



ADVOGACIA ASSESSORIA JURIDICA

**Lorena Fernandes da Cunha**  
ADVOGADA | OAB-TO 4225  
88' 3671 2583 | 9622 9474



### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

**OUTORGANTE:** Francisco da Conceição Silva, nacionalidade Brasileiro,  
estado civil solteiro, profissão Agricultor, RG nº 2000028053377, CPF nº  
056.850.703-02 residente e domiciliado(a) na Júlio Lopes, nº 514 bairro  
Zona Rural na cidade de Vilaça, e-mail: \_\_\_\_\_, constituo e nomeio a  
bastante procuradora:

**OUTORGADA:** Dr.<sup>a</sup> **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.

Sucosa - CE, 19 de outubro de 2016.

Francisca da Conceição Silva  
OUTORGANTE



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Francisco da Conceição Silva  
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteiro,  
profissão Agricultor, RG nº 2000028037377 SSP/CE,  
CPF nº 016.850.703-02, residente e domiciliado(a) na  
Jitibó Lagos, nº 511, bairro Zona Rural,  
na cidade de Vila Rica, 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.

Silva - de 19 de outubro de 2016.

Francisco da Conceição Silva

Assinatura

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

CEP 2000028057377 DATA 4/5/2000

FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

PESARTE JOAO DA SILVA E ADELAI D  
MARIA DA CONCEIÇÃO

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
VICOSA-CE 25/4/1980

CERT. NASC. 6895 L VAG F  
89 PE VIEIRA-VICOSA-CE

LE Nº 218 DE 2003

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
E DEFESA DA CIDADANIA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

MOLESA DÍGITO

ASSINATURA DO TITULAR

FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

CARTEIRA DE IDENTIDADE



MINISTÉRIO DA FAZENDA  
Secretaria da Receita Federal

**CPF**

016.850.703-02

FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

25/04/1980

Cartão de uso pessoal e intransferível.  
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade.

Dezembro/2003

**CORREIOS**  
www.correios.com.br

smistro: 0000/582375



3606895-0

Resolução nº 100, de 12/03/2009, do Conselho de Administração da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEL) e Resolução nº 100, de 12/03/2009, do Conselho de Administração da Agência Nacional de Energia Elétrica (ANEL).

231381368

Rota 24 31143 01 020340 - 2 Data de Emissão 04/08/2011

Nome JO770 JO577 OLIVEIRA DOS SANTOS

Erid. Postal ST LAJES 00000  
OESTE - VICOSA CEARA -

Atividade 23544777

Posto 0000 A765

Classe RURAL MONOFASICO

Valor de Potência 0,00

RG/CPF/Cartei 00000000000202890296

CCP

Plano de Responsavel

Conjunto VITÓRIA DO CEARÁ

Ago/2011 | 04/08/2011 | 05/09/2011 Mes Jun 2011 CN 12,91

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

ISENTO

DIC 11,00 22,00 44,00 5,60 5,60 5,60

IRC 7,97 15,94 31,88 2,00 2,00 2,00

IRPF 5,60 4,60

2F46,1F59,RF61,2010,ES01,0003,30F9,2010

Valor (R\$) Valor (R\$) Valor (R\$) Valor (R\$) Valor (R\$) Valor (R\$)

1800 1700 1,0 97 0,0 97

04/08/11 04/07/11 31/08/11 97 24,26

VALOR CONSUMO DO MES 24,26

02/09/2011

24,26

Energia	14,26
Transmissão	0,77
Distribuição	0,46
Encargos Setoriais	1,51
Tributos (ICMS FISCAL/CONFINS)	1,28
TOTAL	24,26

166	97	87	80	57	83	52	65	62	66	47	59	58
-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DEBITO - DANOS:  
Informamos a Vossa Excia. devida cancelada sem acréscimos legais esta conta, no valor de R\$ 182,16. Caso o debito reacionado ao lado tenha sido pago, favor reconhecê-lo neste aviso.

DEBITOS ANTERIORES	Mes Ano	Valor R\$
	10 2008	6,56
	11 2008	6,56
	12 2008	6,56
	01 2010	15,55
	03 2010	13,02
	Outros	182,16

Conta desta fatura R\$ 1,26 referente a FISC e CONFINS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL - DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL  
UNIDADE POLICIAL DE FRECHEIRINHA



BOLETIM DE OCORRÊNCIAS - B.O.  
49/2014 CIOPS:

> DADOS DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DO FATO: ACIDENTES - OUTROS  
DATA/HORA DA COMUNICAÇÃO: 02/02/2014 12:45  
DATA/HORA DA OCORRÊNCIA: 13/10/2013 14:15  
ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA: SÍTIO LAGES  
ZONA RURAL CEP: 62.300-000  
VIÇOSA DO CEARÁ-CE  
PONTO DE REFERÊNCIA: LADEIRA

> DADOS DO NOTICIANTE

NOME: FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA  
DOC: 2000028057377 ORGÃO: SSP UF: CE  
DATA DE NASCIMENTO: 25/04/1980  
FILIAÇÃO: CESÁRIO JOÃO DA SILVA  
ADELAIDE MARIA DA CONCEIÇÃO  
ENDEREÇO: SÍTIO LAGES  
ZONA RURAL CEP: 62.300-000  
VIÇOSA DO CEARÁ-CE  
PONTO DE REFERÊNCIA: CASA DO PAULO  
TELEFONE: -

HISTÓRICO:

Compareceu a esta Unidade Policial para noticiar na data de 13/10/2013, por volta das 14:15h, guiava a motocicleta de Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN KS, cor: VERMELHA, placa JJY7391, ano e modelo de fabricação 2005/2005, chassi 9C2KC08105R104774, de propriedade de FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA, pela localidade de Sítio Lages, descendo a serra da Ibiapaba, no sentido Viçosa - Granja/CE, zona rural de zona rural de Viçosa do Ceará-CE, quando se encontrava em um trecho curvo veio a colidir com outra motocicleta (Marca/Modelo HONDA/CG 125 TITAN KS, cor: AZUL, placa JJS5561/DF, chassi 9C2JC30104R078472, de propriedade de CLAUDINEI BRANDÃO PEREIRA); QUE em decorrência do acidente perdeu o dedo mínimo e fraturou o segundo dedo pé esquerdo; QUE foi socorrido ao Hospital Local e de lá transferido ao Hospital Madalena Nunes em Tianguá-CE, onde recebeu atendimento médico especializado; QUE, até a presente data não conseguiu se recuperar plenamente das seqüelas do acidente.

