Sinistro
2014/959607

[Voltar](#)

Vítima

Vítima FRANCISCO TIAGO DA SILVA	Endereço RUA JOSE BEVILAQUA 663	Bairro CENTRO	Cidade VICOSA DO CEARA
UF CE	CEP 62300-000	Código da vítima TRANSPORTADO	Natureza INVALIDEZ
Data de nascimento 30/11/1989	CPF 042.304.013-88	Valor (DAMS) R\$	Data do sinistro 30/07/2014

Beneficiários

Beneficiário 1 →	Nome FRANCISCO TI	CPF/CNPJ 042.304.013-88	Data de nascimento 30/11/1989	Cidade VICOSA DO CE	UF CE
	Banco 001	Agência 2773-1	Conta 21.769-7		

Histórico

Data	Status	Descrição
25/11/2014	PROCESSO PAGO	
03/11/2014	ANALISE SEGURADORA LIDER	⇒ OK

Dados do pagamento

Beneficiário	Data	Valor
FRANCISCO TIAGO DA SILVA	26/11/2014	R\$ 4.725,00

escala medida

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:

Fernando Luis da Silva

Nº DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

30/07/14

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

30/07/14

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Dr. Fernando Luis da Silva CRM 12525 TEOT 12025

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

diagnóstico clínico vítima acidente moto com
Exposta perna @ Radiografica fratura

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS(DATAS):

30/07/14 operou a perna
e fixado externo perna @. em
complicação embolia pulmonar tratado UTI 27
Hospital Resolup Norte Sinal. Atual fem dispreia
e limitações perna @

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

limitações perna @ 40%

2º

limitações pulmões por embolia 40%

3º

4º

5º

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

Julho/2014 a outubro/2014 e

Ortopedia H. A. G. A.

LOCAL

28/10/14

DATA

Dr. Luiz Fernando da Silva

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE
FONE: (88) 3632.1119
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



CNS: _____ Registro: _____ Nº Protuário: _____ COR: _____
Paciente: Francisco Tiago da Silva DN: 30/11/89
Sexo: M. Estado Civil: sol.
Nome da Mãe: Rute Mª da Silva Nome do Pai: VC
Endereço: Rua Silva Jardim Município: Viçosa - CE
Data / Hora do atendimento: 30/07/2014 11:49 Horas
Profissão: Professor Religião: _____
Documento: 2001028132808
DE-12.09.2001
X Rafael Santos Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

Sinais Vitais:
PA 180 x 120 MM Hg FR 20 Inc/min FC 84 Bat/min Temp. 36,3 °C. Peso: 98
pa = 57 kg/m²

Queixa Principal _____

HDA: Paciente sofreu acidente com motocicleta apurando
solução de continuidade com deformidade um MIO.

Exame Físico: (A) V. aérea péua
(B) Ventilação adequada
(C) Hemodinamicamente estável
(D) Gargalo 15
(E) Sinais de patina em péua D y sinais de hipotermia

Hipótese Diagnóstica foli trauma

Diagnóstico Definitivo _____

CID: _____



Rafael Oliveira
Médico
Assinatura e Carimbo

GRÁFICA TAVARES (88) 3634.1314 - UBAJARA - CE / PVC082

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES - VICOSA DO CEARÁ - CE

Unidade de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 157846
Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA
RG : 2001028132806Atendimento: 0001
Nascimento: 30/11/1989

CNS:

Guia Aut:

Idade: 24 Ano(s)

Endereço: RUA SILVA JARDIM, SN
Bairro: CENTRO

Profissão: PROFESSOR

Convênio: SUS

Cônjuge:

Endereço: RUA SILVA JARDIM, SN

Data Atendimento: 30/07/2014

Hora: 13:49

CID:

Médico: LUIS FERNANDO PANIZZA

Tipo Atendimento: ENCAMINHADO P/CONSULTA

Indicador de Acidente:

Observação:

Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg): X

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

Acidente em moto

FCC per - @

Rx per - @ AP+P
Fratura exposta em um
per - a.

- 1) cintura
- 2) fela Suo prode hca
- 3) Direta 3mm

SFO, 97. 500-97 EV 1/17 Zx

Sevar Ao CC

Imagem: 19.07

Cliente evolui internamente. 9. julho: 28.03.21.

N

LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM: 12525

Sônia Maria de Araújo
Assinatura Paciente/ResponsávelPaciente representando fratura exposta em punho direita
após edusão - moto como dor intensa. 9. julho: 28.03.21

FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: H.M.M.V.C

Distrito Sanitário: _____

Município: VicosópolisNome: Francisco Trigo da Silva

Prontuário N°: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 30.11.89Ocupação: ProfessorEndereço: Rua Silva GervasioBairro: CentroMunicípio: Vicosópolis Fone: _____Motivo do Encaminhamento: paciente sofreu acidente com motocicleta apresentando redução de continuidade com deformidade de M.I.D

Resultado do(s) Exame(s):

Radiog. de puna D.: fratura deConduta já Realizada: Imobilização + Analgesia + Suporte ClínicoImpressão Diagnóstica: Fratura de Tíbia e Fíbula(exposta)Rafael OrlandoMédico

Raquel Brito de Araújo
 CPE: 004.297.303-41
 30/11/2014 12:05
 Secretária de Saúde

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

☐

Ambulatorial

☐

Hospitalar

☐

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N° _____

Data da Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

Governo do Estado do Ceará
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN

ISGH
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
Organização Social de Saúde



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA

Endereço: RUA SILVA JARDIM Nº645 -

Bairro: CENTRO

CEP: .

Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s), 8 mes(es), 13 dia(s)

Cidade: VICOSA DO CEARÁ
UF: CEARÁ

LOCALIZAÇÃO

Clinica: CLÍNICA MÉDICA II Enfermaria: 07 Leito: 214

Internação: 02/08/2014 00:00 Alta: *** Não Informado *** Hora: *** Não Informado ***

RELATÓRIO

Tipo de Saída: ALTA

RESUMO CLÍNICO

PACIENTE 24ANOS VITÍMA DE TRAUMA DE MOTOCICLETA COM FRATURA EXPOSTA EM FIBULA E TÍBIA DIREITA. FOI REALIZADA FIXAÇÃO EXTERNA EM TÍNGUA EVOLUINDO NO 3º POS OPERATORIO COM DISPNEIA SUBITA. FOI ENCAMINHADO AO HRN ONDE FOI REALIZADO EXAMES PARA EXCLUSÃO INICIAL DE TEP POR MEIO DE EXAMES(ANGIO-TC, RX TORAX, TC) INTERNADO NA UTI PARA TRATAMENTO DO QUADRO E INVESTIGAÇÃO CLÍNICA. EVOLUIU ASSINTOMÁTICO EUPNEICO HIDRATADO CORADO E BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS APARELHO RESPIRATORIO MV PRESENTES SEM RA FR:18 ACV RCR EM 2T SEM SOPROS.

EXAMES REALIZADOS

ECD TC RAIO X USG DOPPLER DO MMII EXAMES LABORATORIAS (EM ANEXO)

TERAPÊUTICA UTILIZADA

REALIZADO ATB CEFEPIME POR 10 DIAS LIQUEMINE

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: EMBOLIA GORDUROSA

PACIENTE SEM CIRURGIA

TRANSFERÊNCIA

Referência: *** Não Informado ***

CONDIÇÕES DA ALTA

Condição da Alta: Curado

Data Programada da Alta: 12/08/2014

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

*** Não Informado ***

RESPONSÁVEL

Médico: RAFAEL SOUSA BRITO

Data: 13/08/2014

AGENDAMENTOS		
Data :	Data :	Data :
Hora :	Hora :	Hora :
Código :	Código :	Código :

ma wsh

Governo do Estado do CearáSecretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRNInstituto de Saúde e Gestão Hospitalar
Organização Social de Saúde

ISGH

RELATÓRIO MÉDICOPaciente: **056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA**Endereço: **RUA SILVA JARDIM Nº645 -**Bairro: **CENTRO**

CEP: .

Sexo: **Masculino** Idade: **24 ano(s), 8 mes(es), 13 dia(s)**Cidade: **VICOSA DO CEARA**
UF: **CEARA****LOCALIZAÇÃO**Clínica: **CLÍNICA MÉDICA II** Enfermaria: **07** Leito: **214**Internação: **02/08/2014 00:00** Alta: ***** Não Informado ***** Hora: ***** Não Informado *******RELATÓRIO**Tipo de Saída: **ALTA****RESUMO CLÍNICO**

PACIENTE 24ANOS VITIMA DE TRAUMA DE MOTOCICLETA COM FRATURA EXPOSTA EM FIBULA E TIBIA DIREITA.FOI REALIZADA FIXAÇÃO EXTERNA EM TIANGUA EVOLUINDO NO 3º POS OPERATORIO COM DISPNEIA SUBITA. FOI ENCAMINHADO AO HRN ONDE FOI REALIZADO EXAMES PARA EXCLUSAO INICIAL DE TEP POR MEIO DE EXAMES(ANGIO-TC, RX TORAX, TC) INTERNADO NA UTI PARA TRATAMENTO DO QUADRO E INVESTIGAÇÃO CLINICA. EVOLUIU ASSINTOMATICO EUPNEICO HIDRATADO CORADO E BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS APARELHO RESPIRATORIO MV PRESENTES SEM RA FR:18 ACV RCR EM 2T SEM SOPROS.

