

	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo Anotações de Enfermagem	08/08/2017 05:13:14 GPEIXOTO
--	--	------------------------------------

Paciente: 00051564 MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES

Atendimento: 03053449

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 9-1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT

Anotações de Enfermagem

07/08/17

#20h, após banho ao leito, realizado curativo, em sítio dos pinos, mantendo cobertura seca.

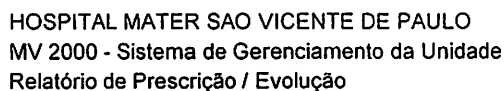
#22h, cliente evoluindo pré-op. de fr. de fêmur "D" com fixador externo, calmo, consciente, eupneico, nega algias no momento, sob cuidados da Enfermagem, medicado conforme prescrição médica, PA=120x80mmHg T=35.2°C

08/08/17

05H, Apresentando vermelhidão no local do AVP, repuncionado novo com jelco nº20, m.c.p

Maria Iolanda Viana

-----Maria Iolanda Viana COREN 940918



Página.: 1/2
Emitido Por: TNOBREGA
Data....: 08/08/2017 08:00

PRESCRIÇÃO.: 1058823 DATA: 08/08/2017 12:00
 USUÁRIO....: TNOBREGA
 ATENDIMENTO: 3053449 DT NASC: 04/08/1998 (19A OM 5D)
 CONVÊNIO...: SUS - INTERNACAO
 PACIENTE...: 51564 - MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNACÃO.: 28/07/2017 02:41 11 DIAS(S) INT

**Rubrica do
Médico**

MÉDICO..... WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMAT
UNID. INT...: BLOCO I LEITO...: APTO 9-1 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
CID.....: S729 FRATURA DO FÊMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3053449

PREScrição Médica

DIETA		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	DIETA LAXATIVA					4hs/4hs	[08/08]	12 18 20 [09/08] 00 04 08
EDICAMENTOS								
		Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	(D12/99) TRAMAL INJ.100 MG. AMP C/1ML Obs.: SE DOR INTENSA, APOS USO DE DIPIRONA	1	AMP C/2ML		IV	12hs/12hs	[08/08]	20 22 [09/08] 08
3	(D12/99) DIPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA Obs.: FIXO	1	MILILITRO		IV	6hs/6hs	[08/08]	12 18 [09/08] 00 08
4	(D12/99) PLASIL AMP C/2ML Obs.: se NAUSEAS E OU VOMITOS	1	AMP C/2ML		IV	8hs/8hs	[08/08]	16 18 [09/08] 00 08
5	(D11/99) LIQUEMINE (SUBCUTANEA) 5000 UI/0,25ML. AMP C/0,25M	1	AMP C/0,25M		SC	12hs/12hs	[08/08]	20 22 [09/08] 08
6	(D8/99) CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO Obs.: SE PAS>180 E OU PAD>110 MMHG	1	COMP C/25M		VO	ACM	[08/08]	12 22
7	(D8/99) SORO FIOLOGICO SISTEMA FECHADO FR 500ML	1	FRASC C/500M		IV	12hs/12hs	[08/08]	20 22 [09/08] 08
8	(D7/10) RANITIDINA 25MG/ML 2ML AMP. (D5/10) AMITRIPTILINA 25MG COMPRIMIDO Obs.: APÓS 22H	1	AMP C/2ML		IV	12hs/12hs	[08/08]	20 22 [09/08] 08
10	(D12/14) CEFALOTINA SODICA 1G FA Justificativa.: FRATURA EXPOSTA	2	FA C/1G		IV	6hs/6hs	[08/08]	12 18 [09/08] 00 08

EXAMES LABORATORIAIS

EXAMES LABORATORIAIS	Qtd	Unidade	SN	Apf	Frequência	Data	Horários
11 HEMOGRAMA COMPLETO	1						
Obs.: Indicação:	628109						→ Colúmbio

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 2/2
Emitido Por: TNOBREGA
Data....: 08/08/2017 08:00