> DADOS DA VÍTIMA

Noticiante

DELEGACIA DESTINO:

*Antônio Viana da Costa Júnior*  
Escrivão de Polícia  
Mat. 133.968-1-7

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:  
MATRÍCULA: 133.968-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisca da Conceição Silva

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_



Buscar no site

- A COMPANHIA ▾
- SEGURO DPVAT ▾
- PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pages/Pontos-de-Atendimento-Autorizados.aspx)
- CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾
- SALA DE IMPRENSA ▾
- TRABALHE CONOSCO ▾
- CONTATO ▾

Seguro DPVAT

## Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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 2014173532 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA  
COBERTURA Invalidez  
BENEFICIÁRIO FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA  
CPF/CNPJ: 01685070302

Posição em 14-04-2016 09:42:15

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na  
autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
07/04/2014	R\$ 5.062,50	R\$ 0,00	R\$ 5.062,50

#### 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)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

#### ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.  
(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)



RELATÓRIO MÉDICO

SEGURO DPVAT - INVALIDEZ POR ACIDENTE

VITIMA: Francisco da Conceição Silva

DATA DO ACIDENTE: 13/10/13

1-ESPECIFICAR AS LESÕES DIRETAMENTE PROVOCADAS PELO ACIDENTE:

Urticária Acidente motor em diagnóstico  
clínico Radiológico fratura crônica  
grave pé (E)

2-RELACIONAR OS TRATAMENTOS MÉDICOS AOS QUAIS A VITIMA FOI SUBMETIDA AO LONGO DO TEMPO, INFORMANDO AS RESPECTIVAS DATAS DE INÍCIO E TÉRMINO:

3/10/13 operou Requebração dos fêmurs  
traumática pé (E) toda Região lateral pé (E)  
a nível do pé 5 Metatarsos (E) e fixação de prótese  
evolução Rigidez

3-A VITIMA JÁ RECEBEU ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS?  SIM ( ) NÃO

EM CASO POSITIVO DESDE QUE DATA Dez/13/13

4-A VITIMA APRESENTOU EXAMES OU LAUDOS MÉDICOS?  SIM (ANEXAR CÓPIAS) ( ) NÃO

5-APÓS O TÉRMINO DE TODO O TRATAMENTO, RESULTOU ALGUMA SEQUELA FUNCIONAL DEFINITIVA, QUE O TORNE INCAPAZ PARA SUAS FUNÇÕES HABITUAIS?

SIM ( ) NÃO

ESPECIFICAR O(S) MEMBRO(S), ÓRGÃO(S), OU FUNÇÃO(ÕES) ATINGIDO(S) E QUALIFICAR A PERDA OU REDUÇÃO EM VALORES PORCENTUAIS(%), OU NÃO SENDO POSSÍVEL DEFINIR ESSA PERDA EM PERCENTUAL, INDICAR APENAS O GRAU APROXIMADO DE REDUÇÃO FUNCIONAL, (MÍNIMO, MÉDIO OU MÁXIMO) PARA CADA ITEM.

Sequela pé E em 80%

DECLARO QUE EXAMINEI A VITIMA ACIMA CITADA NESTA DATA, PORTANTO, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS AQUI TRANSCRITAS. ESTE RELATÓRIO É SEGILOSO E TEM COMO ÚNICA FINALIDADE A DE FORNECER SUBSÍDIOS MÉDICOS PARA FINS DE ENCAMINHAMENTO DA VITIMA AO SEGURO DPVAT, FICANDO TOTALMENTE A CRITÉRIO DA SEGURADORA LIDER, EFETUAR QUALQUER INDENIZAÇÃO OU RECUSA, BEM COMO REALIZAR PERÍCIA MÉDICA OU REQUER OUTROS EXAMES PARA DETERMINAÇÃO DE GRAU EXATO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO AS NORMAS DE SEGURO EM VIGOR.

Ortopedia / traumas 30 DE  janeiro DE 20 14

LOCAL

DATA

DR(A)

ASSINATURA - CARIMBO C/ CRM - ESPECIALIDADE





# FICHA DE REFERENCIA



UNIDADE ÚNICA DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Localidade de Origem: H M M V e

Distrito Sanitário: 13 - CR 03

Município: Itiara do Ceará

Nome: F W De CONCEIÇÃO SILVA

Prontuário: \_\_\_\_\_

Sexo:  M  F

Data de Nascimento: 05/04/80

Ocupação: \_\_\_\_\_

Endereço: St. Luiza

Bairro: \_\_\_\_\_ Município: Itiara do Ceará Fone: \_\_\_\_\_

Motivo de Encaminhamento:

Neuridade de Avaliação Neuropsíquica

Resultado do(s) Exame(s): \_\_\_\_\_

Conduta já Realizada:

Exame + avaliação do M.E. + Rotonef - per. PIP

Impressão Diagnóstica:

Disfunções traumáticas no M.E. + Trauma no ombro E

*[Handwritten signature]*  
Assinatura do Encaminhante - N° Registro

Função

Data

Hora

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_

TRAUMATOLOGIA

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Assinatura do Consultante - N° Registro

Função

Data

Hora

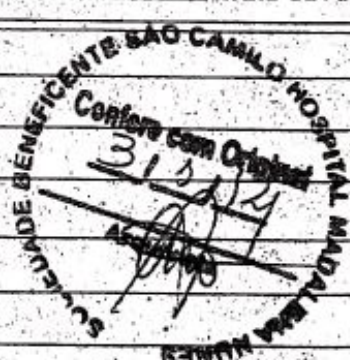
## FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

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

Motivo da referência coincide com o diagnóstico?