EXAMES REALIZADOS

ECO TC RAO X USG DOPPLER DO MMII EXAMES LABORATORIAS (EM ANEXO)

TERAPÊUTICA UTILIZADA

REALIZADO ATB CEFEPIME POR 10 DIAS LIQUEMINE PROFCLASCO

DIAGNÓSTICODiagnóstico: **EMBOLIA GORDUROSA****PACIENTE SEM CIRURGIA****TRANSFERÊNCIA**Referência: ***** Não Informado *******CONDIÇÕES DA ALTA**Condição da Alta: **Curado**Data Programada da Alta: **12/08/2014****OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES******* Não Informado *******RESPONSÁVEL**Médico: **RAFAEL SOUSA BRITO**Data: **13/08/2014**

AGENDAMENTOS		
Data :	Data :	Data :
Hora :	Hora :	Hora :
Código :	Código :	Código :


 Rafael Sousa Brito

Governo do Estado do CearáSecretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRNInstituto de Saúde e Gestão Hospitalar
Organização Social de Saúde

ISGH

RELATÓRIO MÉDICOPaciente: **056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA**Sexo: **Masculino**Idade: **24 ano(s), 8 mes(es), 7 dia(s)**Endereço: **RUA SILVA JARDIM Nº645 -**Bairro: **CENTRO**Cidade: **VICOSA DO CEARA**UF: **CEARÁ****LOCALIZAÇÃO**Clínica: **UTI ADULTO I** Enfermaria: **UTI ADULTO I** Leito: **01**Internação: **02/08/2014 00:00** Alta: ***** Não Informado ***** Hora: ***** Não Informado****RELATÓRIO**Tipo de Saída: **TRANSFERÊNCIA****RESUMO CLÍNICO**

PACIENTE 24 ANOS, ADMITIDO NA UTI HÁ 5 DIAS COM QUADRO DE DISPNEIA SUBITA A/E NO PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE TIBIA D. SUSPEITADO DE TEP, SENDO REALIZADO ANGIO TC: NEGATIVO P/ TEP. RAIOS-X DE TORAX EVIDENCIANDO CONSOLIDAÇÃO DE 1/3 MÉDIO E INFERIOR EM AMBOS HTX. PACIENTE EVOLUI COM MELHORA CLÍNICA DA DISPNEIA ASSOCIADO A ATB + FISIOTERAPIA RESPIRATORIA/VNI.

EXAMES REALIZADOS

HB 11,4 HT 35,7 LEUC: 5.160 SEG 63% PLQ 152.000 MG 2,3 UR 38 CR 1,01 NA: 135 K: 4,3 INR: 1,2 TTPA/R 1,45 ECO TT 02/08/14 - FE: 68%, CAVIDADES CARDÍACAS NORMAIS, SEM DISFUNÇÃO SEGMENTAR, FUNÇÃO SISTOLICA E DIASTOLICA NORMAIS, VALVAS NORMAIS, DOPPLER DE MMII - NEGATIVO P/ TVP ANGIO TC: NEGATIVO P/ TEP // OPACIDADES EM VIDRO FOSCO DIFUSAS EM PULMÕES CORTICAIS E CENTRAIS DE ASPECTO INESPECÍFICO

TERAPÊUTICA UTILIZADA

CEFEPIME D5 PROFILAXIA PARA TEP COM LIQUEMINE SUPORTE INTENSIVO

DIAGNÓSTICODiagnóstico: **-POLITRAUMATISMO+FRATURA DE TIBIA DIREITA+9ºPO FIXAÇÃO EXTERNA+ PNM(ASPIRATIVA)?****PACIENTE SEM CIRURGIA****TRANSFERÊNCIA**Referência: **CRESUS****CONDIÇÕES DA ALTA**Condição da Alta: **Melhorado**Data Programada da Alta: **07/08/2014****OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES**

SOLICITAR TRANSFERENCIA PARA O HOSPITAL DE TIANGUA PARA DAR CONTINUIDADE AO TRATAMENTO COM CEFEPIME D5/D10

RESPONSÁVELMédico: **JOSE RONALDO VASCONCELOS DA GRACA**Data: **07/08/2014****AGENDAMENTOS**

AGENDAMENTOS		
Data :	Data :	Data :
Hora :	Hora :	Hora :
Código :	Código :	Código :

(Assinatura)
 Dr. Jose Ronaldo Vasconcelos da Graca
 Médico
 CRM: 6601 CPF: 404.225.423.34

Governo do Estado do Ceará
Secretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN

ISGH
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
Organização Social de Saúde

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA

Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s), 8 mes(es), 7 dia(s)

Endereço: RUA SILVA JARDIM Nº645 -
Bairro: CENTRO
CEP: .

Cidade: VICOSA DO CEARÁ
UF: CEARÁ

LOCALIZAÇÃO

Clinica: UTI ADULTO I Enfermaria: UTI ADULTO I Leito: 01

Internação: 02/08/2014 00:00 Alta: *** Não Informado *** Hora: *** Não Informado ***

RELATÓRIO

Tipo de Saída: TRANSFERÊNCIA

RESUMO CLÍNICO

PACIENTE 24 ANOS, ADMITIDO NA UTI HÁ 3 DIAS COM QUADRO DE DISPNEIA SUBITA A/E NO PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE TÍBIA D. SUSPEITADO DE TEP, SENDO REALIZADO ANGIO TC: NEGATIVO P/ TEP. RAIOS-X DE TORAX EVIDENCIANDO CONSOLIDAÇÃO DE 1/3 MEDIO E INFERIOR EM AMBOS HTX. PACIENTE EVOLUI COM MELHORA CLÍNICA DA DISPNEIA ASSOCIADO A ATB + FISIOTERAPIA RESPIRATORIA/VNI.

EXAMES REALIZADOS

HB 11,4 HT 35,7 LEUC: 5.160 SEG 63% PLQ 152.000 MG 2,3 UR 38 CR 1,01 NA: 135 K: 4,3 INR: 1,2 TTPA/R 1,45 ECO TT 02/08/14 - FE: 68%, CAVIDADES CARDÍACAS NORMAIS, SEM DISFUNÇÃO SEGMENTAR, FUNÇÃO SISTÓLICA E DIASTÓLICA NORMAIS, VALVAS NORMAIS, DOPPLER DE MMII - NEGATIVO P/ TVP ANGIO TC: NEGATIVO P/ TEP // OPACIDADES EM VIDRO FOSCO DIFUSAS EM PULMÕES CORTICAIS E CENTRAIS DE ASPECTO INESPECÍFICO

TERAPÊUTICA UTILIZADA

CEFEPIME D2 PROFILAXIA PARA TEP COM LIQUEMINE SUPORTE INTENSIVO

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: -POLITRAUMATISMO+FRATURA DE TÍBIA DIREITA+6º PO FIXAÇÃO EXTERNA → DISPNEIA SUBITA A/E? TEP? PNM?

PACIENTE SEM CIRURGIA

TRANSFERÊNCIA

Referência: HRN

CONDIÇÕES DA ALTA

Condição da Alta: *** Não Informado ***

Data Programada da Alta: *** Não Informado ***

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

TRANSFERENCIA PARA ENFERMARIA

RESPONSÁVEL

Médico: VICENTE LOPES MONTE NETO

Data: 05/08/2014

AGENDAMENTOS		
Data :	Data :	Data :
Hora :	Hora :	Hora :
Código :	Código :	Código :

07/08/2014

Ata p/ clínica
burocr, permite
entre pontos.

Dr. Jose Ronaldo Vasconcelos da Graça
Médico

CRM: 9991 EPF: 404.225.423.34

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO
 Nome: FRANCISCO TIAGO DA SILVA
 Nasc.: 30/11/1989 Idade: 24 ano(s) 8 mes(es) e 2 dia(s) Prontuário: 56059 Admissão: 02/08/2014
 RUTE MARIA DA SILVA Sexo: Masculino RG:
 Endereço: RUA SILVA JARDIM Nº645 Telefone: 88 92670367
 Bairro: CENTRO CEP:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
 Tipo: LARANJA Classificador: AMANDA MABEL FERREIRA LINHARES Horário: 12:52
 Descrição: Cliente vítima de acidente de moto há 2 dias, apresentando fratura em MID. Há 12 horas evolui com dispnéia e há 2 horas com hematêmese.
 Programa: DISPNEIA EM ADULTO
 Eliminador: Sat O2 muito baixa
 O2: 91 Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO
 Médico: DENIS COLARES SIQUEIRA DE OLIVEIRA CRM: 11338 Nº Atendimento: 98464 P.A.:
 Tipo: REANIMAÇÃO ADULTO Acidente: Não Agressão: Não Peso:
 Teste Diagnóstico:
 Condição:
 Exame Físico:

E SUBMETIDO HÁ 2 DIAS A CIRURGIA ORTOPÉDICA, EVOLUI COM QUADRO DE DISPNEIA SUBITA E OPTÓICOS. TEP? CD: ESTABILIZAÇÃO E SOL EXAMES PARA REGULAR COM SANTA CASA DE MISERICORDIA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
OMETRIA ARTERIAL => REX (0202010732)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
IA => SANGUE REX (0202010694)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
ASSIO => SANGUE REX (0202010600)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
INESIO => REX (0202010562)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
A - TEMPO DE TROMBOPLASTINA => REX (0202020134)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
MERO	02/08/201 13:11	Não	Pendente
ORAX (LEITO) (0204030170) => REX	02/08/201 13:11	Não	Pendente
ATININA = SANGUE > REX (0202010317)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
CIO TOTAL => REX (0202010210)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
CIO IONIZAVEL => REX (0202010228)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
- TEMPO DE PROTROMBINA => REX (0202020487)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
IOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	02/08/201 13:11	Não	Pendente
OIO => SANGUE REX (0202010635)	02/08/201 13:11	Não	Pendente

HOSPITAL
REGIONAL
NORTEISGH
INSTITUTO SOCIAL DE GESTÃO HOSPITALARGOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁOrganização Social mantida com recursos próprios
provenientes de seus impostos e contribuições locais

056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA

Masculino Idade: 24 ano(s), 8 mes(es), 2 dia(s) Data: 02/08/2014

Local: UTI ADULTO I Leito: 01 MS.: VERONICA TAVARES ARAGÃO

**ECOCARDIOGRAMA BIDIMENCIONAL COM COLOR - DOPPLER**

MEDIDAS:

Diâmetro Diastólico Final do VE	49 mm
Diâmetro Sistólico Final do VE	30 mm
Espessura Diastólica do Septo IV	9 mm
Espessura Diastólica da Parede Posterior	9 mm
Velocidade de Ejeção (Teicholz)	68 %
Porcentual de Encurtamento Sistólica VE	38.2 %
Diâmetro da Aorta	29 mm
Diâmetro do Átrio Esquerdo	34 mm
Diâmetro Basal do VD	23 mm

DIAGNOSTICO CONCLUSIVO

EXAME REALIZADO COM ALGUMA DIFICULDADE TÉCNICA.