PRESCRIÇÃO.: 1058823 DATA: 08/08/2017 12:00
USUÁRIO....: TNOBREGA
ATENDIMENTO: 3053449 DT NASC: 04/08/1998 (19A 0M 5D)
CONVÊNIO....: SUS - INTERNACAO
PACIENTE....: 51564 - MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/07/2017 02:41 11 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT
UNID. INT...: BLOCO I LEITO...: APTO 9-1 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
CID.....: S729 FRATURA DO FÊMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EXAMES LABORATORIAIS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
12 UREA - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							
13 CREATININA - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							
14 SODIO - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							
15 POTASSIO - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							
16 MAGNESIO - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							
17 CALCIO IONICO - BIOQUIMICA	1						
Obs.: Indicação:							
18 TEMPO DE PROTROMBINA (TAP)	1						
Obs.: Indicação:							

628102

confirmação

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
19 CUIDADOS GERAIS					Continua	[08/08]	12
Obs.: NÃO FLETIR O MEMBRO REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIARIO							
20 AFERIR SINAIS VITAIS					8hs/8hs	[08/08]	16
						[09/08]	00 08
21 CABECEIRA ELEVADA A 30°					Continua	[08/08]	12

ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000

	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo Evolução Médicos	08/08/2017 07:58:55 TNOBREG A
--	---	--

**Paciente: 00051564MATHEUS CLEBER
SARAIVA GONCALVES**
Atendimento: 03053449

**Convênio: SUS -
INTERNACAO**
**Leito: , BLOCO I, APTO
9-1**
**Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT**

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

**Médico: WASHINGTON LUIZ MACEDO
FECHINE**

Evolução Médica

#ADMISSÃO: 28/07/2017

#ID: MATHEUS CLEBER SARAIVA GONÇALVES, 18 ANOS, PROCEDENTE DE BARBALHA-CE, 11º DIH

#HD: 11º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR D. GRAU III A.

#HDA: PACIENTE RELATA QUE ÀS 23H DE ONTEM (27/07/2017) FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE MOTO (ESTAVA NA "GARUPA") COM POSTE. FOI TRAZIDO AO HOSPITAL EM TORNO DE 15 MINUTOS APÓS ACIDENTE. SENDO SUBMETIDO A COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO ÀS 4 DA MANHÃ-SIC.

#IS/HPP: NEGA HAS, NEGA DM, NEGA OUTRAS COMORBIDADES.

#EM USO DE: CEFALOTINA 1G, DE 6/6H. (D11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. REFERINDO DOR LEVE EM MID A MOBILIZAÇÃO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. DIURESE PRESENTE. EVACUAÇÕES PRESENTES. DIETA VIA ORAL COM BOA ACEITAÇÃO. REFERIU ciclo sono-vigília preservados. NORMOTENSO E AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 24H, CONFORME AFERIÇÕES DA ENFERMAGEM.

#EXAME FÍSICO:

-ECT: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO. NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO.

-ACV: BCNF, RCR EM 2T, SS

-AR: MV+, SEM RA

-ABD: PLANO, RHA+, SEM VCM

-EXT: PRESENÇA DE FIXADOR EXTERNO EM FEMUR DIREITO + FERIDA OPERATÓRIA EM BOAS CONDIÇÕES, SEM SINAIS DE ENCURTAMENTO, EM ROTAÇÃO NEUTRA, SEM EDEMAS, SEM CIANOSE, PULSOS PEDIOSOS E TIBIAL

ALUNO ACADEMICO
GRM - 000000

	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo Evolução Médicos	08/08/2017 07:58:55 TNOBREG A
--	---	--

**Paciente: 00051564MATHEUS CLEBER
SARAIVA GONCALVES**

Atendimento: 03053449

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

**Leito: , BLOCO I, APTO
9-1**

**Médico: WASHINGTON LUIZ MACEDO
FECHINE**

**Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT**

POSTERIOR PALPÁVEIS.