Sim

Não

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
TIANGUA - CE

Guia de atendimento - EMERGENCIA

Prontuario: 146333  
Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA  
RG : 2000028057377  
Pai: CESARIO JOAO DA SILVA  
Endereço: SITIO LAGES, SN  
Bairro: ZONA RURAL  
Profissão: AGRICULTOR  
Convênio: SUS  
Cônjuge:  
Endereço: SITIO LAGES, SN  
Data Atendimento: 13/10/2013 Hora: 20:43 CID:  
Médico: EVIWALTON PLACIDO COSTA  
Tipo Atendimento: CONSULTA COM PROCEDIMENTO  
Indicador de Acidente:

9929  
Guia Aut: 23  
Sexo: M  
Idade: 33 Anos  
CEP: 62300  
UF  
Município: VICOSA DO CEARA  
Empresa:  
Matricula:  
Responsável: FRANCISCO  
Município: VICOSA DO CEARA UF  
Sala:  
CRM/UF: 6575/CE  
Funcionário: FRANCISCO VIEIRA DE CAS  
CPF do Responsável:

Observação:  
Peso: kg Altura (cm): Sinais Vitais: T (°C): P (bpm): R (mpm): PÂ (mmHg):  
Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Cond

— Trauma PE E  
RX PE (E)  
— NUNCA TRAMA



*[Signature]*  
EVIWALTON PLACIDO COSTA CRM: 6575

*[Signature]*  
MARIA DO SOUZA  
Assinatura Paciente/Respon



Acidente de  
Moto -  
fractura Exposta po

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUN TIANGUA - CE

Guia de atendimento - AMBULATORIO(BLOCO NOVO)

Prontuário: 146333 Atendimento: 0005
Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA
RG: 2000028057377
Pai: CESARIO JOAO DA SILVA
Endereço: SÍTIO LAGES, SN
Bairro: ZONA RURAL
Profissão: AGRICULTOR
Convênio: SUS
Cônjuge:
Endereço: SÍTIO LAGES, SN
Data Atendimento: 07/11/2013 Hora: 07:39 CID:
Médico: MARCEL DE ALENCAR PITA
Tipo Atendimento: RETORNO
Indicador de Acidente:
Observação:

CNS: 708502347740372

Guia Aut:

Data Nascimento: 25/04/1980

Mãe: ADELAIDE MARIA DA CONCEICAO

Telefone: 88 38321179

Município: VICOSA DO CEARA

Empresa:

Matrícula:

Responsável: FRANCISCO

Município: VICOSA DO CEARA

Sala:

CRMUF: 10671/CE

Funcionário: RENATA VIEIRA BEZERRA

CPF do Responsável:

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

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

Inset: 11.10.13.
PÉ (E).

PCT ret.
Parti do
em casa

traute com sus de no vme
de amputar traumático de 5: PM
+ fratura exposta de 4: PM

- ca: 1) Retirar frás
2) curar

Dr. Marcel Pita
Ortopedista e Traumatologista
CREMELC: 10671/CE-00112815

[Signature]

MARCEL DE ALENCAR PITA - CRM: 10671



[Signature]
Assinatura Paciente/Res

curativo ok
11/10/13

SIS-DATASUS  
VERSÃO 3.0.1

PROGRAMA DE APOIO A ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
ESPELHO DA AIH

PAG.: 263  
DATA: 03/12/2013

U.E.: M231340101  
Num AIH: 231310454187-0  
ESFERA: PRIVADO  
Situação: EXPORTADA  
Tipo: 01-INICIAL  
Apresentação: 11/2013  
Data Autorização: 13/10/2013  
Letra: 0003

Orgão Emissor: M231340101  
CRC: 05D34DE500  
Enfermaria: 115  
Doc autorizador: 980016277814148  
Doc med resp: 980016279752823  
Doc diretor clínico: 203799857260005  
Doc médico solíc: 98016279752823

CNES: 2560852 - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA  
Data Nasc.: 25/04/1980  
Sexo: MASCULINO  
Nacionalidade: 010 - BRASIL  
Tipo Doc.: Identidade  
Nome da Mãe: ADELAIDE MARIA DA CONCEICAO

Responsável pac.: ADELAIDE MARIA DA CONCEICAO  
Endereço: SÍTIO LAGES SN CASA Bairro: ZONA RURAL  
Rapa/Cor: 01-BRANCA  
Etnia: 0000-NAO SE APLICA  
Telefone: (88)0383-21119  
Muda Proc.: NAO

Município: 231410 - VICOSA DO CEARA  
UF: CE  
CEP: 62300-000

Procedimento solicitado: 04.08.05.071-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO TARSO-METATARSICA  
Procedimento principal: 04.08.05.071-3 - TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO TARSO-METATARSICA  
Diag. principal: S929-FRATURA DO PE NAO ESPECIFICADA  
Diag. secundário: W199  
Causa Óbito:  
Modalidade: HOSPITALAR

Complementar:  
Carater atendimento: 02 - URGENCIA  
Data internação: 13/10/2013  
Data saída: 15/10/2013  
Mot saída: 12 - ALTA MELHORADO  
Liberação SISAIH01: CNS  
AIH Anterior:  
AIH Posterior:

[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]  
CNPJ do Empregador: - / - / -  
Vínculo Previdência:  
CNAER: -  
CBOR: -

**PROCEDIMENTOS REALIZADOS**

Unha	Procedimento	Documento	CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor	Qtde	Cmp	Descrição
2	0408050713	203680649420006	225151(6)	203680649420006	1	10/2013		TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO TARSO-METATARSICA
4	0204040035			2560852	2560852	1	10/2013	RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO.

