



WESLEY SILVEIRA
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"



OUTORGANTE: SAMUEL SILVA, brasileiro, casado, agricultor, inscrito sob o CPF/MF sob o nº 015.197.063-75, portador da carteira de identidade nº 2003021051548 SSPCE, residente e domiciliado no Sítio Mundo Novo, Sn, Córrego da Volta, Zona rural, Itarema/CE, CEP. 62.590-000.

OUTORGADOS: FRANCISCO WESLEY DE VASCONCELOS SILVEIRA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE nº 28.843, e **EDSON BRITO DE CHAVES**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE nº 28.842, com escritório profissional descrito no rodapé.

PODERES: Amplos poderes para o foro em geral, com cláusula *ad judícia et extra*, em qualquer juízo, instância ou Tribunal, bem como para atuar em procedimentos administrativos em repartições públicas da administração direta e indireta da União, estados, Distrito Federal e municípios, usando os recursos legais e acompanhando-os, podendo para tanto confessar, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitação, levantar alvarás, precatórios e Requisições de Pequeno Valor - RPV's, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Itarema, Ce, 12 de junho de 2017.



SAMUEL SILVA

Av. João Batista Rios, nº 2176, Altos, Sala B, Centro, Itarema, Ceará, CEP.: 62.590-000
(83) 3667.1254 | 9 9733.4332 | 9 9471.7103
wesleysilveiraadvocacia@gmail.com
www.wesleysilveiraadvocacia.com



WESLEY SILVEIRA
ADVOCACIA
DECLARAÇÃO DE POBREZA



SAMUEL SILVA, brasileiro, casado, agricultor, inscrito sob o CPF/MF sob o nº 015.197.063-75, portador da carteira de identidade nº 2003021051548 SSPCE, residente e domiciliado no Sítio Mundo Novo, Sn, Córrego da Volta, Zona rural, Itarema/CE, CEP. 62.590-000 vêm por meio desta, declarar nos termos da lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983, que não podem arcar com as custas processuais e demais despesas processuais na ação que figuram como parte autora, sem prejuízo ao sustento próprio e de sua família, por ser pobre na acepção jurídica do termo, bem como em consonância com a lei nº 1.060/50 e os arts. 98 e SS do NCPC.

Por ser expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima, sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

Itarema, Ce, 12 de junho de 2017.

Samuel Silva

DECLARANTE

10/4

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

VALIA EM TODOS
OS VEICULOS NACIONAIS
1351284514

PERMILHO PLASTIFICADO
1351284514

06/08/2015 16/12/2019 06/07/2015

DETRAN-CE (CERRA)

114

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO	
CONTAS EM ATRASO	
AVISO DE DEBITO VENCIDO:	DEBITOS ANTERIORES
Informamos existir debitos vencidos sem acrescimos legais ate esta data, no valor de R\$ 28,77. Seu fornecimento de energia podera ser suspenso, em ate 30 dias contados a partir da fatura vencida e não paga.	Mes: Ago 03/2017 Valor: 28,77

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao minimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



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

12/11/2016

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 468 - 1231 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2016 09:10:04**
Data / Hora da Ocorrência: **04/08/2016 19:10:00**
Endereço da Ocorrência: **LARGO LOC. PAU DARCO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **ITAREMA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SAMUEL SILVA**
Nascimento: **17/04/1985** CPF:
RG: Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA VANDA DA SILVA**
NI
Endereço: **RUA LOC. DE PAU DARCO**
Bairro: **LOC. DE PAU DARCO** CEP: **62.590-000**
Município: **ITAREMA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **3667-1155**

Dados do(s) Veículo(s)

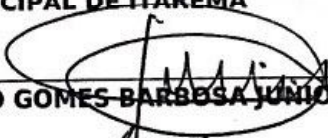
1) Placa: **HXB5512** Uf: **CE** Município: **ITAREMA** Chassi:
9C2KC08506R829387 Renavam: **880311053** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2006** Ano Modelo: **2006** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **SAMUEL SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Declara o noticiante que na data/hora supracitada encontrava-se pilotando a motocicleta de placa HXB5512/CE na Rodovia da localidade de Pau Darco - Zona Rural - Itarema/CE quando de repente um veículo automóvel FIAT (placa não informada) passou a trafegar na contra mão, vindo a colidir na motocicleta que o declarante encontrava-se, onde em seguida foi ao solo. Que em decorrência ao acidente o declarante sofreu fratura na perna direita e esquerda. Que não foi socorrido por nenhum órgão público (SAMU, CORPO DE BOMBEIROS OU ANJOS DO ASFALTO, POR NÃO EXISTIR REFERIDOS ÓRGÃOS NESTA URBE). Que foi socorrido pela pessoa conhecida por "RODRIGO" em veículo particular e levado ao Hospital local, onde posteriormente foi transferido para Santa Casa de Misericórdia na Cidade de Sobral/CE. Que o declarante é habilitado (Cópia da CNH em anexo). Nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