**ESCORIAÇÕES EM JOELHO E PÉ ESQUERDO. PRESENÇA DE DRENO DE
PENROSE.**

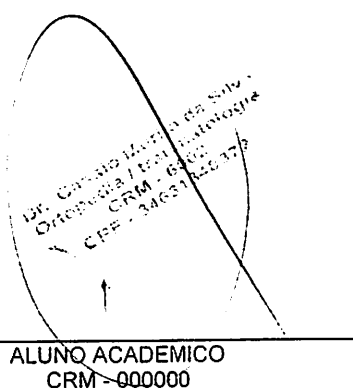
#EXAMES:

**-(28/07/17): HB 13/ LEUCO 24800/ PL 345 MIL/ K 4,9/ NA 135/ COAGULOGRAMA: TS
1,3; TC 6,00; RC NORMAL/ CR 1,0/ GJ 96/ U 32**

#CONDUTA:

SUORTE CLÍNICO

**AGUARDO MARCAÇÃO DE DATA PARA NOVA REABORDAGEM CIRÚRGICA
SOLICITO ROTINA LABORATORIAL**


Dr. Camilo Mota de Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6800
C.F.P. - 34631/2017
ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

08/08/2017
11:43:11
CGSOUSA

Paciente: 00051564MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES

Atendimento: 03053449

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 9-1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT

Anotações de Enfermagem

08/08/2017

08:00h-POT de fixação externa e pre-op-fratura de fêmur-Paciente evolui consciente,calmo,mantendo MID com fixador e curativo local limpo externamente,em uso de AVP,algias moderadas,sendo m.c.p,em repouso no leito sob cuidados,aguardando definição cirurgica femural.

P.A-120X80MMHG T-35.8°C

Cicera Gerhild Farias de Sousa-COREN-05369789

Cicera Gerhild F. Sousa

	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo Anotações de Enfermagem	12/03/2009 01:57:58 APSILVA
--	--	-----------------------------------

Paciente: 00051564MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES

Atendimento: 03053449

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 9-1

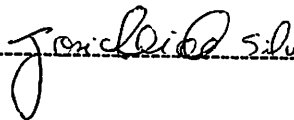
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT

Anotações de Enfermagem

08/08/2017

20:00Paciente evolui consciente, calmo, mantendo MID com fixador e curativo local limpo externamente sendo trocado apos banho, em uso de AVP, em repouso no leito sob cuidados, aguardando definição de data cirurgica.

PA120/80MMHG T36.4°C.



Josicleide silva COREN 852465



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução do Enfermeiro

08/08/2017
18:28:00
CMMACEDO

Paciente: 00051564MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES
Atendimento: 03053449

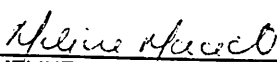
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: WASHINGTON LUIZ MACEDO
FECHINE

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO 9-1
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT

Evolução do Enfermeiro

Evolução Diurna 08/08/2017

Paciente em POT de correção de fratura exposta de fêmur direito. Evolui consciente, orientado, eupnéico, afebril e normotenso. Pré-operatório OK. Cirurgia definitiva programada para quinta-feira.


CLARA MELINE DE SÁ BARRETO G MACEDO
COREN - 257963

	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo Evolução Médicos	09/08/2017
		08:08:42
		TNOBREG A

Paciente: 00051564MATHEUS CLEBER
SARAIVA GONCALVES

Atendimento: 03053449

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO I, APTO
9-1
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: WASHINGTON LUIZ MACEDO
FECHINE

Evolução Médica

#ADMISSÃO: 28/07/2017

#ID: MATHEUS CLEBER SARAIVA GONÇALVES, 18 ANOS, PROCEDENTE DE BARBALHA-CE, 12º DIH

#HD: 12º DPO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR D. GRAU III A.

#HDA: PACIENTE RELATA QUE ÀS 23H DE ONTEM (27/07/2017) FOI VÍTIMA DE UM ACIDENTE DE MOTO (ESTAVA NA "GARUPA") COM POSTE. FOI TRAZIDO AO HOSPITAL EM TORNO DE 15 MINUTOS APÓS ACIDENTE, SENDO SUBMETIDO A COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO ÀS 4 DA MANHÃ-SIC.

#IS/HPP: NEGA HAS, NEGA DM, NEGA OUTRAS COMORBIDADES.