Número de Nascidos: Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:  
Número de Saídas:  
Nº Pré-Natal:

Assinatura e Carimbo  
DIRETOR DO HOSPITAL

\*De acordo com a Portaria SAS/MS Nº 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no Diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24.08.1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário do paciente\*





Sistema Único de Saúde - Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

et  
AC

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
**Hospital e Maternidade Madalena Nunes**



Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Francisco do Carmo Siqueira**  
6 - Nº DO IDENTIFICADOR: **146333**  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):  
8 - DATA DE NASCIMENTO: **25/04/80**  
9 - SEXO: Masc  1, Fem  3  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **ADELAIDE M<sup>te</sup>**  
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **5 KM LAGES**  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **LAGES**  
14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **5230000**  
15 - UF: **SC**  
16 - CEP: **82300000**

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente trouxe de acidente automobilístico. Amniotomia prévia com o 1º (1) e 2º (2) de 5º grau e 2º grau de 1º grau.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Intubação cirúrgica

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

Ex. físico: normal. Ex. de 1º grau de 1º grau.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

1º grau de 1º grau

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: **Intubação cirúrgica**  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **Ortognatossintomático**  
28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF: **65478211353-1**  
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **04030310-413**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

**Manuel de**

**13/01/13**

**Dr. Manuel de**  
Otorrinolaringologista  
CRM 12915

## 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 - CNAE DA EMPRESA  
41 - CBOR  
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR  
45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **231310454187**  
45 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF  
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
**Dr. André Luiz**  
Médico Auditor  
CRM 9417

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

25/09/80

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

196333

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

ADELIADE M. P.

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

SITIO LAGES

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

VIGOSA

14 - CÔD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - CÔD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - CÔD. 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 - CÔD. 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 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTDE.

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CÔD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

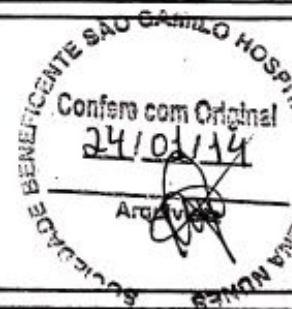
34 - QTDE.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CÔD. 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 - CÔD. 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

**HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES**  
**DE INTERNAÇÃO E ALTA**

**DADOS DO PACIENTE**

**Paciente:** FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA

**Prontuário/Alcanceamento:** 148333/0004

**Idade:** 33 Anos (33 Anos) 28

**Local de Nascimento:** VICOZA DO CEARA

**País Nacionalidade:** Brasil

**Etnia:** Branca

**Estado Civil:** Solteiro(a)

**Religião:** CATÓLICA

**CNS:**

**Nº SN:**

**Bairro:** ZONA RURAL

**Município:** VICOZA DO CEARA-CE

**Profissão:** AGRICULTOR

**Empresa:**

**Fone Empresa:** 62300-000

**CNPJ do Responsável:**

**Fone Responsável:**

**Endereço Responsável:**

**Cônjuge:**

**Mãe:** DELAIDE MARIA DA CONCEIÇÃO

**Pai:** CESARIO JOAO DA SILVA

**DADOS DA INTERNAÇÃO**

**Data/Hora:** 13/10/2013 21:53

**Quarto/Leito:** 100-0004

**Aposentado:** ENFERMARIA

**Clinica:** TRALIMA-ORTOPEDIA

**SUS:**

**Matricula:**

**Autorização:**

**Setor:** POSTO DE OBSERVAÇÃO

**Dias:** 0

**Gula:**

**Medico:** MARCEL DE ALENCAR PITA

**CRM:** 10671

**Princípio:**

**CID Secundário:** S92.9 Fratura do pé não especificada

**Procedimento SUS:**

**Sigrenatal:**

**Data Saída:** 15/10/13

**Hora Saída:** 08:00

**Condição de Saída:** Melhorado

**Usuário Saída:**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO**

abaixo assinado \_\_\_\_\_ pessoa responsável pelo doente \_\_\_\_\_ DA PLENA AUTORIZAÇÃO aos médicos do HOSPITAL MATERNIDADE 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

BS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

ANGUA, 13 de outubro de 2013.

Assinatura do paciente \_\_\_\_\_

Francisco da Conceição Ribeiro  
Assinatura do responsável

Assinatura do médico: ERICO PACHELLI SILVINO DE CASTRO





# SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

## HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tanguá-Cb - CEP:62.320-000

PABX: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01

www.saocamilotangua.org.br



### AVISO DE ALTA

Data: 1 / 1 Às: .. horas:  
Nome: FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA Ref. Nº 146333

Endereço: SITIO LAGES Município: VIFOSA

Clínica: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Médico: \_\_\_\_\_

Assinado pelo Médico: \_\_\_\_\_

ALTA POR: Cura  Melhorado  Óbito   
Transferência  Evasão  A Pedido

Assinatura da Enfermeira Chefe: \_\_\_\_\_

Angela Almeida  
Esp. Obstetra  
CREMGE 79194

Assinatura do Paciente/ Responsável: F. Francisco da Silva







## FOLHA DE ANAMNESE

Nome: Francisco do Conceição Silva Nº Prontuário 146333

Idade	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Profissão	Procedência
<u>33a</u>	<u>M</u>				

Diagnóstico Provisório: Quilostada traumática de 5º PDE + 4º PDE  
 Diagnóstico Definitivo: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