CELIO GOMES BARBOSA JUNIOR - MAT.: 155289-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA MUNICIPAL DE ITAREMA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/11/2016 09:19:33

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

Nº 012460720000

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PT 01 00880311053 00000000000 / 2016

SAMUEL SILVA
ITAREMA / CE

01519705375 HXB5512/CE

PAS/MOTOCICLO/MARCA/ANO/PLA/ID: BASOLINA

HONDA/CG 150 TITAN ES 2006 2006

2P/OCV/149CC PARTICIPAZUL

COXA ÚNICA 13/11/22

PREMIO TOTAL (R\$) 292,01

ITAREMA LOCAL 20/04/2016

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

CE Nº 012460720000 - BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0600 022 1204

01 01519705375 HXB5512

VOBO311053 HONDA/CG 150 TITAN E

2006 09 9C2K08506RB29387

PREMIO TARIFARIO 129,04 14,34 145,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 1,11 292,01

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 06.246.000/0001-04

MOTOR: KC08E56829387 00291



012460720000
RECIBO CE Nº

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

DE DE

ASSINATURA



00291
HXB5512
00880311053
83280 00581

DADOS DO PACIENTE

Idade: 894315
Nome: SAMUEL SILVA CPF:
Sexo: Masculino
Data de Nascimento: 17/04/1985 Idade: 31a 3m 19d
Situação: SEM INFORMACAO
Cor: Parda
Estado Civil: SOLTEIRO Grau de Instrução:
Residência: PAU DARCO,
Bairro: ZONA RURAL Cep: 62590000
Cidade: ITAREMA UF: CE
CEP: 896501136

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Residência:
Telefone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Admissão: 4577577 Atendente: KLISMAN LINO
Data: 05/08/2016 Hora: 00:56
Motivo: 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Médico: ADERBAL BEZERRA MARTINS
Interno: UI EMERGENCIA - ADULTA
Leito: 1022 - EMERGENCIA AD
Plano: SUS - SIH
Tipo: SUS - SIH
Observações:

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

Assinatura do Paciente ou Responsável

Observações:

CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento de Internação Emitido por: SHEILA COSTA
Unidade de Alta Hospitalar do Paciente Em: 08/08/2016 12:40

Admissão: 4577577 Dt. Atendimento: 05/08/2016 - 00:56
Data de Alta: 08/08/2016 Hora Alta: 12:00
Nome: 884315 SAMUEL SILVA

Diagnóstico: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA Convenio: 1 SUS - SIH
187 LEITO 1370 - C.S. SAO J Plano: 1 SUS - SIH

Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuario: SHEILA COSTA
Motivo: 5822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Motivo de Alta: 0408050500 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

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

3 - CNES
3021114

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

4 - CNES
3021114

Identificação do Paciente

ATEND.: 4577577 DT. ATEND.: 09/09/2016 - 08:00h
MATR.: 004010 NASCIMENTO.: 17/4/1983
NOME.: SAMUEL SILVA
MAE.: SEM INFORMACAO
CPF.: 01519776075 CDS: 700203478276422 SUSFACIL:
ENDER.: RUA DARGO
BAIRRO: ZONA RURAL - ITAREMA - CE - CEP: 62090004

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
7 - SEXO
8 - RACIA
9 - RACIA
10 - RACIA
11 - RACIA
12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - TELEFONE DE CONTATO
14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
17 - COD. IBSSE MUNICÍPIO
18 - UF
19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Vitima de acidente com lesão extensa de membros superiores e inferiores com fratura de osso.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento de urgência