#EM USO DE: CEFALOTINA 1G, DE 6/6H. (D12)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL. RESPIRANDO EM AR AMBIENTE. REFERINDO DOR LEVE EM MID A IMOBILIZAÇÃO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. DIURESE PRESENTE. EVACUAÇÕES PRESENTES. DIETA VIA ORAL COM BOA ACEITAÇÃO. REFERIU ciclo sono-vigília preservados. NORMOTENSO E AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 24H, CONFORME AFERIÇÕES DA ENFERMAGEM.

#EXAME FÍSICO:

-ECT: EGB, CONSCIENTE, ORIENTADO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, ACIANÓTICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EUPNEICO.
-ACV: BCNF, RCR EM 2T, SS
-AR: MV+, SEM RA
-ABD: PLANO, RHA+, SEM VCM
-EXT: PRESENÇA DE FIXADOR EXTERNO EM FÊMUR DIREITO + FERIDA OPERATÓRIA EM BOAS CONDIÇÕES, SEM SINAIS DE ENCURTAMENTO, EM ROTAÇÃO NEUTRA, SEM EDEMAS, SEM CIANOSE, PULSOS PEDIOSOS E TIBIAL

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/2
Emitido Por: TNOBREGA
Data....: 09/08/2017 08:37

PRESCRIÇÃO.: 1059219 DATA: 09/08/2017 12:00
USUÁRIO....: TNOBREGA
ATENDIMENTO: 3053449 DT NASC: 04/08/1998 (19A 0M 6D)
CONVÊNIO....: SUS - INTERNACAO
PACIENTE....: 51564 - MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/07/2017 02:41 12 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT
UNID. INT...: BLOCO I LEITO...: APTO 9-1 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
CID.....: S729 FRATURA DO FÊMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3053449

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA LAXATIVA					4hs/4hs	[09/08]	. 12 . 16 . 20
						[10/08]	. 00 . 04 . 08
2 DIETA ZERO PARA CIRURGIA					ACM	[09/08]	. 12
Obs.: APOS 22H							

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
3 (D13/99) TRAMAL INJ.100 MG. AMP C/1ML	1	AMP C/2ML		IV	12hs/12hs	[09/08]	. 08
Obs.: SE DOR INTENSA, APOS USO DE DIPIRONA							
					SIN	[10/08]	. 08
4 (D13/99) DIPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA	1	MILILITRO		IV	6hs/6hs	[09/08]	. 12 . 18
Obs.: FIXO							
						[10/08]	. 00 . 06
5 (D13/99) PLASIL AMP C/2ML	1	AMP C/2ML		IV	8hs/8hs	[09/08]	. 16
Obs.: se NAUSEAS E OU VOMITOS							
					SIN	[10/08]	. 10 . 08
6 (D9/99) CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO	1	COMP C/25M		VO	ACM	[09/08]	. 12
Obs.: SE PAS>180 E OU PAD>110 MMHG							
7 (D9/99) SORO FISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO FR 500ML	1	FRASC C/500L		IV	6hs/6hs	[09/08]	. 12 . 18
						[10/08]	. 00 . 06
8 (D8/10) RANITIDINA 25MG/ML 2ML AMP.	1	AMP C/2ML		IV	12hs/12hs	[09/08]	. 20
						[10/08]	. 08
(D6/10) AMITRIPTILINA 25MG COMPRIMIDO	1	COMP C/25M		VO	Noite	[09/08]	. 12
Obs.: APÓS 22H							
							22h
10 (D13/14) CEFALOTINA SODICA 1G FA	2	FA C/1G		IV	6hs/6hs	[09/08]	. 12 . 18
Justificativa.: FRATURA EXPOSTA							
						[10/08]	. 00 . 08

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
11 CUIDADOS GERAIS					Continua	[09/08]	. 12
Obs.: NÃO FLETIR O MEMBRO REALIZAR TROCA DE CURATIVO DIÁRIO							

Dr. Rainerio Soefina
TRAUMATOLOGIA
CIRURGIAS PLÁSTICAS
CRM-SP 6445



HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 2/2
Emitido Por: TNOBREGA
Data....: 09/08/2017 08:37