VIAJELAS ACÚSTICAS SUBÓTIMAS

DIMENSÕES CARDÍACAS COM DIMENSÕES E ESPESSURA NORMAIS

DIÂMETRO DA ARTÉRIA PULMONAR COM DIÂMETROS NORMAIS. AO/TAP > 1

FUNÇÃO SISTÓLICA GLOBAL E SEGMENTAR NORMAL DO VENTRÍCULO ESQUERDO

FUNÇÃO SISTÓLICA BIVENTRICULAR NORMAL. (FEVE = 68%)

FUNÇÃO DIASTÓLICA NORMAL DO VENTRÍCULO ESQUERDO

VALVAS MORFODINAMICAMENTE NORMAIS

NÃO FOI POSSÍVEL MENSURAR PSAP. SEM EVIDÊNCIA DE REFLUXO TRICÚSPIDE

NÃO FORAM OBSERVADOS TROMBOS, MASSA OU OBSTRUÇÕES INTRACARDÍACAS AO

NÍVEL

NÃO HÁ SÍNCRONIA DE SINAIS INDIRETOS DE HAP.

NÃO HÁ SÍNCRONIA DE DERRAME PERICÁRDICO

EXAME DENTRO DA NORMALIDADE

DR Vicente I. Monte Neto

Cardiologia e Ecocardiografia

CRM 9402

Dr. Vicente Lopes Monte Neto

MÉDICO CARDIOLÓGISTA/ECOCARDIOGRAFISTA

CRM 9402

HOSPITAL
REGIONAL
NORTEGOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁOrganização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

PACIENTE: FRANCISCO TIAGO DA SILVA

NÚMERO: 56059

SOLICITANTE: TULIO SUGETTE DE AGUIAR

Idade: 24 anos | Sexo: Masculino

ENFERMARIA/LEITO: UTI ADULTO 1

DATA DO EXAME: 02.08.2014



ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX PARA PESQUISA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

Método:

Tomografia computadorizada de múltiplos detectores, durante administração de meio de contraste intravenoso.

Análise:

Opacidades fibroatelectásicas corticais em lobos inferiores, sobretudo em lobo inferior direito.
Múltiplas opacidades em "vidro fosco" difusas em pulmões corticais e centrais de aspecto inespecífico.
Exame negativo para tromboembolismo pulmonar agudo.
Estruturas vasculares mediastinais com trajeto e calibre preservado.
Traqueia e brônquios centrais pervios, com calibre normal.
Não há evidências de linfonodomegalias.
Hilos pulmonares livres.
Parênquima pulmonar com atenuação preservada.
Espaços pleurais virtuais.
Arcabouço ósseo torácico sem particularidades.

Pablo Coimbra
Médico Radiologista
CRM-CE 6806

Contuário: 056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA
Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s), 8 mes(es), 2 dia(s) Data: 02/08/2014
Enfermaria: OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA ADULTO Leito: 05
MS.: TULIO SUGETTE DE AGUIAR



Ecocolordoppler Venoso de Membros Inferiores

Relatório:

Estudo realizado para a pesquisa de trombose venosa profunda.

Foram avaliadas as veias femoral comum, femoral, femoral profunda, safenas magnas, poplíteas, tibiais anteriores, tibiais posteriores e fibulares de ambos os membros inferiores.

Não foram identificados sinais evidentes de trombose venosa profunda.

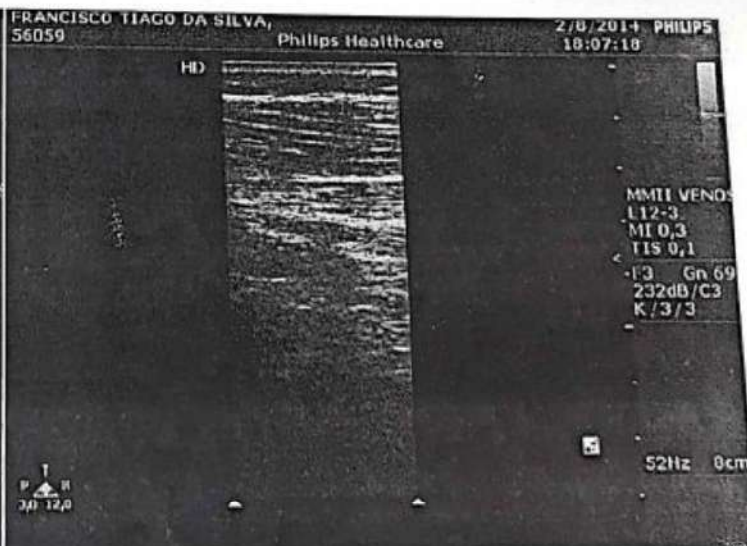
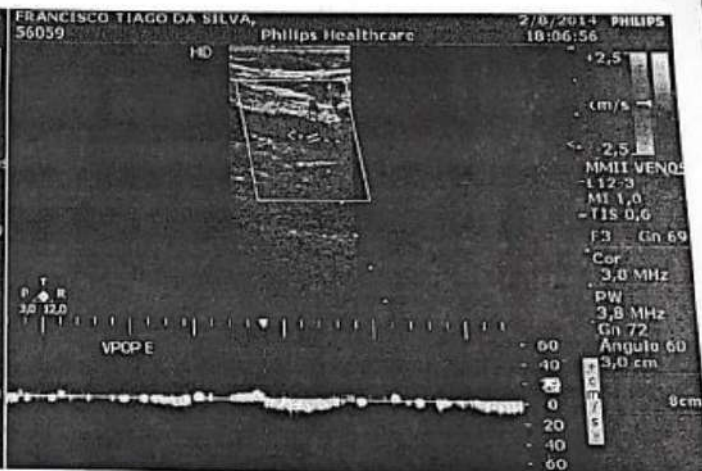
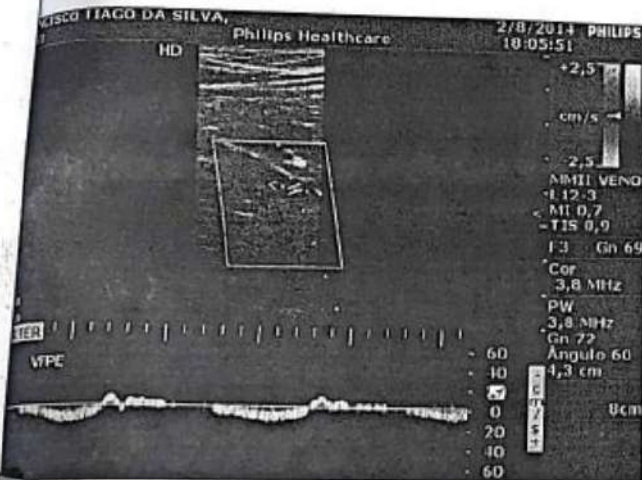
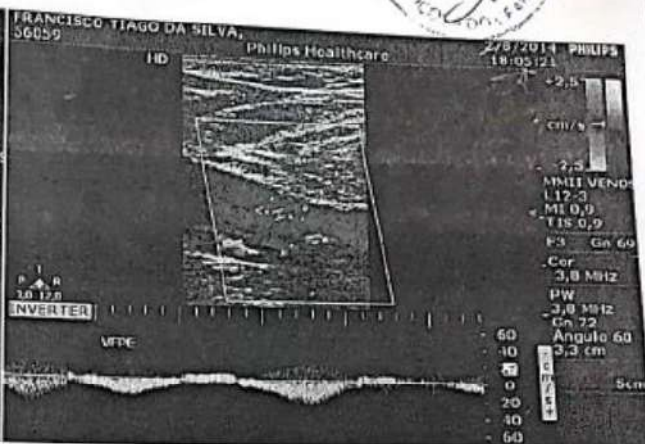
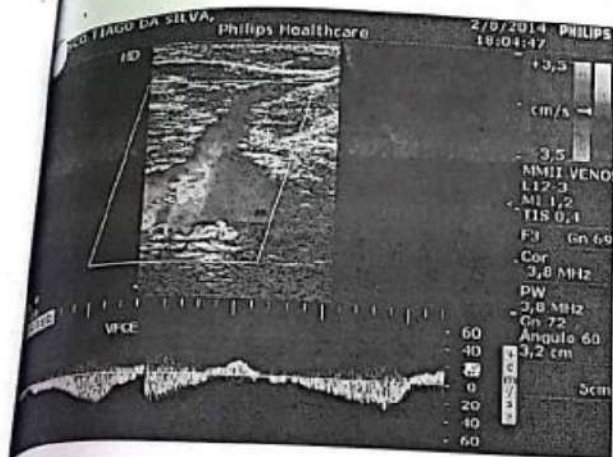
Os vasos estudados apresentaram preservação de seu aspecto morfológico e ecogenicidade, com manutenção de seu padrão fásico habitual.