Data: 24/10/14

- Histórico
- Exame Físico
- Sumário - Impressões Diagnósticas - Sugestões

DCB  
- duplas

Dr. Marcel Pita  
Ortopedista e Traumatologista  
CREMEC: 10671 / TEOT 12215



Dr. Marcel Pita  
Ortopedista e Traumatologista  
CREMEC: 10671 / TEOT 12215



# SÃO CAMILO HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

TIANGUÁ - CE  
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100  
CNPJ: 80.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE



## FOLHA DE OPERAÇÃO

NOME DO PACIENTE		FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA		Nº REG	146333
DATA DA OPERAÇÃO		13/10/14		LEITO	
CIRURGIÃO		Dr. Manoel		1º AUXILIAR	
1º AUXILIAR				INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		Dr. José Luis		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO		Apendicite de S. POE e trombose de S. POE			
TIPO DE OPERAÇÃO		Apendicite de S. POE e Prostatectomia simples de S. POE			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO					
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA					
EXAME RADIOLOGICO NO ATO					
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO					



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

1) Anest. em sala sob raqueleto  
 2) Prep. rotineiro  
 3) Esquema de suturas de S. POE.  
 4) Esquema de cob. pleural.  
 5) Ligadura de art. de S. POE + tromboflebite de veia + esvaziamento  
 de S. POE + Sutura de 1 fio e nº 2,0.  
 6) Esquema de plano  
 7) Lavagem final

Dr. Manoel Pita  
Ortopedista e Radiologista  
CREMOC 19571 / RDT 12515



# Sociedade Beneficente São Camilo

## Hospital e Maternidade Madalena Nunes



NOME: FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA PRONTUÁRIO Nº 146333

CLÍNICA: Ortopedia CATEGORIA: \_\_\_\_\_ QT./ENF. \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_

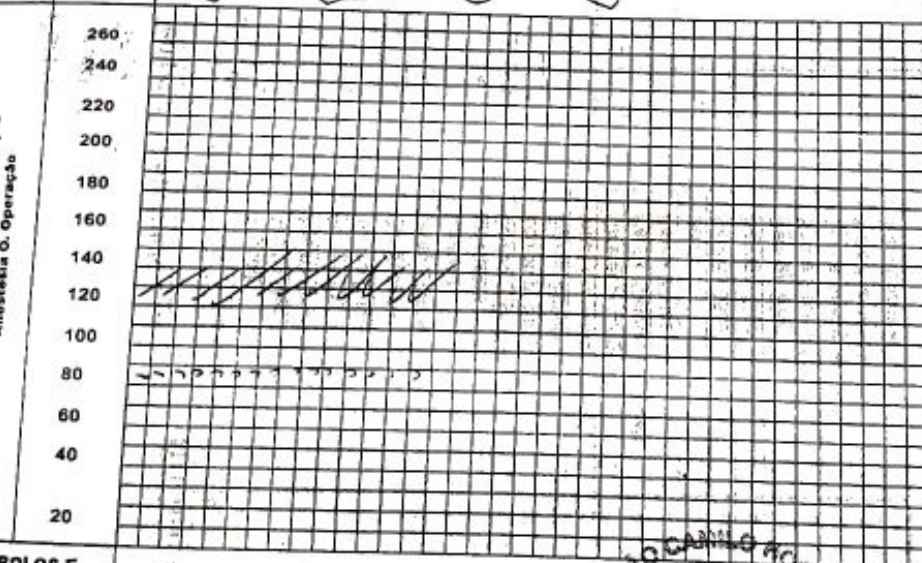
IDADE <u>33</u>	PESO <u>79</u>	ALTURA _____	SEXO <u>M</u>	TEMP. _____	PULSO <u>70</u>	RESPIR. <u>16</u>	PR. ART. MX/MIN _____	DATA DA ANESTESIA _____
Tipo Sanguíneo _____		Hemácias _____		Hemoglobina _____		Hematócrito _____		Glicemia _____
Urina _____		Dentes _____		Pescoco _____		Risco _____		

p. Respiratório mf  
 p. Circulatório RRR  
 p. Digestivo RHA  
 Urinário dureza  
 Diagnóstico Pré-Op. \_\_\_\_\_  
 Anestésias Anteriores \_\_\_\_\_  
 Medicação Pré-Anestésica \_\_\_\_\_ Aplicada às \_\_\_\_\_ Efeitos \_\_\_\_\_

Aaaa L Bronquite \_\_\_\_\_  
 ECG L  
 Alergia nega  
 Estado Mental \_\_\_\_\_  
 Alaxáticos \_\_\_\_\_  
 Corticóides \_\_\_\_\_  
 Hipotensores \_\_\_\_\_ Outras Drogas \_\_\_\_\_



**INDUÇÃO**  
 Satisf. \_\_\_\_\_ Exot. \_\_\_\_\_ Tosses \_\_\_\_\_  
 Laringoespasmo \_\_\_\_\_ Lenta \_\_\_\_\_  
 Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
 Outros \_\_\_\_\_



**MANUTENÇÃO**  
Bup 0.5 x 15mg  
Kefzol 1g  
Efotea 6g  
 Anestésias Satisfatórias  SIM  NÃO  
 Não, porque? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**  
 Reflexos ea S. O. \_\_\_\_\_  
 Obstr. \_\_\_\_\_ Co. \_\_\_\_\_ Exot. \_\_\_\_\_  
 Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_  
 Para leito com Cânula  SIM  NÃO  
 Condições \_\_\_\_\_

Perdas Sanguíneas Aproximada \_\_\_\_\_ ml  
 Volume Sanguíneo Repouso \_\_\_\_\_ ml

**TEMPO DE ESPERA**  
 De \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ s  
 Anestesiologista \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

SIMBOLOS E ANOTAÇÕES ms RL  
 CÃO \_\_\_\_\_  
 NTES D. Dorval  
 NICA Bup 0.5 x  
Rapim  
 IÇÃO ligadura e amputação  
 RGÕES da manue  
 TESISTAS da José Luz