PRESCRIÇÃO.: 1059219 DATA: 09/08/2017 12:00
USUÁRIO.....: TNOBREGA
ATENDIMENTO: 3053449 DT NASC: 04/08/1998 (19A 0M 6D)
CONVÊNIO....: SUS - INTERNACAO
PACIENTE....: 51564 - MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 28/07/2017 02:41 12 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT
UNID. INT...: BLOCO I LEITO...: APTO 9-1 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
CID.....: S729 FRATURA DO FÊMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
12 AFERIR SINAIS VITAIS					8hs/8hs	[09/08] . 16
						[10/08] . 08 . 08
13 CABECEIRA ELEVADA A 30°					Continua	[09/08] . 12

Dr. Rainerio Soejima
TRAUMATOLOGIA
CIRURGIAS ILIZACON
CARNER

ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000

	Hospital Maternidade São Vicente de Paulo Evolução Médicos	06/08/2017 10:41:43 TNOBREG A
--	---	--

Paciente: 00051564MATHEUS CLEBER
SARAIVA GONCALVES

Atendimento: 03053449

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: WASHINGTON LUIZ MACEDO
FECHINE

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO
9-1

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT

POSTERIOR PALPÁVEIS.

ESCORIAÇÕES EM JOELHO E PÉ ESQUERDO. PRESENÇA DE DRENO DE
PENROSE.

EXAMES:

28.07/17): HB 13/ LEUCO 24800/ PL 345 MIL/ K 4,9/ NA 135/ COAGULOGRAMA: TS
1,3; TC 6,00; RC NORMAL/ CR 1,0/ GJ 96/ U 32

CONDUTA:

SUPORTE CLÍNICO/

SOLICITO RX JOELHO DIREITO

AGUARDO MARCAÇÃO DE DATA PARA NOVA REABORDAGEM CIRÚRGICA

Dr. Thiago Leal
Ortopedia Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM: 10498 TEOT: 13030

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012966302137
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA 01 COD. RENAVAM 851978991 RNTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2017

ANTONIO HONORATO VIEIRA FILHO

BARBALHA/CE

CPF/CNPJ 42597641368 PLACA HWP7923

PLACA ANT/UF *****/CE CHASSI 9C6KE043050050118

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO YAMAHA/YBR 125E ANO FAB. 2005 ANO MOD. 2005

CAP/POT/CIL 2B/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

COTA UNICA ***** VENC. COTA UNICA **/**/** 1ª *****
FAIXA I.P.V.A. *** PARCELAMENTO/COTAS ***** 2ª *****
3ª *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 12/05/2017

OBSERVAÇÕES

BARBALHA LOCAL DATA 16/05/2017

Assinatura: Igor Rente
DETRAN-CE

OBRIGATORIAL E DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 012966302137 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017 DATA EMISSÃO 16/05/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 42597641368 PLACA HWP7923

RENAVAM 851978991 MARCA / MODELO YAMAHA/YBR 125E

ANO FAB. 2005 CAT. TARIF. 09 Nº CHASSI 9C6KE043050050118

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.29	DENATRAM (R\$) 9.03	CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15	IOF (R\$) 0.70	TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$) 185.50

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 12/05/2017

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOSSIER SEGURO LIDER DPVAT
MOTOR: E337E-085007

JUL-2016



ACTUS

Advogados Associados

“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE:

Matheus Cláudio Saraiva Gonçalves, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787 e/ou ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 30.218, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 35.332, LIBERALINA MARIA ARRAIS SOARES CÂNDIDO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 33.529, ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio n.º 649, Santo Antônio, Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos.

OUTORGADO: THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787 e/ou ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 30.218, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 35.332, LIBERALINA MARIA ARRAIS SOARES CÂNDIDO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 33.529 ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio n.º 649, Santo Antônio, Barbalha/CE onde recebe intimações e avisos.

PODERES: O(A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os/as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecutorias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, requerer gratuidade da justiça, receber e dar quitação, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, representar o(a) outorgante perante o INSS de qualquer município da federação, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato, especialmente para ajuizar ação de Divórcio Consensual em seu favor.

DECLARA o(a) outorgante, nos termos da Lei n.º 13.105/15, Arts. 98 e 99 de que não possui recursos suficientes para arcar com as despesas do processo em afetar diretamente o seu próprio sustento e de sua família.