Impressão Diagnóstica:

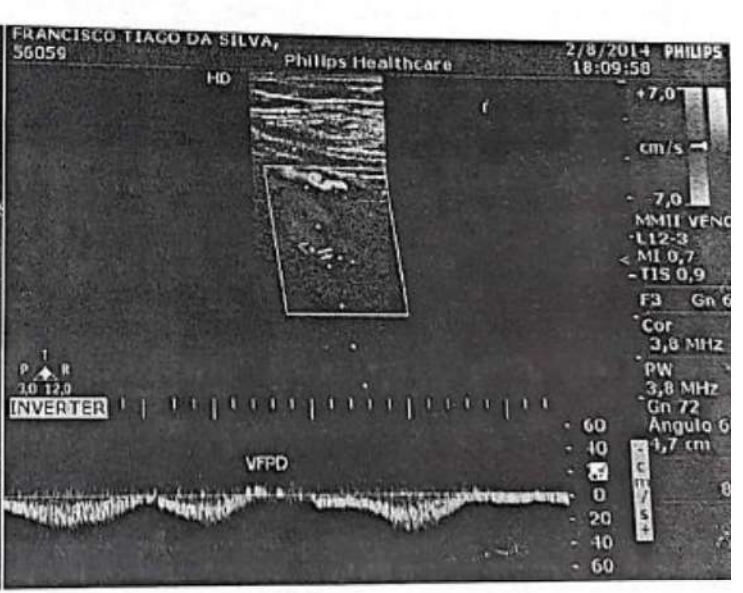
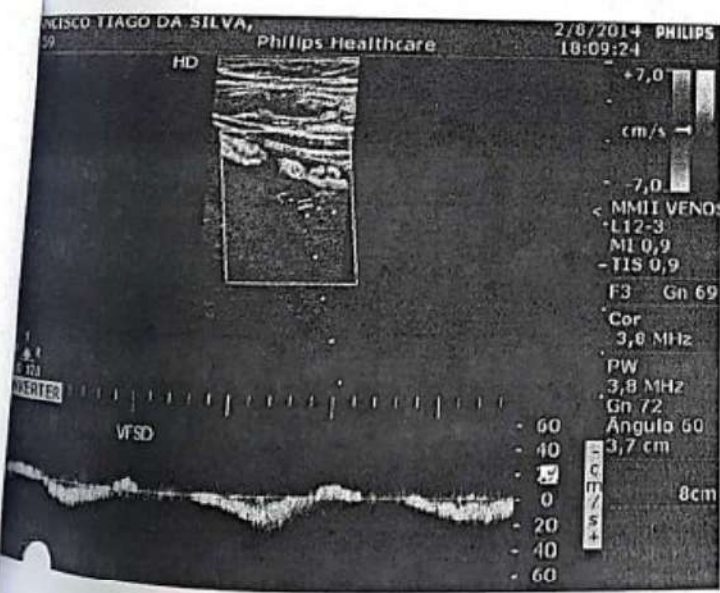
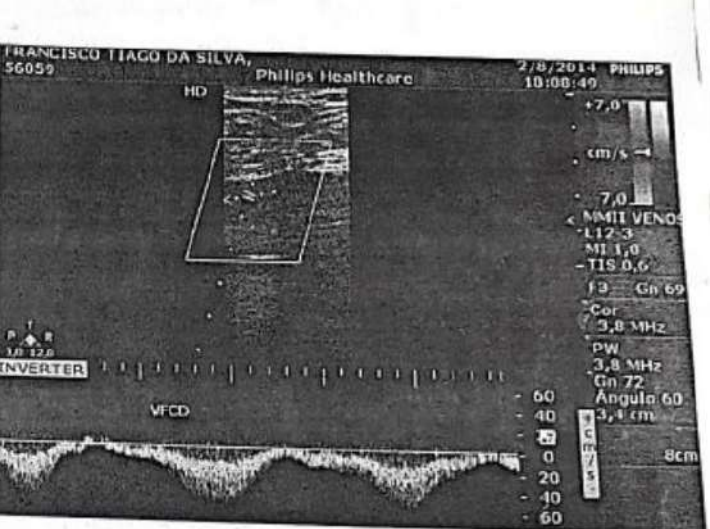
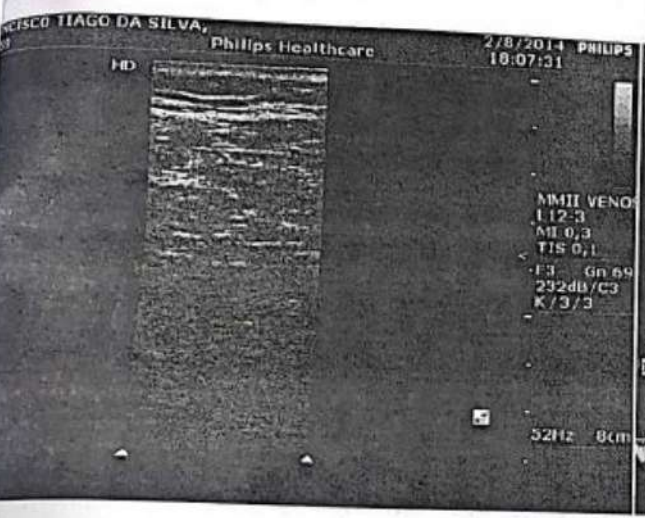
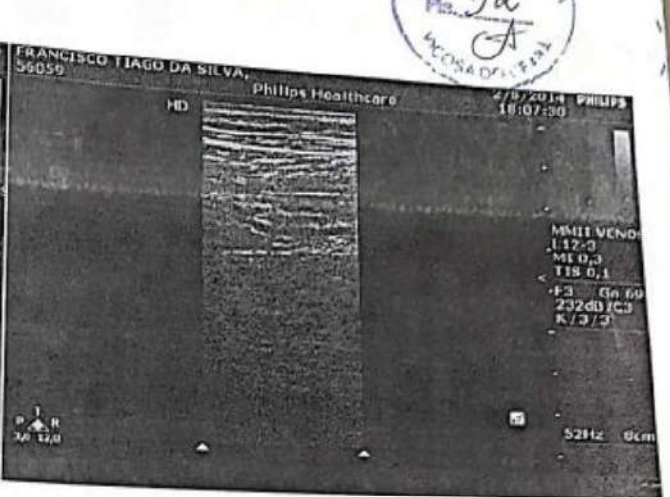
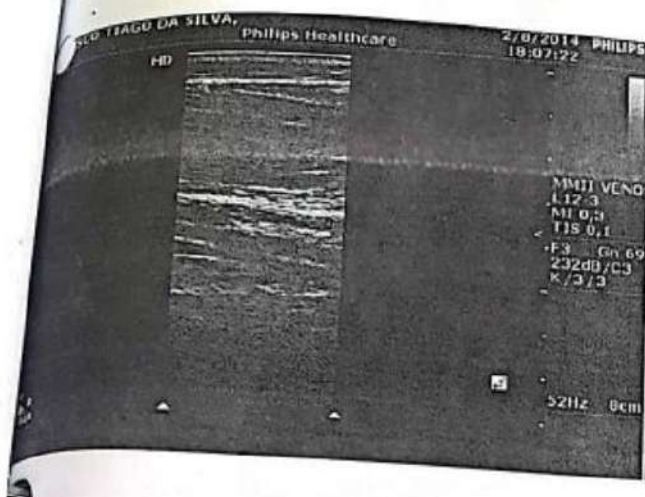
Exame sem achados sugestivos de trombose venosa profunda.

Kelner Portela Luz
CRM 7386
Médico Radiologista

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem



32
A



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
Hospital e Maternidade Madalena Nunes

Identificação do Paciente

Nome do Paciente
Francisco Rago da Silva

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

2 - CNES

4 - CNES

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - 77 Útero aumentado
fec. par. em D
Pré-termo 34 semanas
F. 13 med. de
Cirurgia Urgente

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

A - e + G + K



20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

20 - Diagnóstico Inicial
Parto Exposto parado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

30 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
L. F. da Silva

31 - Data da Solicitação
30/1/14

32 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)
27

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CHAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

231410312663

Luís Antônio Lima Solon
CRM 9357
Médico Auditor

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

2 - CNES

4 - CNES

2560852

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/11/1989

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

157846

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria da Silva

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua: Silva Jardim, Centro SN

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rio de Janeiro

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTDE.

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO



PROFISSIONAL SOLICITANTE

39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DATA DA SOLICITAÇÃO

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

47 - DOCUMENTO

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALTA

CPD 806. Extra.

DADOS DO PACIENTE

Nome: FRANCISCO TIAGO DA SILVA
 Local: VICOSA DO CEARA
 Raça/Cor: Branca
 Etnia: _____
 País Nacionalidade: Brasil
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Religião: _____
 CHS: _____
 Município: VICOSA DO CEARA-CE
 Empresa: _____
 CEP: 02300-000
 Fonte Empresa: _____
 Fonte Responsável: _____
 CPF do Responsável: _____
 Cnjuga: _____
 Pai: NC
 Mãe: NC
 Profissão: PROFESSOR
 Nº SN: _____
 Bairro: CENTRO
 Empresa: _____
 Cnjuga: _____
 Pai: NC
 Mãe: NC

DADOS DA INTERNAÇÃO

Quarto/Leito: 110-0004
 Aposento: ENFERMARIA
 Matrícula: _____
 Clínica: TRAUMA-ORTOPEDIA
 Autorização: _____
 Setor: POSTO ENF 2
 Dia: 0
 Guia: _____
 CDM: 12525
 CID Secundário: S52.2 Fratura da diáfise da tíbia
 Procedimento SUS: _____
 Condição da Saída: TRANSFERENCIA
 Usuário Saída: _____
 Sireparat: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Eu, abaixo assinado _____, pessoa responsável pelo
 paciente _____, DÁ PLENA AUTORIZAÇÃO aos médicos do
 HOSPITAL MATERIDADE MADALENA NUNES, que o assistirem, para fazerem investigações
 necessárias ao diagnóstico para a execução e tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as
 disposições contidas no regulamento do estabelecimento. OBS: O Hospital só se responsabiliza por
 os e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

Rx OK!