COPIAR COM O ORIGINAL
Andréa R. Montenegro Pontes
COORDENADORA

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

Amnésia + raio x + ressonância

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Poli-trauma

24 - CID 10 PRINCIPAL
25 - CID 10 SECUND.
26 - CID 10 CAUSAS RESUL.
T.07

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
Poli-traumatizado

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
04.15.03.01.03

29 - CLÍNICA
01

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
02

31 - DOCUMENTO
() CNS (X) CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
331064911368

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Felipe das Chagas Pereira

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
05/08/16
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CRM 208.840 (43.88 - CRM 601)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA
43 - CNAE EMPRESA
44 - CBOR

- 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO
618.288.21.08

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
Francisco das Chagas Pereira
CRM 208.840 (43.88 - CRM 601)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
21 SET. 2016
CPF: 414.225.423-34
DATA: 09/09

Gráfica CLEIDE - (88) 3611

^SAMUEL SILVA TEC, G...
ID: 884315
Sex: M

Santa Casa de Sobr
2016/08/0
PERN
Leg
5770

3737

1704

Instance Number: 2
Zoom: 100

Im: 1/2
W 4067/ C 8737

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



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

17

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Samuel Silva

Exame: S822 - Fratura Da Diafise Da Tibia

Cirurgia : DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Data: 05/08/16

Antibioticoterapia: CEFALOTINA

Recomendações:

- X) Não Pisar.
- X) Não Sustentar Peso
- X) Manter membro elevado (a 45°)
- X) Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- X) Retirar pontos após 15 dias
- X) Fisioterapia precoce
- X) Atentar à data de retorno (15 dias)

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 15 dias, com Radiografia do membro com o Dr(a). FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA , para acompanhamento complementar.

Observação: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Santa Casa de Sobral.

Data: 08/08/2016

Dr. Carlos Madeira
Médico
CREMEC 14.314

Assinatura e Carimbo

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

Ficha de Cirurgia Descritiva

Cirurgia: 292854 Sala: 0004 SALA 04 Atendimento: 4577577
Paciente: 884315 SAMUEL SILVA Carteira:
Atend: 1 SUS - SIH Idade: 31 Anos 12 Dias 8 Horas
Leito: 732 LEITO EXTRA 3 - REC
Dt. Início: 05/08/2016 03:05 Dt. Fim: 05/08/2016 04:28
Operatório: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA
Operatório: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA

Procedimentos

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Convênio: 001 SUS - SIH
Procedimento: 0413040178 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA
Convênio: 001 SUS - SIH
Procedimento: 0408050500 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA
Convênio: 001 SUS - SIH
Anestesia: 05 BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA 12605 JONATHAS DE AGUIAR CAVALCANTE
CIRURGIAO 6011 FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
AJUDANTE 12196 THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE

Descrição

Descrição Cirúrgica:

FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA DIREITA
POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
IMOBILIZAÇÃO COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
LAVAGEM DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
PREPARAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
REALIZAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA
LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF0,9% (10 LITROS) + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO
IMOBILIZAÇÃO RIGOROSA E DEFINITIVA
CURA MINIMA DA PELE
CURATIVOS ACOLCHOADO

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

DEBRIDAMENTO EM PÉ DIREITO
POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
IMOBILIZAÇÃO COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
LAVAGEM DA REGIÃO OPERATÓRIA, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
PREPARAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO/NECROZADO, ATÉ TECIDO VIÁVEL (PERFUNDIDO)
REDUÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
IMOBILIZAÇÃO DA FERIDA
IMOBILIZAÇÃO RIGOROSA E DEFINITIVA
CURATIVOS ACOLCHOADO

Descrição Complementar

Atendimentos Cirúrgicos: ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
12196 - CPF: 1.343.503-37

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.649.113-68 - CRM: 601

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

PLANO TERAPEUTICO

Nome: Samuel Silva

Prescrição Médica

Clinicat: Emagrecimento

Ent.: —

Leito: —

Matr: 884534 Reg: 45733 Resp: —

Altura: —

HORARIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA TEMP. PA. P. FR.

USO O₂ e AR COMP.

U₂ LIG. DESL. CONT.

U₂ LIG. DESL. CONT.

U₂ LIG. DESL. CONT.

U₂ LIG. DESL. CONT.

U₂ LIG. DESL. CONT.

RESPIRADOR

LIG. DESL. CONT.

LIG. DESL. CONT.

Monitor LIG. DESL. CONT.

Oxímetro LIG. DESL. CONT.