Barbalha/CE, 18 de julho de 2018

Matheus Cláudio Saraiva Gonçalves

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007202453 - 5 DATA DE EMISSÃO 15/04/2009

NOME MATHEUS CLEBER SARAIVA GONÇALVES

FILIAÇÃO SEVERINO GONÇALVES DOS SANTOS MARIA LUCIMAR SARAIVA DOS SANTOS GONÇALVES

NATURALIDADE CAMPINAS - SP DATA DE NASCIMENTO 04/08/1998

DOC. ORDEM 1 VIA ASSINATURA DO DIRETOR P.: 99

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 2 SUB/DIST TERMO: 59087 FOLHA: 97 LIVRO: A/403 CAMPINAS - SP

CPF LEI Nº 7.116 DE 20/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO NELTON BARBOSA DE SOUSA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

matheus cleber s. goncalves

Foto

Polgar Direito

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 052.699.143-79

Nome MATHEUS CLEBER SARAIVA GONÇALVES

Nascimento 04/08/1998

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Nº DO CLIENTE
2774396-9
Para agilizar seu atendimento, anote o número sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.948-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota: 26 13012 01 308500 - 9

Nome: MARIA LUCIMAR SARAIVA DOS SANTOS GONCALV

End. Postal: ST BELA VISTA 00112

Medidor: DISTRITO CALDAS - BARBALHA - 63180000

Classe: 3523431

RG/CPF/CNPJ: 04 RURAL MONOFASICO

Nome do Responsável: 311539843-34

Data de Emissão: 512079566

06/02/2018

Posto: 0000 0000

CGF

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2018	08/03/2018	08/03/2018

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta: BARBALHA

Mês: Dez. 2017

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,44	20,88	41,76
FIC	7,52	15,04	30,09
DMIC	5,58		0,18

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

FEED BACK SOBRE O ATENDIMENTO

INFORMAÇÕES SOBRE O FATORAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
5943	5763	180	180	0,00	180	0,34472	62,05
06/02/18	03/01/18	28 DIAS			180		62,05

VALOR CONSUMO DO MES

CASA SEGURA PLUS 0800 600 0560

62,05

17,30



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

fls. 21



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1997 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/09/2017 11:12:14**
Data / Hora da Ocorrência: **27/07/2017 23:40:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO RIACHO DO MEIO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **BARBALHA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES**
Nascimento: **04/08/1998** CPF: **052.699.143-79**
RG: **20072824535** Órgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUCIMAR SARAIVA DOS SANTOS GONCALVES**
SEVERINO GONCALVES DOS SANTOS
Endereço: **SITIO BELA VISTA DISTRITO DE CALDAS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **BARBALHA/CE** CEP: **63.180-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98107-7732**

Nome: **ANTONIO IGOR HONORATO VIEIRA**
Nascimento: **16/10/1992** CPF: **050.295.433-76**
RG: **20072038882** Órgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **MARIA RENATA DA SILVA VIEIRA**
ANTONIO HONORATO VIEIRA FILHO
Endereço: **RODOVIA CALDAS BARBALHA, 1**
Bairro: **CALDAS**
Município: **BARBALHA/CE** CEP: **63.180-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8130-7600**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWP7923** Ur: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:
9C6KE043050050118 Renavam: **851978991** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/YBR 125E** Ano Fabricação:
2005 Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **ANTONIO HONORATO VIEIRA FILHO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Os noticiantes compareceram a esta repartição policial para comunicar que se envolveram em um acidente automobilístico. O sinistro aconteceu no dia 27/07/2017, no glo das 23h40min, no Sítio Riacho do Melo, zona rural de Barbalha, Ceará. Informaram que segulam trajeto centro comercial de Barbalha ao citado sítio. Ocorre que durante o percurso, mais precisamente em frente ao Parque Ecológico, o motociclista, qual seja Antonio Igor Honorato Vieira, perdeu o controle da motocicleta vindo a colidir frontalmente em um poste de iluminação pública. Aclararam que contribuiu para o fato a área da ocorrência existir uma curva acentuada, logo aumenta as dificuldades de manobra. O garupelro da moto era o Matheus Cleber Saraiva Gonçalves. Em continuidade Informaram que receberam os primeiros atendimentos médico-hospitalares no hospital Maternidade São