VIANGUA, 30 de julho de 2014.

Assinatura do paciente
 Assinatura por delegação: ADRIELE DE SOUSA ARAÚJO

x. Joeldes Santos Silva
 Assinatura do responsável



HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá-Ce - CEP: 82.320-000
PABX: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01
www.saocamilotiangua.org.br

AVISO DE ALTA

Data: 02/08/14

Às: 11:15 horas

Nome: Francisco Tiago da Silva

Ref. Nº 154846

Endereço: Rua: Jardim, Centro

Município: Picos do Ceará

Clínica: _____

Enfermaria: _____

Leito: _____

Diagnóstico: _____

Médico: _____

Assinado pelo Médico: _____

TA POR:

Cura ☐

Melhorado ☐

Óbito ☐

Transferência ☒

Evasão ☐

A Pedido ☐

Assinatura da Enfermeira Chefe: _____

Assinatura do Paciente/ Responsável: João da Silva





FOLHA DE ANAMNESE

Nome: Franciscoiago da Silva Nº Prontuário 157846

Idade	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão	Procedência

Diagnóstico Provisório: _____

Diagnóstico Definitivo: Fratura Exposta pu-fº

Diagnóstico Secundário: _____

Data: 30/07/14

Dr. [Signature]
Ortopedia Traumatologia
CRM: [Signature]

Médico - Cremec

- Histórico

- Exame Físico

- Sumário - Impressões Diagnosticas - Sugestões



Ad = e H050

Dr. [Signature]
Ortopedia Traumatologia
CRM: [Signature]



SÃO CAMILO HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

TIANGUÁ - CE
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE

FOLHA DE OPERAÇÃO



Paciente: <i>Trigão da Silva</i>		Nº REG.
Data: <i>30/7/14</i>		<i>157846</i>
ENF.		LEITO
1º AUXILIAR		
3º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR
TIPO DE ANESTESIA		
HISTÓICO PRÉ-OPERATÓRIO		
<i>fratura existente</i>		
<i>para o</i>		
<i>Reduzir e - puzer</i>		
<i>Mo - tager fixador externo</i>		
HISTÓICO PÓS-OPERATÓRIO		
RIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		

RADIOLOGICO NO ATO

ANTE DURANTE A OPERAÇÃO



DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS

- pe DDH Reduzir 2 lavagem*
sf9,9,1 10 2 3 Reduz
fixador
- Mo - tager fixador externo*
fechamento
curativo

Dr. Luiz Fernando



Sociedade Beneficente São Camilo

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

39
PRONTUÁRIO Nº
157846

Nome: *Francisco Tiago da Silva*

CATEGORIA:

QT./ENF.

LEITO

PESO	ALTURA	SEXO	TEMP.	PULSO	RESP.	PR. ART. MX/MIN
81	1,60	M	36,5	72	18	120/80
Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Urina	

DATA DA ANESTESIA

30.07.14

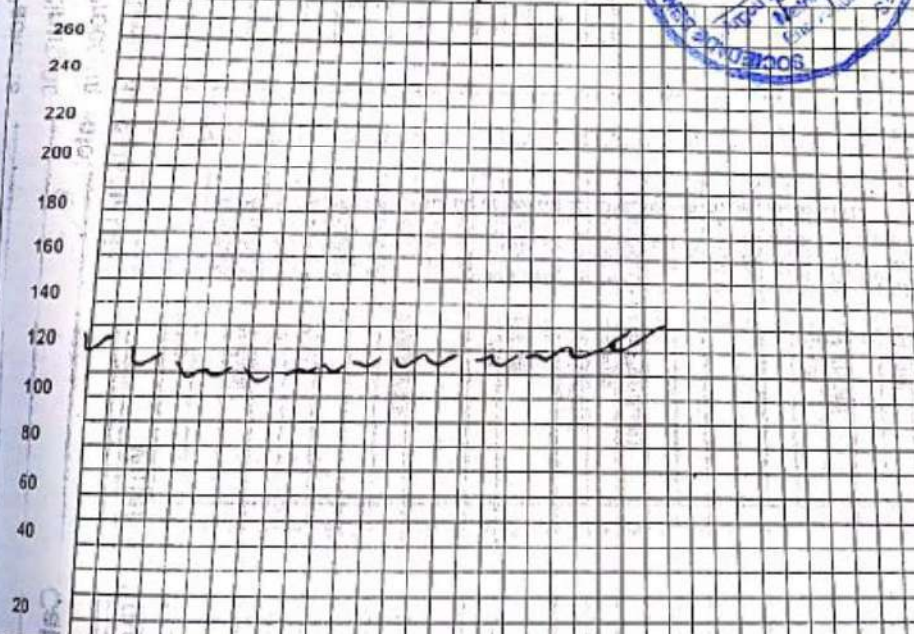
Antecedentes: *Doença Sanguínea*
Dentes: *Presença*
Pescoço: *Presença*

Risco: *Presença*

Pré-Anestésico: *Presença*

Aplicada às: *Presença*

Elétros: *Presença*



Asma	Bronquite
ECG	
Alergia	
Estado Mental	
Ataxias	
Corticoides	
Hipotensores	Outras Drogas
INDUÇÃO	
Exot.	Tosse
Laringoespasma	Lenta
Náuseas	Vômitos
Outros	

MANUTENÇÃO

Boz

Anestesia Satisfatória
Não, porque?

☒ SIM

☐ NÃO

DESPERTAR

Reflexos na S. O.

Obstr.

Co

Excit.

Náuseas

Vômitos

Outros

Para logo com cânula

☒ SIM

☐ NÃO

Condições

Perdas Sanguíneas Aproximada

Volume Sanguíneo Repouso

TEMPO DE ESPERA

De

às

Anestesiologia

Dr. Daniel Vieira Chaves

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

AGENTES

TECNICA

OPERAÇÃO

CONDIÇÕES

Anestesia + Dr. Borek

Bupivacaína + Morfina

Respi

Txt. de Ext. F. P. de Ext. F. P.



Sociedade Beneficente São Camilo

Hospital e Maternidade Madalena Nunes



Paciente: Francisco Tiago da Silva

PRONTUÁRIO Nº
157846

CATEGORIA:

QT./ENF.

LEITO

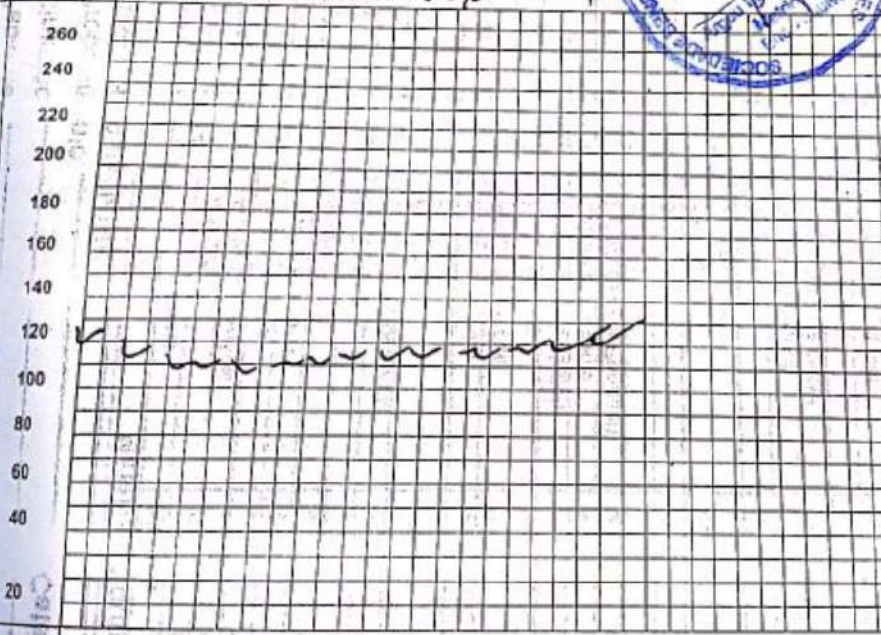
PESO	ALTURA	SEXO	TEMP.	PULSO	RESPIR.	PR. ART. MX/MIN
		M				
Hemácias	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Ureia	Urina	

DATA DA ANESTESIA

30.07.14

Asma ☐ Bronquite ☐
ECG ☐
Alergia ☐
Estado Mental ☐
Ataxias ☐
Corticoides ☐
Hipotensores ☐ Outras Drogas ☐
Indução ☐ Excl. ☐ Tosse ☐
Laringoespasmos ☐ Lenta ☐
Náuseas ☐ Vômitos ☐
Outros ☐

Pré-Anestésico Aplicada às ☐ Efeitos ☐
Anestésico ☐
Líquidos ☐
SF - RL - 65% -



MANUTENÇÃO

Boz

Anestesia Satisfatória

☒ SIM

☐ NÃO

Não, porque?

DESPERTAR

Reflexos na S. O.

Obstr.

Co.

Excl.

Náuseas

Vômitos

Outros

Para tirar com cânula

☒ SIM

☐ NÃO

Condições

Perdas Sanguíneas Aproximada _____ ml

Volume Sanguíneo Repouso _____ ml

TEMPO DE ESPERA

De _____ às _____ hrs

Anestesiologia

Dr. Daniel Vieira Chaves
Médico

SÍMBOLOS E
ANOTAÇÕES

POSICÃO

AGENTES

TECNICA

OPERAÇÃO

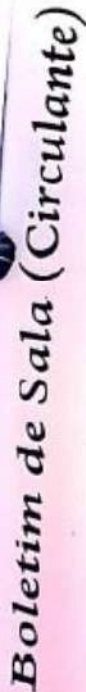
CONDIÇÕES

Anest. + Dr. Raul

Bupivacaína + Morfina

Regui

Tot. Cir. Fut. Exy. Pernz of Fix.