GLICEMIA

HORA VALOR HORA VALOR

HORA VALOR HORA VALOR

HORA VALOR HORA VALOR

HORA VALOR HORA VALOR

HORA VALOR HORA VALOR

HORA VALOR HORA VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO

MEDICAÇÃO LIGADO DESLIG

MEDICAÇÃO LIGADO DESLIG

MEDICAÇÃO LIGADO DESLIG

MEDICAÇÃO LIGADO DESLIG

MEDICAÇÃO LIGADO DESLIG

1. Dile 2000 ml 28g + 1mlia EV
2. SE 0.01. 2000 ml 28g + 1mlia EV
3. Dile 2.18 AD EV 8/18h
4. Dile 2.18 AD EV 8/18h
5. Dile 2.18 AD EV 8/18h
6. Dile 2.18 AD EV 8/18h
7. Dile 2.18 AD EV 8/18h
8. Dile 2.18 AD EV 8/18h
9. Dile 2.18 AD EV 8/18h
10. Dile 2.18 AD EV 8/18h
11. Dile 2.18 AD EV 8/18h
12. Dile 2.18 AD EV 8/18h
13. Dile 2.18 AD EV 8/18h
14. Dile 2.18 AD EV 8/18h
15. Dile 2.18 AD EV 8/18h
16. Dile 2.18 AD EV 8/18h
17. Dile 2.18 AD EV 8/18h
18. Dile 2.18 AD EV 8/18h
19. Dile 2.18 AD EV 8/18h
20. Dile 2.18 AD EV 8/18h
21. Dile 2.18 AD EV 8/18h
22. Dile 2.18 AD EV 8/18h
23. Dile 2.18 AD EV 8/18h
24. Dile 2.18 AD EV 8/18h
25. Dile 2.18 AD EV 8/18h
26. Dile 2.18 AD EV 8/18h
27. Dile 2.18 AD EV 8/18h
28. Dile 2.18 AD EV 8/18h
29. Dile 2.18 AD EV 8/18h
30. Dile 2.18 AD EV 8/18h
31. Dile 2.18 AD EV 8/18h
32. Dile 2.18 AD EV 8/18h
33. Dile 2.18 AD EV 8/18h
34. Dile 2.18 AD EV 8/18h
35. Dile 2.18 AD EV 8/18h
36. Dile 2.18 AD EV 8/18h
37. Dile 2.18 AD EV 8/18h
38. Dile 2.18 AD EV 8/18h
39. Dile 2.18 AD EV 8/18h
40. Dile 2.18 AD EV 8/18h
41. Dile 2.18 AD EV 8/18h
42. Dile 2.18 AD EV 8/18h
43. Dile 2.18 AD EV 8/18h
44. Dile 2.18 AD EV 8/18h
45. Dile 2.18 AD EV 8/18h
46. Dile 2.18 AD EV 8/18h
47. Dile 2.18 AD EV 8/18h
48. Dile 2.18 AD EV 8/18h
49. Dile 2.18 AD EV 8/18h
50. Dile 2.18 AD EV 8/18h
51. Dile 2.18 AD EV 8/18h
52. Dile 2.18 AD EV 8/18h
53. Dile 2.18 AD EV 8/18h
54. Dile 2.18 AD EV 8/18h
55. Dile 2.18 AD EV 8/18h
56. Dile 2.18 AD EV 8/18h
57. Dile 2.18 AD EV 8/18h
58. Dile 2.18 AD EV 8/18h
59. Dile 2.18 AD EV 8/18h
60. Dile 2.18 AD EV 8/18h
61. Dile 2.18 AD EV 8/18h
62. Dile 2.18 AD EV 8/18h
63. Dile 2.18 AD EV 8/18h
64. Dile 2.18 AD EV 8/18h
65. Dile 2.18 AD EV 8/18h
66. Dile 2.18 AD EV 8/18h
67. Dile 2.18 AD EV 8/18h
68. Dile 2.18 AD EV 8/18h
69. Dile 2.18 AD EV 8/18h
70. Dile 2.18 AD EV 8/18h
71. Dile 2.18 AD EV 8/18h
72. Dile 2.18 AD EV 8/18h
73. Dile 2.18 AD EV 8/18h
74. Dile 2.18 AD EV 8/18h
75. Dile 2.18 AD EV 8/18h
76. Dile 2.18 AD EV 8/18h
77. Dile 2.18 AD EV 8/18h
78. Dile 2.18 AD EV 8/18h
79. Dile 2.18 AD EV 8/18h
80. Dile 2.18 AD EV 8/18h
81. Dile 2.18 AD EV 8/18h
82. Dile 2.18 AD EV 8/18h
83. Dile 2.18 AD EV 8/18h
84. Dile 2.18 AD EV 8/18h
85. Dile 2.18 AD EV 8/18h
86. Dile 2.18 AD EV 8/18h
87. Dile 2.18 AD EV 8/18h
88. Dile 2.18 AD EV 8/18h
89. Dile 2.18 AD EV 8/18h
90. Dile 2.18 AD EV 8/18h
91. Dile 2.18 AD EV 8/18h
92. Dile 2.18 AD EV 8/18h
93. Dile 2.18 AD EV 8/18h
94. Dile 2.18 AD EV 8/18h
95. Dile 2.18 AD EV 8/18h
96. Dile 2.18 AD EV 8/18h
97. Dile 2.18 AD EV 8/18h
98. Dile 2.18 AD EV 8/18h
99. Dile 2.18 AD EV 8/18h
100. Dile 2.18 AD EV 8/18h