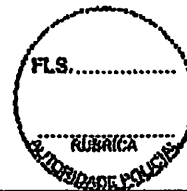
Antonio Igor Honorato Vieira
Matheus Cleber Saraiva Gonçalves

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 1997 / 2017**

Vicente de Paulo, Barbalha, Ceará. Do mais mais disseram que o condutor fraturara o braço direito e o garupelro quebrou o fêmur. O veículo tivera algumas avarias, notadamente na parte dianteira. Por fim, afirmaram que não receberam orientação jurídica acerca do trâmite do seguro DPVAT, Ito, despachante, e acionarão o seguro por conta própria. Apresentou como testemunhas do Sr. Antonio Honorato Vieira Filho e Maria Lucimar Saralva dos Santos Gonçalves. Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****CÍCERO ADELMAR RODRIGUES DOS SANTOS - MAT.: 30091515****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***Maria Lucimar Saralva dos Santos***VISTO DO DELEGADO(A) :****JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8***Antonio Leon Honorato Vieira*

SINISTRO 3180035122 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES

CPF/CNPJ: 05269914379

Posição em 04-07-2018 17:21:37

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/02/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50



fls. 24

Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro:
Usuário do Atendimento:DBAMV
HCESAR

Nome: MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES

Paciente: 51564

Atendimento



3053445

Número: 0

Nome da Mãe: MARIA LUCIMAR SARAIVA

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 04/08/1998

Idade: 18 Anos / 11 Meses / 24 Dias

Endereço: SITIO BELA VISTA

Bairro: CALDAS

CEP: 63180000

Cidade: BARBALHA

Telefone: 889823 0829

Profissão Declarada: ESTUDANTE

Dados do Atendimento

Data: 28/07/2017

Hora: 00:38:42

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Serviço: CIRURGIA GERAL

Queixas:

T:

PA:

P:

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico: () Sim () Não A que? _____

Hora médica: ____:____.

Acidente motociclístico, com trauma 1/3 distal
de fêmur (D), feridas de contusão de c/p pele
e deformidade

Hipótese Diagnóstica: _____

Cód. COD 10: _____

Fratura exposta de fêmur (D).

Procedimento

☐ Imagem:☐ Laboratório:☐ Outros:

Conduta



11 SET 2017

Marenila Maciel Torres - Titular
Maria de 94 Barreto Torres - Substituta
Mayara de Sa Barreto Torres - Escrivã
Francisco Salviato - 4º Lavar - Escrivão
TRANSMITE COM O SELO DE AUTENTICIDADE

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Antonio Helson V. de Brito
Cirurgia Geral
CRM 9654

ANTONIO HELSON V DE BRITO (HMSVP)
CRM 9654



28/07/2017
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Internação

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :

DBAM
HCESAP

Nome : **MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES**

Paciente : **51564**

Atendimento



3053449

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 04/08/1998

Idade: 18 Anos / 11 Meses / 24 Dias

Nome da Mãe : MARIA LUCIMAR SARAIVA

Nome do Pai: SEVERINO GONCALVES DOS SANTOS

Endereço : SITIO BELA VISTA

Bairro : CALDAS

CEP : 63180000

Cidade : BARBALHA

Telefone : 81401897

Número : 0

Dados do Atendimento

Profissão Declarada : ESTUDANTE

Data : 28/07/2017

Hora : 02:41:08

Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade : ORTOPÉDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME : 3047996

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT

Unidade : BLOCO IV

Setor : ENF 29-2

Maria Lucimar Saraiva dos Santos
Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

Historia da doença atual:

*Paciente vítima de acidente
de moto apresentando fratura exposta
do fêmur (B).*

Antecedentes:

NON

I.S.....:

Exame Físico...:

*EBR, EUPNOICO, ATENO,
HIDRATADO, ORIENTADO E COOPERATIVO*

Hipótese Diagnóstica:

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (B)

Diagnóstico Definitivo:

0 resumo

Alta em...: 12/08/17

Condições de Alta...:

Washington M. Fechine
Traumato-Ortopedista
CRM 6609
WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE
CRM 6609

AVALIAÇÃO CINESOLÓGICA FUNCIONAL

Relato, para devidos fins, junto ao DPVAT, Que O Sr.(a):

Matheus Elber Barbosa eugenio - ne
ADM → para flexão de saltos "0".