SÃO CAMILO

Paciente: Francisco Turyap e/ou Silvan
Leito: _____

Leito: _____ Convênio: SU'S

Prontuário: 157846

Convênio: SU's

Procedimento: Trochiscus de Tiliis & Foli:

Cirurgião: D. B. B. B.

Auxiliares:

Anestesia: *De David*

Tipo de Anestesia: Regional.

Início da Cirurgia: 16:57 Término da Cirurgia: 17:40

Instrumentadora: Alberta

Circulante:

Observações:

[illegible]

Materiais			Unid	Qde.	Nome	Unid	Qde
Algodão Hidrófilo	gr.						
Algodão Ortopédico	und				Serinas 20ml		
Aladura de Crepom 10cm	und		3		11 10ml		1
Aladura de Crepom 20 cm	und		2		11 5ml		1
Aladura Gessada	und.				11 3ml		2
Coletor Aberto de Urina	und.						
Coletor Fechado de Urina	und.				25x8		2
Compressa Grande	und.				11 4x12		1
Compressa Pequena	und.				11 13x4,5		1
Conitonoid's	und.				capinha 7/8gaze		1
Dreno Aspiração / Vácuo	und.						
Dreno de KEHR#	und.						
Dreno de PENROSE#	und.						
Dreno Torax	und.						
Esparadrapo 10 cm	cm		50				
Faixa de Smach	und.						
Gaze 7.5x7.5 cm	und.						
Gaze Acolchoada 15x30 cm	und.						
Gel	gr						
Gelfoan	und.						
Gorro Descartável	und.		5				
Irrigafix	und.						
Lâmina de Bisturi	und.		1				
Lâmina de Bisturi	und.		24				
Luva Descart. 6.5	par						
Luva Descart. 7.0	par		2				
Luva Descart. 7.5	par		2				
Luva Descart. 8.0	par						
Luva Descart. 8.5	par						
Luva Descart. 8.5	und.		5				
Máscara Descartável	cm						
Micropore	par		10				
Propôs Descartável	und.						
Sonda Foley Vias#	und.						
Sonda Uretral	fe						
Surgicel	und.						
Tampão Vaginal	und.						
Tela de Marlex	tubo						
Vaselina esterilizada	gr						
Xilocaina Geléia							

Equipamentos		Soluções	
Nome	Unid	Nome	Qde
Aparelho de Endoscopia	hora	Água Destilada	ml
Artroscopia	hora	Água Oxigenada	ml
Bisturi Elétrico	hora	Alcool	ml
Fimle	min	Assepsol	ml
Gás Carbônico (Co2)	hora	Cloroxer	ml
Histeroscopia	hora	Contasol	ml
Intensificador de Imagem	hora	Eter	ml
Microscópio Cirúrgico	min	Formol	ml
Videolaparoscopia		Glutaron	ml
		Povidone Iodogenia	ml
		Povidone Tópico	ml
		Soapex	ml
		Soro Fisológico 0.9%	ml
		S.R.H.	

Paciente: Jaqueso Idade: 24
Quarto: _____ Leito: _____
Nº Registro: 154846 Convênio: SUS
Médico: _____ Data: 30/7/12

PRESCRIÇÃO Nº _____

SÃO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
TIANGUÁ - CE

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Value Expire per day

23

Observações	Hora	T.	P.A.	D.	Evac
Lab: 30/01/2011.					
Paciente admitido com que-					
adrede futura esquerda					
em n. 50 com lesão					
ento-continua e sempre-					
ta orientado espacialmente					
nessa história etiológica					
nessa MAG nessa DUA					
no parafusos e pulso					
chelo e nequela, elevada					
hidrotaxia renosa, em					
evitando fricção pela					
eximimaga, encaminha-					
do a.c.c pora latimna.					
ção de nua evidenci. 9. julho: 2011					
30/07/14 - A 16:55 admitido					
na CC para procedimento					
cirúrgica de fratura					
de tibia e fíbula					
nao Parburo e nua-					
Ther. Dr. Daniel					
PA: 110 x 40					
P: 98					
Início: 16:57 h.					
Terminou: 17:40					
Spa: 96					

Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA - 157846

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

Idade: 24 Ano(s)

Leito: 110-0004

Médico Responsável: LUIS FERNANDO PANIZZA

Antibiótico(s) Solicitado(s)

CEFALOTINA 1 G

GENTAMICINA(SULFATO) 80 MG

Dose Diária Dias Antibiótico(s) já usado(s) - última saída do item
4 4
240 4

Exames realizados nos últimos 30 dias (Interno e externo)

Programas

Identificado(s):

Indicação para a Solicitação

Operatório fratura exposta de perna
Luis Fernando Panizza
CRM: 116001

FRANCISCO TIAGO DA SILVA - CRM 12525

CCIH:



HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Prescrição Médica

Página 001

30/07/2014 17:40

Prescrição: 0001

Data: 30/07/2014

Horário: 17:40

Unidade: SUS

Diagnóstico: S82.2 Fratura da diáfise da tibia

Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA

Setor: POSTO ENF 2

Prontuário: 157846/0002

Quarto/Leito: 110/0004

CRM: 12525

Data de Internação: 30/07/2014

OK 18:31

Prescrição	Dosagem	Via	Frequência	Apazamento
DIETA GERAL				dieta geral
ACESSO VENOSO				OK
SF0,9% 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS				OK
CEFALOTINA 1 G famp	4g	E.V.	06/06 H	20 02 08
GENTAMICINA(SULFATO) 80 MG amp	5mg	E.V.	08/08 H	00 08
CETOPROFENO 100MG EV amp DILUIR EM SF0,9% 100 ML EV DE 8 EM 8 HORAS				00 08
DIPIRONA SODICA 500 MG/ML - 2ML amp		E.V.	06/06 H	20 02 08
PANITIDINA 50MG/2ML amp		E.V.	12/12 H	20 08
WANTER MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO				atueca
FIKOTERAPIA MOTORA GANHO ADM PASSIVO				fisioterapia
SINAIS VITAIS				rotine

Evolução Clínica:

OPERADO LIMPEZA REDUÇAO E FIXADOR EXTERNO FRATURA EXPSOTA DE PERNA
CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS

310714

Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA
Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA
Setor: POSTO ENF 2

Prontuário: 157846/0002
Quarto/Leito: 110/0004
CRM: 12525

Data de Internação: 30/07/2014
806- Extra.



	Dosagem	Via	Frequência	Apazamento
DISSOLUÇÃO VENOSA				1) 10ml
DISSOLUÇÃO 500 ML EV DE 8 E M 8 HORAS				+ 10ml
INSULINA 1 G famp	4g	E.V.	06/06 H	3) 500 500 500
CLAMICINA (SULFATO) 80 MG amp	5mg	E.V.	08/08 H	4) 10 20 05 08
KETOPROFENO 100MG EV amp DILUIR EM SF0,9% 100 ML DE 8 E M 8 HORAS				5) 10 00 08
CLORIDATO SODICA 500 MG/ML - 2ML amp		E.V.	06/06 H	6) 10 00 08
CLORIDATO 50MG/2ML amp		E.V.	12/12 H	7) 10 20 08
TER MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO				8) 20 08
TERAPIA MOTORA GANHO ADM PASSIVO				9) 10 08
VITAIS				10) FISIOTERAPIA
				11) Rotina

Exatão Clínica:

Exatão fratura exposta de perna
Edema sem dor extensao passiva de pododactilos
Antibióticos
Analgesicos
Sop

Luis Fernando Panizza
CRM: 113501

ASSINATURA: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

10ml Realizado R.X.
neida.

Realizado curativo H3 D.
rede e sonda.



Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA
Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA
Setor: POSTO ENF 2

OK.
E.E. 08:40
Prontuário: 157846/0002
Quarto/Leito: 110/0004
CRM: 12525
Data de Internação: 30/07/2014



	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
dieta geral				
OK				
4g	E.V.	06/06 H	14 20 02 08	
5mg	E.V.	08/08 H	16 00 08	
			16 00 08	
	E.V.	06/06 H	14 20 02 08	
	E.V.	12/12 H	20 08	
			atenção	
			fisioterapia	
			rotina	
			10	

ção Clínica:

PERATORIO FRATURA EXPOSTA DE PERNA
RIL SEM DOR EXTENSAO PASSIVA DE PODODACTILOS
E ANTIBIOTICOS
SICOS
RAPIA

13 Versa 40mg SIC R/Rh
com 257 Agora 29:00

Faz 3x tomex 14 fiquemine 5000U SIC 12/12h
com 257 Agora 29:00.

Luis Fernando Panizza
CRM-CE 12525

SAVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

AS 19:00 R+ toxax P&P com Unge-ca
e Avaliaç clinica medica
He-otoxax ? pulso
E volia gordinha ?



Dados Clínicos - Multidisciplinar

Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA
Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA
Setor: POSTO ENF 2
S82.2 Fratura da diáfise da tíbia S82.2 Fratura da diáfise da tíbia

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA - 01/08/2014 08:45

EM PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE TÍBIA E FÍBULA E, APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, COM MODERADO DE TORNOZELO E JOELHO, COM DIMINUIÇÃO DE ADM PRA DORSO FLEXÃO E FLEXÃO PLANTAR, REFERE ALGIA CIRURGICA. CONDUTA: MASSAGEM PARA DRENAGEM DE EDEMA, MOBILIZAÇÃO PASSIVA DE DEDOS, TORNOZELO E EXERCÍCIO DE ISOMETRIA DE QUADRICEPS.