Parceiros de Cuidado
ORÇAMENTO
071-2525 1511 (500.00)

[illegible]

1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2015 2016 2017 2018 2019 2020 2021 2022 2023 2024 2025 2026 2027 2028 2029 2030 2031 2032 2033 2034 2035 2036 2037 2038 2039 2040 2041 2042 2043 2044 2045 2046 2047 2048 2049 2050 2051 2052 2053 2054 2055 2056 2057 2058 2059 2060 2061 2062 2063 2064 2065 2066 2067 2068 2069 2070 2071 2072 2073 2074 2075 2076 2077 2078 2079 2080 2081 2082 2083 2084 2085 2086 2087 2088 2089 2090 2091 2092 2093 2094 2095 2096 2097 2098 2099 2100 2101 2102 2103 2104 2105 2106 2107 2108 2109 2110 2111 2112 2113 2114 2115 2116 2117 2118 2119 2120 2121 2122 2123 2124 2125 2126 2127 2128 2129 2130 2131 2132 2133 2134 2135 2136 2137 2138 2139 2140 2141 2142 2143 2144 2145 2146 2147 2148 2149 2150 2151 2152 2153 2154 2155 2156 2157 2158 2159 2160 2161 2162 2163 2164 2165 2166 2167 2168 2169 2170 2171 2172 2173 2174 2175 2176 2177 2178 2179 2180 2181 2182 2183 2184 2185 2186 2187 2188 2189 2190 2191 2192 2193 2194 2195 2196 2197 2198 2199 2200 2201 2202 2203 2204 2205 2206 2207 2208 2209 2210 2211 2212 2213 2214 2215 2216 2217 2218 2219 2220 2221 2222 2223 2224 2225 2226 2227 2228 2229 2230 2231 2232 2233 2234 2235 2236 2237 2238 2239 2240 2241 2242 2243 2244 2245 2246 2247 2248 2249 2250 2251 2252 2253 2254 2255 2256 2257 2258 2259 2260 2261 2262 2263 2264 2265 2266 2267 2268 2269 2270 2271 2272 2273 2274 2275 2276 2277 2278 2279 2280 2281 2282 2283 2284 2285 2286 2287 2288 2289 2290 2291 2292 2293 2294 2295 2296 2297 2298 2299 2300 2301 2302 2303 2304 2305 2306 2307 2308 2309 2310 2311 2312 2313 2314 2315 2316 2317 2318 2319 2320 2321 2322 2323 2324 2325 2326 2327 2328 2329 2330 2331 2332 2333 2334 2335 2336 2337 2338 2339 2340 2341 2342 2343 2344 2345 2346 2347 2348 2349 2350 2351 2352 2353 2354 2355 2356 2357 2358 2359 2360 2361 2362 2363 2364 2365 2366 2367 2368 2369 2370 2371 2372 2373 2374 2375 2376 2377 2378 2379 2380 2381 2382 2383 2384 2385 2386 2387 2388 2389 2390 2391 