Vítima de acidente de trânsito, em 27/07/2017 sofreu:

- fratura de fêmur direito.

E submeteu-se a tratamento(a):

- tratamento cirúrgico
- fisioterapias
- medicamentos

Encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
Com grau de incapacidade funcional irreversível de:

- o mesmo apresenta deficit de
F.M → ADM → para flexão de saltos
maneira claudicante.

: 15/02/2019

Dr. Isac da Silva Fernandes
Fisioterapia

Dr. Isac da Silva Fernandes
CREFITO - 179.020 F

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
 MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
 Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001

Data: 28/07/2017

Hora.....: 04:33

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 86863

Paciente : 51564

Convênio Atend. : 1

Leito : 179

Dt. Início :

Cid Pré-Operatório : S729

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0003

SALA C (CIR. GERAL + VIDEO)

MATHEUS CLEBER SARAIVA GONCALVES

SUS - INTERNACAO

ENF 29-2

Dt. Fim : 28/07/2017 04:43

FRATURA DO FÊMUR, PARTE NÃO ESPECIFICADA

Atendimento : 3053449

Carteira :

Idade : 18 Anos

Procedimentos

Procedimento: 0408050519

Convênio: 001

Anestesia:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

Equipe Médica

C. CIRURGIAO
 ANESTESISTA

H6609 WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE (HMSVP)

C8833 GEORGE LUIZ ARAUJO (HMSVP)

Descrição

Descrição Cirúrgica :

PAC SOB EFEITO DA ANESTESIA
 ANTISSEPSE DO MID
 APOSIÇÃO DO CAMPOS
 AMPLIAÇÃO DO FERIMENTO NA COXA D
 LIGADURA DOS VASOS
 LAVAGEM EXAUSTIVA COM SORO
 REDUÇÃO DA FRATURA
 FIXAÇÃO COM FIXADOR EXTERNO
 SURA POR PLANOS
 DRENAGEM DE HEMATOMA NO JOELHO
 DRENO LOCAL
 CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Washington L. M. Fachine
 CRM: 66609

DR(A) : WASHINGTON LUIZ MACEDO FECHINE (HMSVP)
 CRM : H6609

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - COD. ORGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		43 - CNPJ EMPRESA		44 - CBOE	
47 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		48 - CNPJ DA SEGURADORA		49 - Nº DO BILHETE	
50 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		51 - SÉRIE		52 - CNAE DA EMPRESA	

AUTORIZAÇÃO

46 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO

47 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

48 - CNPJ DA SEGURADORA

49 - Nº DO BILHETE

50 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

51 - SÉRIE

52 - CNAE DA EMPRESA

53 - CNPJ EMPRESA

54 - CBOE

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

56 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

58 - CNPJ DA SEGURADORA

59 - Nº DO BILHETE

60 - CNAE DA EMPRESA

61 - CNPJ EMPRESA

62 - CBOE

PROCEDIMENTO SOLICITADO

63 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

64 - CLÍNICA

65 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

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

67 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

69 - CID 10 PRINCIPAL

70 - CID 10 SECUNDÁRIO

71 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

72 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

73 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

74 - NOME DO PACIENTE

75 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

76 - DATA DE NASCIMENTO

77 - SEXO

78 - RAÇA/COR

79 - NOME DA MÃE

80 - NOME DO RESPONSÁVEL

81 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

82 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

83 - CEP

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

84 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

85 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

86 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

87 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

88 - CEP

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

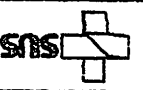
89 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

90 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

91 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

92 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

93 - CEP



Este documento é uma reprodução não controlada de uma impressão em papel comum. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pgr/arbitConfereciadocumento.do, informe o processo 0001609-17.2018.8.06.0043 e código 3AE0667.