BENEFICENTE SÃO CAMILO HOSPITAL  
 Contato com Odebrecht  
24/06/14  
 Dr. José Luiz O. Santos  
 Anestesiologista  
 CRM - 13447

Dr. José Luiz O. Santos  
 Anestesiologista  
 CRM - 13447



# Sociedade Beneficente São Camilo

## Hospital e Maternidade Madalena Nunes



NOME: FRANCISCO DA CONCEIÇÃO SILVA PRONTUÁRIO Nº 146333

CLÍNICA: Ortopedia CATEGORIA: \_\_\_\_\_ QT. ENF. \_\_\_\_\_ LEITO \_\_\_\_\_

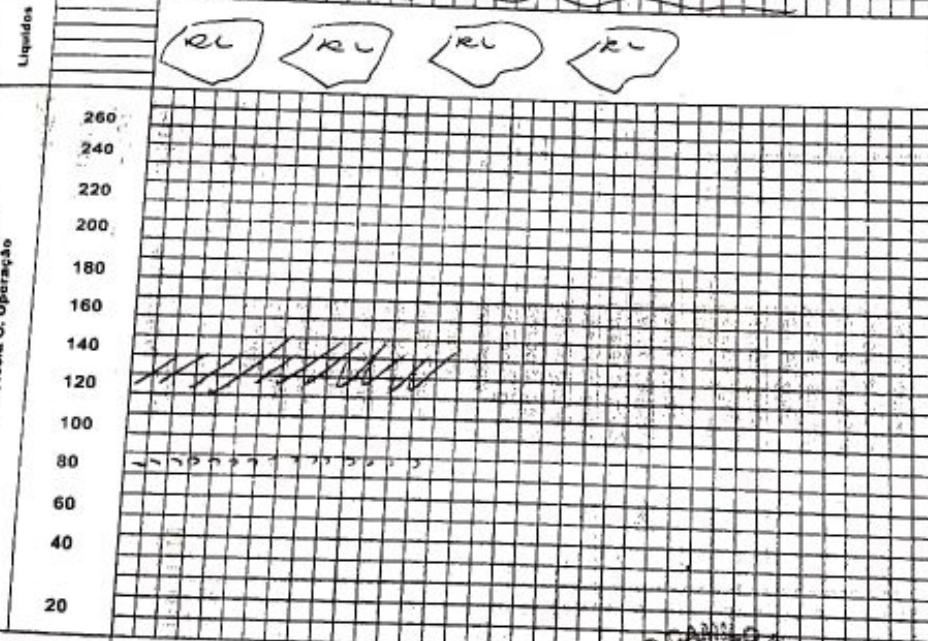
IDADE <u>33</u>	SESO <u>79</u>	ALTURA _____	SEXO <u>M</u>	TEMP. _____	PULSO <u>70</u>	RESR. <u>10</u>	PR. ART. MX/MIN _____	DATA DA ANESTESIA _____
Tipo Sanguíneo _____		Hemácias _____	Hemoglobina _____	Hematócrito _____	Glicemia _____	Uréia _____	Urina _____	

Respiratório: Muf  
 Circulatório: R/R  
 Digestivo: R/A/D Dentica \_\_\_\_\_ Pacoço \_\_\_\_\_  
 Urinário: durado  
 Diagnóstico Pré-Op. \_\_\_\_\_ Risco \_\_\_\_\_  
 Feridas Anteriores \_\_\_\_\_  
 Medicação Pré-Anestésica \_\_\_\_\_ Aplicada às \_\_\_\_\_ Efeitos \_\_\_\_\_

Asma L Bronquite \_\_\_\_\_  
 ECG L  
 Alergia neg  
 Estado Mental \_\_\_\_\_  
 Ataxicos \_\_\_\_\_  
 Corticóides \_\_\_\_\_  
 Hipotensores \_\_\_\_\_ Outras Drogas \_\_\_\_\_

Agentes Anestésicos 20  
 Líquidos RL RL RL RL

**INDUÇÃO**  
 Satisf. \_\_\_\_\_ Exot. \_\_\_\_\_ Tossu \_\_\_\_\_  
 Lantiquiposmo \_\_\_\_\_ Lenia \_\_\_\_\_  
 Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_  
 Outros \_\_\_\_\_



**MANUTENÇÃO**  
Bup 0.5 x 15 mg  
Kefzol 1g  
Etoxa 6g  
 Anestesia Satisfatória  SIM  NÃO  
 Não, porque? \_\_\_\_\_

**DESPERTAR**  
 Reflexos na S. O. \_\_\_\_\_  
 Obs. \_\_\_\_\_ Co. \_\_\_\_\_ Exot. \_\_\_\_\_  
 Náuseas \_\_\_\_\_ Vômitos \_\_\_\_\_ Outros \_\_\_\_\_  
 Para leito com Cânula  SIM  NÃO  
 Condições \_\_\_\_\_

Perdas Sanguíneas Aproximada \_\_\_\_\_ ml  
 Volume Sanguíneo Repouso \_\_\_\_\_ ml

**TEMPO DE ESPERA**  
 De \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ s  
 Anestesiologista \_\_\_\_\_ CRM \_\_\_\_\_

**Dr. José Luiz O. Santos**  
 Anestesiologista  
 CRM - 13447



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES RL R/R  
 CÃO D. Davae  
 TES Bup 0.5 x  
 CA Raqui  
 AÇÃO Regulação e amputação  
 GIÕES da manue  
 ESISTAS da foxi Ly  
 Dr. José Luiz O. Santos  
 Anestesiologista  
 CRM - 13447