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
Atenção Médica

0004
08/2014
23
SUS
Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA
Aposento: ENFERMARIA
Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA
Setor: POSTO ENF 2
S82.2 Fratura da diáfise da tíbia



Página 001
02/08/2014 09:23
Quarto/Leito: 110/0004
CRM: 12525
Data de Internação: 30/07/2014

Medicação	Dosagem	Via	Frequência	Aprazamento
GENERAL				
VENOSO				
CLIVE DE 45 GRAUS E MASCARA VENTURI OX				OK
DO CONTINUO E OXIMETRO				
SONDA VESICAL				
500 ML EV DE 4 EM 4 HORAS				500 500 500 500 500
ALOTINA 1 G famp	4g	E.V	06/06 H	34 20 00 08
ANTIMICINA(SULFATO) 80 MG amp	5mg	E.V	08/08 H	36 00 08
ERRAZOL 40MG famp FAZER EV DE 6 EM 6 HORAS				30 36 22 04
FISIOTERAPIA RESPIRATORIA				FISIOTERAPIA
VITAIS				Retina

Atenção Clínica:
GORDUROSA
TEMESE
OPERATORIO FRATURA EXPSOTA DE PERNA
PERNEICO
DUCCITO VAGA HOSPITAL TERCIARIO EM SOBRAL SANTA CASA OU
HOSPITAL
ERRAZOL
HIDRATAÇÃO

às 11:15h pt. Transferido
p/ Geral com familiares
e tcc e ambulância ao
Hospital de origem Vigor
Nero

Luis Fernando Panizza
CRM: 115001

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

REGISTRO DE ENFERMAGEM



Nome: Francisco Trago da Silva
 NÚMERO: 158446002 LEITO: EXTRA DATA DA INTERNAÇÃO: 1 / 1
 CONVÊNIO: Sus UNIDADE/SETOR:
 DATA DA INTERNAÇÃO:

CONTROLES

PA	P	T	R	GLICEMIA	DIURESE	EVACUAÇÃO	ÊMESE	DRENO
140x80	75	36.5	23	—	presente	—	—	—
130x70		36°			—	presente	—	—
130x80		36°						



DIETAS / VOLUME

CONTROLE DE CATÁTERES E SONDAS

VIA ORAL	SNG	SNE	NPT	AVP	CVC	SNG	SNE	SVC

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado / Realizado

Entregue

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

DATA	HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO	RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO	CURATIVOS
			() jelco n.____ () tree way		() Curativos
			() jelco n.____ () tree way		() Curativos
			() jelco n.____ () tree way		() Curativos

REGISTRO DE ENFERMAGEM



NOME: Francisco Trapp da Silva

PRONTUARIO: 157446/0002 LEITO: EXTRA

DATA DA INTERNAÇÃO: 1 / 1

MEDICO: Sus CONVÊNIO: Sus

UNIDADE/SETOR:

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

CONTROLES

ORA	PA	P	T	R	GLICEMIA	DIURESE	EVACUAÇÃO	ÊMESE	DRENO
6:00	140x80	75	36,5	23	—	presente	—	—	—
07:00	130x70		36°	—		—	presente	—	—
08:14	130x80		36°						



DIETAS / VOLUME

CONTROLE DE CATÁTERES E SONDAS

RA	VIA ORAL	SNG	SNE	NPT	AVP	CVC	SNG	SNE	SVC

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado / Realizado

Entregue

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO	RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO	CURATIVOS
		() jelco n.____ () tree way		() Curativos
		() jelco n.____ () tree way		() Curativos
		() jelco n.____ () tree way		() Curativos

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Assinatura legível e Nº COREN)

06:00 PA = 140x80 T = 36,5 31/07/14 Plante
na repouso, consciente, verbaliza com o
seu nome, elucida presente, segue quadras no momento,
medicado segue sob cuidados de uma enfermeira.

31.07.14 às 08:00h. Plante encontra-se em repouso no leito,
consciente, corada, agitada, verbalizando, sem guisa no momento, me-
dicado conforme a prescrição médica, orientado sobre as cuidados a
serem seguidos.

PA: 130x80 mmHg T: 36 °C P: 77 bpm R: 20 rpm
31/07/2006 P: 130x80 T: 36 orientado, verbaliza
verbaliza, elucida, orientado, sem guisa
com alguns no momento segue sob cuidados
de

31.07.14 às 20:00h. PA: 130x70 T: 36 °C Paciente em
repouso no leito, ativo, orientado, eufórico corado, sem
guisa de alga no momento, medicado epm, segue aos
cuidados de enfermagem.

01.08.14 às 5:35h Paciente continua em repouso no leito,
ativo, orientado, sem guisa de alga no momento,
conhece bem o sono, segue aos cuidados de enferma-
gem.

01.08.14 08:30h PA=110x80 T=36 °C Segue ativo,
eufórico, orientado, verbaliza, deambula com difi-
culdade. Nega queixas de alga no período.
Medicado conforme prescrição médica. Funções
fisiológicas presentes. Segue aos cuidados de

01.08.14 às 15:25h PA: 130x80 mmHg

Maxine Carvalho dos Santos
Téc. em Enfermagem
COREN 45.45330

01.08.14 às 17:35h PA: 130x70 T=36 °C Paciente ativo,
consciente, orientado, verbalizando, deambula com dificuldade,
dirigido pelo enfermeiro - se com O2, funções fisiológicas presentes,
segue sob cuidados.

Maxine Carvalho dos Santos
Téc. em Enfermagem
COREN 45.45330

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Assinatura legível e Nº COREN)

02:00h 01/08/14 cliente consciente orientado verbaliza, dispneico, com oxigenioterapia, oxímetro SAT= 90 pulso= 80 segue sob cuidados de enfermagem.

Sandra Fernandes Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 690528

06:00h 01/08/14 p.A= 120x70 mmHg T= 37°C cliente em repouso no leito, consciente, orientado verbaliza dispneico, em oxigenioterapia, em oxímetro SAT= 96 bpm 84 taquicárdica presente, MIE mobilizado, segue sob cuidados de enfermagem.

Sandra Fernandes Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 690528

08:00h T= 37°C P.A 140x80 p= 98 sat= 94 orientado, dispneico, verbaliza, mobilizado às 8:30 apresenta humidade na orofaringe com máscara de venturi, com acordo médico voluntária a oxigenoterapia transcutânea para 24h sob cuidados de enfermagem às 11:15 paciente transfiado

Janice S. Araújo
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 893058



REGISTRO DE ENFERMAGEM

Hospital e Maternidade
Madalena Nunes
Administração

NOME: *Francisco Grupo da Silva*

PRONTUÁRIO: *1*

MÉDICO: *SUS*

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

CONTROLES

HORA	PA	P	T	R	GLICEMIA	DIURESE	EVACUAÇÃO	ÊMESE	DRENO
20:00	140x80		86,5						



CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

HORA	VIA ORAL	SNG	SNE	NPT	AVP	CVC	SNG	SNE	SVC
------	----------	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

DIETAS / VOLUME

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado / Realizado

Entregue

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

DATA	HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO	RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO	CURATIVOS
			() Jelco n. — () tree way		() Curativos
			() Jelco n. — () tree way		() Curativos
			() Jelco n. — () tree way		() Curativos

lab cito

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E CITOLÓGICAS

Responsável: Dr. LUIZ FERNANDO PANIZZA
 Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA
 Serviço: LABORATÓRIO

Convênio: Hosp. São Camilo

Pedido: 0001024742

Idade: 24a 6m 13d

Data: 02/08/14

R.G.:

Exame: HEMOGRAMA COMPLETO
 Equipamento: Wiener Lab. Counter 19 CP

RESULTADO:

Hemograma

Hemácias: 4.780.000 /mm³
 Hemoglobina: 12,6 g/dl
 Hematócrito: 37,3 %
 V.C.M.: 78,03 µm³
 H.C.M.: 26,36 pg
 C.H.C.M.: 33,78 g/dl
 R.D.W.: 15,00 %

AMOSTRA: Sangue - EDTA

Valores de Referência

4.000.000/mm³ a 5.500.000/mm³
 13,5 g/dl a 17,5 g/dl
 41,0 % a 53,0 %
 80,00 µm³ a 100,00 µm³
 26,20 pg a 34,00 pg
 31,00 g/dl a 36,00 g/dl
 11,50% a 15,00%

Leucograma

Global: 7.300 /mm³

2.500/mm³ a 10.000/mm³

Diferencial

Neut. Bastonetes: 3,00 %
 Neut. Segmentados: 80,00 %
 Eosinófilos: 1,00 %
 Monócitos: 1,00 %
 Linfócitos: 15,00 %

---/mm³---

219

5.840

77

77

1.035

0 a 810

1.000 a 8.000

0 a 500

0 a 800

0 a 7.400

Plaquetas: 102.000 /mm³

150.000/mm³ a 450.000/mm³

Observações: Hemácias com leve hipocromia e microcitose.

Leucócitos sem alterações morfológicas.

Linfócitos sem atipias.

Plaquetas morfollogicamente normais.

= Fator de Variação dos Diâmetros dos Eritrócitos



Data Emissão: 02/08/14

Dr. Fernando Antônio M. Nogueira
 Farmacêutico - Bioclinica

CRF 2120

lab cito

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E CITOLÓGICAS

Dr. LUIZ FERNANDO PANIZZA
 FRANCISCO TIAGO DA SILVA
 LABORATÓRIO

Convênio: Hosp. São Camilo
 Idade: 24a 6m 13d
 R.G.:

Pedido: 0001024742
 Data: 02/08/14

EXAME: HEMOGRAMA COMPLETO
 EQUIPAMENTO: Wiener Lab. Counter 19 CP

RESULTADO:

Hemograma

Hemácias: 4.780.000 /mm³
 Hemoglobina: 12,6 g/dl
 Hematócrito: 37,3 %
 V.C.M.: 78,03 µm³
 H.C.M.: 26,36 pg
 C.H.C.M.: 33,78 g/dl
 R.D.W.: 15,00 %

AMOSTRA: Sangue - EDTA

Valores de Referência

4.500.000/mm³ a 5.900.000/mm³
 13,5 g/dl a 17,5 g/dl
 41,0 % a 53,0 %
 80,00 µm³ a 100,00 µm³
 24,00 pg a 34,00 pg
 31,00 g/dl a 36,00 g/dl
 11,50% a 15,00%

Leucograma

Global: 7.300 /mm³

3.500/mm³ a 10.000/mm³

Diferencial

Neut. Bastonetes: 3,00 %
 Neut. Segmentados: 80,00 %
 Eosinófilos: 1,00 %
 Monócitos: 1,00 %
 Linfócitos: 15,00 %

---/mm³---

219
 5.840
 75
 75
 1.035

-----/mm³-----

0 a 810
 1.700 a 5.000
 0 a 500
 20 a 800
 50 a 2.500

Plaquetas: 102.000 /mm³

150.000/mm³ a 450.000/mm³

Observações: Hemácias com leve hipocromia e microcitose.