2392 2393 2394 2395 2396 2397 2398 2399 2400 2401 2402 2403 2404 2405 2406 2407 2408 2409 2410 2411 2412 2413 2414 2415 2416 2417 2418 2419 2420 2421 2422 2423 2424 2425 2426 2427 2428 2429 2430 2431 2432 2433 2434 2435 2436 2437 2438 2439 2440 2441 2442 2443 2444 2445 2446 2447 2448 2449 2450 2451 2452 2453 2454 2455 2456 2457 2458 2459 2460 2461 2462 2463 2464 2465 2466 2467 2468 2469 2470 2471 2472 2473 2474 2475 2476 2477 2478 2479 2480 2481 2482 2483 2484 2485 2486 2487 2488 2489 2490 2491 2492 2493 2494 2495 2496 2497 2498 2499 2500 2501 2502 2503 2504 2505 2506 2507 2508 2509 2510 2511 2512 2513 2514 2515 2516 2517 2518 2519 2520 2521 2522 2523 2524 2525 2526 2527 2528 2529 2530 2531 2532 2533 2534 2535 2536 2537 2538 2539 2540 2541 2542 2543 2544 2545 2546 2547 2548 2549 2550 2551 2552 2553 2554 2555 2556 2557 2558 2559 2560 2561 2562 2563 2564 2565 2566 2567 2568 2569 2570 2571 2572 2573 2574 2575 2576 2577 2578 2579 2580 2581 2582 2583 2584 2585 2586 2587 2588 2589 2590 2591 2592 2593 2594 2595 2596 2597 2598 2599 2600 2601 2602 2603 2604 2605 2606 2607 2608 2609 2610 2611 2612 2613 2614 2615 2616 2617 2618 2619 2620 2621 2622 2623 2624 2625 2626 2627 2628 2629 2630 2631 2632 2633 2634 2635 2636 2637 2638 2639 2640 2641 2642 2643 2644 2645 2646 2647 2648 2649 2650 2651 2652 2653 2654 2655 2656 2657 2658 2659 2660 2661 2662 2663 2664 2665 2666 2667 2668 2669 2670 2671 2672 2673 2674 2675 2676 2677 2678 2679 2680 2681 2682 2683 2684 2685 2686 2687 2688 2689 2690 2691 2692 2693 2694 2695 2696 2697 2698 2699 2700 2701 2702 2703 2704 2705 2706 2707 2708 2709 2710 2711 2712 2713 2714 2715 2716 2717 2718 2719 2720 2721 2722 2723 2724 2725 2726 2727 2728 2729 2730 2731 2732 2733 2734 2735 2736 2737 2738 2739 2740 2741 2742 2743 2744 2745 2746 2747 2748 2749 2750 2751 2752 2753 2754 2755 2756 2757 2758 2759 2760 2761 2762 2763 2764 2765 2766 2767 2768 2769 2770 2771 2772 2773 2774 2775 2776 2777 2778 2779 2780 2781 2782 2783 2784 2785 2786 2787 2788 2789 2790 2791 2