# Boletim de Sala (Circularte)

Paciente: Dr. Corceles Data: 1/1  
 Leito: 14333 Convênio: \_\_\_\_\_ Sala: \_\_\_\_\_  
 Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome	Unid.	Qtd.	Nome	Unid.	Qtd.
Agulha Hirtólio	gr	50	Agulha 10 m J	gr	01
Agulha Ortopedica	und.	01	Agulha 5 m J	gr	01
Abertura de Crepom 15 cm	und.	02	3 m J	gr	02
Abertura de Crepom 20 cm	und.	01	Agulha P/Neque	gr	01
Albatura Guassada	und.	01	25 x 1	gr	01
Colêtor Aberto de Uretra	und.	01	25 x 8	gr	01
Colêtor Fechado de Uretra	und.	01	4 x 12	gr	01
Compressa Grande	und.				
Compressa Pequena	und.				
Condensador	und.				
Dreno Aspiração / Viloso	und.				
Dreno de KEHR#	und.				
Dreno de PENROSEN	und.				
Dreno Torax	und.				
Espaldrago 10 cm	cm				
Faixa de Sínach	und.				
Gaze 7,5x7,5 cm	und.	10			
Gaze Acidochoada 15x30 cm	und.				
Gel	gr				
Gelatin	und.				
Genro Descartável	und.				
Injeto	und.				
Lamina de Bisturi N.º 24	und.	01			
Lamina de Bisturi	und.				
Luva Descart. 6,5	par				
Luva Descart. 7,0	par				
Luva Descart. 7,5	par	01			
Luva Descart. 8,0	par	02			
Luva Descart. 8,5	par	02			
Máscara Descartável	und.	01			
Microscopio	cm				
Proct. Descartável	par	01			
Sonda Foley Vias#	und.				
Sonda Uretral	und.				
Surgitel	kg				
Tampão Vaginal	und.				
Tela de Marlex	und.				
Vaselina esterilizada	lubo				

Nome	Unid.	Qtd.
Acilax	env.	
Algodão	env.	
Calgut Cromado	env.	
Calgut Cromado	env.	
Calgut Simples	env.	
Calgut Simples	env.	
Etilbond	env.	
Etilbond	env.	
Monocryl	env.	
Monocryl	env.	
Mononylon	env.	03
Mononylon	env.	
Mononylon	env.	
Mononylon	env.	
Polycot	env.	
Polycot	env.	
Polycot	env.	
Protlene	env.	
Protlene	env.	
Seda	env.	
Seda	env.	
Vicryl	env.	
Vicryl	env.	

Equipamentos	Nome	Unid.	Qtd.
Aparelho de Endoscopia		hora	
Artroscopia		hora	
Bisturi Elétrico		hora	
Filme		min.	
Gás Carbônico (Co2)		hora	
Histeroscopia		hora	
Intensificador de Imagem		hora	
Microscopio Cirúrgico		hora	
Videoparasópio		min.	

Soluções	Nome	Unid.	Qtd.
Água Destilada		Garf	
Água Oxigenada		ml	
Alcool		ml	
Asseptol		ml	
Clorhex		ml	
Contraste		ml	
Éter		ml	
Formol		ml	
Gilaton		ml	
Povidone Iodado		ml	50
Povidone Tópico		ml	50
Soapex		ml	
Soro Fisiológico 0,9%		250ml	
		ml	10
		ml	10

SOCIEDADE  
 HOSPITAL SANTA ÚNICA  
 SÃO CAMILO  
 Rua Santa Única, 100 - Vila Santa Única - São Paulo - SP  
 Telefone: (11) 5000-1111  
 Fone Fax: (11) 5000-1111  
 E-mail: hospital@hospitalsantacamilos.com.br



# SÃO CAMILO

## Hospital e Maternidade Madalena Nunes

### TIANGUÁ - CE

Rua Assembleia de Deus, S/Nº - Centro - CEP: 62.320-000 - Fone: (88) 3671.2100  
 CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br



### FICHA DE CONTROLE DE ANTIMICROBIANO

PREENCHIMENTO APENAS PELO MÉDICO ASSISTENTE

PACIENTE: Francisco de Almeida PRONT: 146333  
 Nº: \_\_\_\_\_ LEITO: \_\_\_\_\_ CLÍNICA: \_\_\_\_\_  
 DIAGNÓSTICO: Infecção exantemática de ar  
 JUSTIFICATIVA: Koplonu

ANTIMICROBIANOS	VIA DE ADM.	PSICOLOGIA DIÁRIA	DURAÇÃO
<u>cefalosporina</u>	<u>5</u>	<u>4g</u>	<u>20L</u>

USO:  TERAPÊUTICO  PROFILÁTICO  
 CULTURA:  SIM  NÃO



### PREENCHIMENTO DO SERVIÇO DE FARMÁCIA

	Data de Início	Dose Diária	Dose Total	Obs.:
1	___/___/___ 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º 13º 14º 15º			
2	___/___/___ 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º 13º 14º 15º			
3	___/___/___ 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º 13º 14º 15º			
4	___/___/___ 1º 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º 9º 10º 11º 12º 13º 14º 15º			

Data: 13/10/13

Farmacêutico  
 Dr. M. P. P.  
 Ortopedista e Traumatologista  
 CREMEL: 10871 / AECT: 10015

Médico Assistente

Foto das Cartas Exatas. 31/12/13

Paciente: Jonatas dos Santos, Idade:  
 Quarta: 11 Letto: 11  
 Nº Registral: 11111111 Convênio: 111111  
 Médico: 111111 Data: 11/12/13



**SÃO CAMILO**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES**  
 TANGUÁ - CE  
 Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100  
 CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotangua.org.br

**PRESCRIÇÃO MÉDICA - PARTICULARES E CONVÊNIO**

PRESCRIÇÃO MÉDICA - PARTICULARES E CONVÊNIO	QUANT.	HORARIO MEDICAÇÃO
1) Dor no abd. sup.	1	04h 91
2) Dor no abd. sup. de 6/6h.	2	08
3) Cetolohio 1g @ cada 6h.	3	08
4) Odono 100 @ de 6h.	4	08
5) Bantavit 0,1 @ de 6h.	5	08
6) Fluoxa 200	6	08
7) Ceftriax	7	08