Leucócitos sem alterações morfológicas.

Linfócitos sem atipias.

Plaquetas morfolologicamente normais.

= Fator de Variação dos Diâmetros dos Eritrócitos



Data Emissão: 02/08/14

Dr. Fernando Antonio M. Nogueira
 Farmacêutico - Registro
 CRF 2120

Dr. Sérgio...

labcito

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E CITOLOGICAS

Paciente: Dr. LUIZ FERNANDO PANIZZA

Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA

Paciente: LABORATÓRIO

Convênio: Hosp.São Camilo

Idade: 24a 6m 13d

R.G.:

Pedido: 0001024742

Data: 02/08/14



NOME.....: CREATININA

MODO.....: Cinético

MATERIAL.....: Sangue

RESULTADO: 1,40 mg/dL

Referência: 0,4 a 1,3 mg/dL

NOME.....: PLAQUETAS

MODO.....: Automação ABX MICROS 60

MATERIAL.....: Sangue

RESULTADO: 102.000

ADULTOS - 150.000 a 440.000 (/mm3)

CRIANÇAS - 150.000 a 650.000 (/mm3)

NOME.....: TEMPO DE SANGRIA

MODO.....: DUKE

MATERIAL.....: Sangue

RESULTADO: 2:15 minuto

Referência: 1 a 3 minutos



Data Emissão: 02/08/14

Dr. Fernando Antônio M. Nogueira

Assinatura: _____

CPF: _____

labcito

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS E CITOLOGICAS

Dr. LUIZ FERNANDO PANIZZA
FRANCISCO TIAGO DA SILVA
LABORATORIO

Convênio : Hosp.São Camilo
Idade : 24a 6m 13d
R.G. :

Pedido : 0001024742
Data : 02/08/14



AME.....: TEMPO DE COAGULACAO

ADO.....: LEE-WHITE

ASTRA.....: Sangue

RESULTADO: 4 minutos

0 a 11 minutos

AME.....: PROVA DO LACO

ADO.....: RUMPEL-LEED

ARA.....: Teste cutaneo

RESULTADO: Negativo

NEGATIVO



Data Emissão: 02/08/14

Dr. Fernando Antonio da Nogueira
Farmacêutico - R. 1000
CRP 2126

CRÉDITO

HISTÓRICO

UTILIZADO EM CIRURGIA

nascimento

Nº 1981

Hospital:

Procedimento:

Código:

Com Procedimento:

Paciente:

Data da Cirurgia:

Nº prontuário

Cirurgião:

Código:

Convênio:

() Reposição () Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

Qtd.	Descrição	Cód. Produto	Valor Unit.	Valor Total
1	Furador externo			
	4,5 x 350			

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

	Nº	Qtd	Cód	Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical					
() mm					
Parafuso Cortical					
() mm					
Parafuso Esponjoso					
4.0 mm					
Parafuso Esponjoso					
5 mm R/16 Curta					
Parafuso Esponjoso					
5 mm R/32 Longa					
Parafuso Maleolar					
4.5 mm					

O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento:

Valor N.F. para:

Cód. do consultor:

Total:

Instrumentador:

Anotações do Médico

SEGURO DE VIDA, INCURRÊNCIA DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
ALUGUELOS, TRANSPORTES, QUANTO A SEGURO DPVAT

SP Nº 8168857273 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JAIRD VIEIRA DOS SANTOS

04505630307

EXERCÍCIO 2010 19/08/2011

JAIRD VIEIRA DOS SANTOS

230248039

2010

9C2JC4110AR684339

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A

CNPJ: 09.248.608/0001-04

BR-2010



**Seguros****DPVAT**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS **QUE ENTRE SI FAZEM-----SEGUROS E**



CONTRATANTE:	
Nacionalidade:	Natural:
Estado civil:	RG:
Profissão:	CPF:
Endereço:	
Bairro:	CEP:
Município/UF:	TELEFONE:

CONTRATADO: Antônio Fábio de Araújo, maior, casado, inscrito com CPF: 006.892.523-90 e RG: 2001099079843, residente na Av. Lamartine Nogueira S/N, Bairro: São José, Viçosa do Ceará.

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO DO CONTRATO

1.1 Por meio deste, o contrato compromete-se a realizar todos os atos administrativos necessários a solicitação do seguro DPVAT em nome do CONTRATANTE;

1.2 A prestação dos serviços consiste na elaboração e protocolização de requerimento formal junto ao órgão público competente, acompanhado de todos os documentos necessários, que deverão ser fornecidos, em tempo hábil, pelo CONTRATANTE.

CLÁUSULA SEGUNDA: DA REMUNERAÇÃO

2.1 Em contraprestação, o CONTRATANTE compromete-se a remunerar os serviços do CONTRATADO, bem como as despesas administrativas efetivamente realizadas pelo escritório na condução do objeto do contrato, mediante pagamento, em pecúnia, no valor equivalente a 20% do valor bruto da indenização concedida.

2.2 O valor será pago integralmente quando da liberação da indenização requerida.

2.3 O valor referente às despesas administrativas efetivamente realizadas pelo CONSTITUÍDO será devido mesmo caso de desistência do requerimento, sendo definido em 50% do valor calculado no item 2.1, acrescido do valor de R\$ 362,00 referente a multa por rescisão contratual.

2.4. Acaso seja acordada a forma parcelada, para pagamento dos valores mencionados no item 2.1., considerar-se-á vencida a segunda parcela em caso de inadimplemento da primeira.

2.5. Fica estabelecido como local de pagamento a sede da empresa CONSTITUÍDA, localizada na cidade de Viçosa do Ceará/CE, com endereço citado em sua qualificação.

2.6 Resta esclarecido que o CONSTITUÍDO, quando somados os honorários contratuais aqui acordados e as despesas administrativas, não poderá auferir vantagem superior ao CONSTITUINTE.

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS DESPESAS EXTRACONTRATUAIS

3.1 Correrão por conta CONSTITUINTE das despesas em local de distinto do foro deste contrato, viagens e hospedagens do representante do CONSTITUIDO em diligências fora da comarca sede que se fizeram necessárias.

CLÁUSULA QUARTA: DA RESPONSABILIDADE

4.1 O CONSTITUINTE, declara-se responsável pela veracidade das informações prestadas e dos documentos enviados, isentando o CONSTITUIDO de qualquer pendência ou litígio oriundo de falsas declarações e informações.

4.2 Ao CONSTITUIDO assiste o direito de rescindir o presente termo em caso de má fé nas informações fornecidas pelo CONSTITUINTE e/ou em desobediência do mesmo de qualquer das cláusulas deste instrumento, restando, ainda, este obrigado a quitação do pagamento dos valores descritos no item 2.3 deste instrumento.

4.3 Em caso de rescisão contratual por parte do CONSTITUINTE, este obriga-se a pagar integralmente os valores estipulados no item 2.3.

CLÁUSULA QUINTA: DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 As partes comprometem-se reciprocamente a tentar resolver de forma amigável as dúvidas e controvérsias porventura advindas no deslindar deste instrumento.

5.2 O CONSTITUINTE declara-se ciente que a prestação é obrigatória de meio, não dependendo, pois, de sucesso no deferimento da indenização em teto máximo requerido, devendo, entretanto, o CONSTITUINTE prestar as informações necessárias ao correto deslinde contratual.

5.3 O presente instrumento abrange apenas os atos descritos neste Contrato, qualquer alteração ou adiantamento deverá ser feito em um novo contrato ou termo aditivo com expressa referência a este e em comum acordo entre as partes contratantes.

CLÁUSULA SEXTA: DO FORO

6.1 Fica eleito o foro da Comarca de Viçosa do Ceará para dirimir qualquer pendência oriunda da execução do presente contrato, prevalecendo sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem os contratantes de pleno acordo, sendo capazes, assinam o presente instrumento rubricando as demais páginas, conscientes e espontaneamente, com duas testemunhas, em duas vias de igual teor e forma, sem rasuras, para maior validade jurídica.

Viçosa do Ceará-CE, ____ de _____ de 20__.

CONSTITUINTE:

Francisco João da Silva

CONSTITUIDO:

TESTEMUNHA 01:

TESTEMUNHA 02:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____, Órgão _____,

CPF nº _____, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	
Apto / Complemento	
Bairro	
Cidade	
Estado	
CEP	
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante: Francisco Tiago da Silva

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

PORTADOR(A) DO RG Nº _____

EXPEDIDO POR _____

EM ____/____/____ E

CPF _____ /CNPJ _____, PROFISSÃO _____

E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA _____, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
 - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

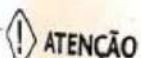
PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

_____, de _____ de _____
LOCAL E DATA_____
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.

Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, _____, portador da carteira de identidade nº _____ e inscrito no CPF/MF sob o nº _____, residente e domiciliado na _____, Cidade _____, Estado _____, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Francisco Trigo da Silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data