Dr. M. P. P. P.  
 CRM: 111111



**EVOLUÇÃO CLÍNICA:**

Relatório de Enfermagem	Observações				
	Hora	T.	P.A.	D.	Evac
Realizado no	11:53	36	114/71		
Olhos: sem alterações					
ouvidos: sem alterações					
Nutro: Ao Rx - Lr					
Fígado: Esperto de					
R. Engorda 7cm					
R. Símples					
Em: 13.10.13 08:30:40					
sem inchaço e prurido					
apresenta sangramento					
Regulagem de 2 amputações					
sem dor. Vermelha					
sem febre bucal					
Pa: 115x78, SpO2: 96%					
tem: 37,4, frequência: 84					
33:30 Fe. Auscultas					
Observada no posto					
II, faz 00:18hr em					
maço, está estável					
sem febre e Auscultas					

Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA - 146333

Idade: 33 Ano(s)

Convênio: SUS

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

Leito: 100-0004

Diagnóstico: S92.9 Fratura do pé não especificada

Médico Responsável: MARCEL DE ALENCAR PITA

Data de Internação: 13/10/2013

Resolução CFM 1.552/99: Art. 1º - A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCH

Antibiótico(s) Solicitado(s)

Dose Diária Dias Antibiótico(s) já usado(s) - última saída do leito.  
 4 2 CEFALOTINA 1 G 14/10/2013  
 CEFAZOLINA 1 G 13/10/2013

CEFAZOLINA 1 G

Exames realizados nos últimos 30 dias (interno e externo)

Paciente(s) identificado(s):

Justificativa para a Solicitação

Operatório fratura exposta de pé

Luis Fernando Panizza  
 CRM 115001

LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM 11525



HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Página 00

Prescrição Médica

14/10/2013 07:01

Prescrição: 0001

Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA

Prontuário: 146333/0004

Data: 14/10/2013

Aposento: ENFERMARIA

Quarto/Leito: 100/0004

Hora: 07:09

Profissional Resp.: MARCEL DE ALENCAR PITA

CRM: 10671

Convênio: SUS

Setor: POSTO DE OBSERVACAO

07:32hs  
 OK!

Data de Internação: 13/10/13

Diagnóstico: S92.9 Fratura do pé não especificada S92.9 Fratura do pé não especificada

Prescrição	Dosagem	Via	Freq.	Aprezimento
01. GERAL				1 - Geral.
02. SOLUÇÃO VENOSO				2 - OK!
03. SF0,9% 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS				3 - <del>500 500 500</del>
04. CEFALOTINA 1 G famp	4g/d	E.V.	08/08 H	4 - <del>14 20 08 08</del>
05. CETOPROFENO 100MG EV amp		E.V.	08/08 H	5 - <del>18 00 08</del>
06. RANITIDINA 50MG/2ML amp		E.V.	12/12 H	6 - <del>00 08</del>
07. CURATIVO				7 - <del>10</del>
08. SINAIS VITAIS				8 - Rotina.

**Evolução Clínica:**

POS OPERATORIO FRATURA EXPOSTA DE PE ESQ  
 SOB SEQUE ANTIBIOTICO  
 SEM SINAIS

Luis Fernando Panizza  
 CRM 115001

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA CRM-CE 12525





HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
TANGUÁ - CE  
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100  
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamiliotangua.org.br



Paciente: Fra da Paqueta e Silva  
Quarto: E Leito: E  
Nº Registro: 46333 Convento: E  
Data: 14/10/13  
Médico: \_\_\_\_\_

PRESCRIÇÃO MÉDICA - PARTICULARES E CONVÊNIOS	QUANT.	HORÁRIO MEDICAÇÃO



Relatório de Enfermagem

Observações	Hora	T.	P.A.	D.	Evac
<u>14/10/13 As 8:00h</u>					
<u>Plante realizada,</u>					
<u>ausente, operada</u>					
<u>de 120ml de MTE</u>					
<u>Trabaja alguns dias</u>					
<u>presente segue</u>					
<u>pelos cuidados da</u>					
<u>impunivera</u>					
<u>As 17h Clinici</u>					
<u>consultado para</u>					
<u>quimica com fator</u>					
<u>de sono na MTE</u>					
<u>forçado para</u>					
<u>melhor dia, quando</u>					
<u>parturiram, sutura</u>					
<u>nao sang - púrpura</u>					
<u>As 8:00h paciente</u>					
<u>semida alta, planta</u>					

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

**Prescrição Médica**

Inscrição: 0002  
10/10/2013  
Convênio: SUS  
Diagnóstico: S92.9 Fratura do pé não especificada S92.9 Fratura do pé não especificada

Paciente: FRANCISCO DA CONCEICAO SILVA  
Aposento: SEMI-PRIVATIVO  
Profissional Resp.: MARCEL DE ALENCAR PITA  
Setor: POSTO ENF 2

Prontuário: 146333-0  
Quarto/Leito: 115/0003  
CRM: 10671  
Data de Internação: 13/10/2013



Prescrição	Dosagem	Via	Freq.	Aprazamento
CEFRAL				
500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS				
4. CEFALOTINA 1 G famp	4g/d	E.V.	08/08 H	
5. CETOPIFENO 100MG EV amp		E.V.	08/08 H	
6. RANITIDINA 50MG/2ML amp		E.V.	12/12 H	
CURATIVO				
SINAIS VITAIS				
ALTA HOSPITALAR APOS CURATIVO				

**Evolução Clínica:**

OPERATORIO FRATURA EXPOST A DE PE  
REG BPP  
HOSPITALAR

Luis Fernando Panizza

CRM 115601  
*[Signature]*

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