Scanned with CamScanner

[illegible]



CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
Sistema de gerenciamento da Unidade
Módulo de Prescrição / Evolução

Paciente: 142
Exatidão For. ESELE, AUGUSTO
Data: 05/08/2016 09:11

PAZID.: 1552667 DATA: 05/08/2016 09:12
NOME: GEORGE AUGUSTO
IDMUNO: 4577577 DT NASC: 17/04/1985 (DIA 3M 19D)
CID.: SUS - 61H
TELE.: 940315 - GABRIEL SILVA
ALUNA: SGP. COMPUSA:
DATA: 05/08/2016 00:56 0 DIAS(S) INT
ADERBAL BEZERRA MARTINS SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
INT.: 01 SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO.: LEITO EXTRA 3 - REC
S822 FRATURA DA DIAFISE DA TÍBIA CICLO.: /
STICO:
D.O.:
RISCO DE RISCO:

1 - VIA
Rubrica do Médico
COBERTURA: OBSERVAÇÃO ADULTO

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR CHACAS

PACIENTE SAMUEL

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTOCICLETA DIA 04/08/16

SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO EM PE DIREITO
REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO EM TÍBIA DIREITA
DIA 05/08/16

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

FO NÃO VISUALIZADA (<24H)

CONDURA: ATB + FO
SOLICITO RX DE CONTROLE

TRANSFERRIDA ENTERRADA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ITA	Qtd Unidade	SN	Apl	Frequencia	Data	Horarios
DIETA GERAL	1				[05/08]	09:12
TRATAMENTO ENFERMEIRO	Qtd Unidade	SN	Apl	Frequencia	Data	Horarios
C.C. DIFERENÇA - TO	1 AMPOLA	EV		06X06 HORA	[05/08]	16:18 ✓
Obs.: Diluir em 20ml de AD					[06/08]	00:00 ✓
-> AGUA HI-DESTILADA 10ML AMPOLA	1 AMPOLA					
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1 UNIDADE					
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1 UND					
C.C. TRAT. TO	1 AMPOLA	EV		06X03 HORA	[05/08]	16:18 ✓
-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 08	1 UNIDADE				[06/08]	00:00 ✓
-> SERINGA DESCARTAVEL 7ML	1 UND					

PLANO TERAPEUTICO



Nome: OMIEL Silva
Data: 16/11/16 PRESCRIÇÃO MÉDICA

Clinica:

SE

Ent:

Leito:

Mat: 88438 Reg: 4577

Altura:

HORARIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
COLETA DE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Maneja em repouso físico, sem desconforto físico, com sono tranquilo, com bom humor, mantido em bom estado nutricional, com MTD, evoluindo com perda de peso e desidratação, com SVD leve, com aumento da permeabilidade da barreira intestinal, com presença de incontinência fecal, com presença de enterocolite.

18:00 Plantei encontrando o paciente orientado, verbalizando, mantendo limpo o MTD, com presença de incontinência, com presença de diarreia, com presença de náusea, com presença de vômito, com presença de febre, com presença de dor abdominal, com presença de edema, com presença de icterícia, com presença de anemia, com presença de leucopenia, com presença de trombocitopenia, com presença de coagulograma alterado.

19:00 Realizado testes de urina e fezes, com resultados negativos, com presença de diarreia, com presença de vômito, com presença de febre, com presença de dor abdominal, com presença de edema, com presença de icterícia, com presença de anemia, com presença de leucopenia, com presença de trombocitopenia, com presença de coagulograma alterado.

20:00 Plantei encontrando o paciente em bom estado, com presença de diarreia, com presença de vômito, com presença de febre, com presença de dor abdominal, com presença de edema, com presença de icterícia, com presença de anemia, com presença de leucopenia, com presença de trombocitopenia, com presença de coagulograma alterado.

SINAIS VITAIS

HORA	TEMP.	PA	P	FR
06h	37	130	88	81
08h	36,5	120	80	118

USO O₂ e AR COMP.

LIG.	DESL.	CONT.
O ₂		
AR		
AR		
AR		

RESPIRADOR

LIG.	DESL.
LIG.	DESL.

Contínuo	LIG.	DESL.	CONT.
Monitor			
Oxímetro			

GLICEMIA

HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO

MEDICAÇÃO	LIGADO	DESLIGADO

INSTITUTO DE SAÚDE
 UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
 VACUNADOR EM REGIMÃO
 POSITAL
 UFE

Scanned with CamScanner

REGISTRO: 1553099 DATA: 05/08/2016 11:37
NOME: GEORGE AUGUSTO
IDENTIFICADOR: 4577577 DT NASC: 17/06/1988 (27 ANOS)
SEXO: M
NÚMERO: 984015 - SÍMBOLO: SNUV
SOL: ALTURA: SUP. CONDIÇÃO:
EXAME: 05/08/2016 09:55 1. 0745(1) INT
MÉDICO: ADELAIDE BEZERRA MARTINS SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
DIAGNÓSTICO: LESÃO DE MÚSCULO LIGAMENTO DO JOELHO - LESÃO DE MÚSCULO LIGAMENTO DO JOELHO
HISTÓRICO: 08/02 FRATURA DA DIAPHRAGMA DA TÍBIA COLUNA:
TÍTULO:
SITUAÇÃO DE RISCO:


RUBRICA DO MEDICO
05/08/2016

05/08/2016 09:17
Prestador: CRM: 13269 - GEORGE AUGUSTO COELHO DE OLIVEIRA

IR CHAGAS

PACIENTE SHUEL

VITIMA DE ACIDENTE DE AUTO DIA 04/08/16

SUBMETIDO A DESMAMAMENTO EM PE DIREITO
PERCUSSO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO EM TÍBIA DIREITA
DIA 05/08/16

FO-LINHA

CONDIÇÃO: ATD + FO
SOLICITO RX DE CONTROLE
-TRANSFERIR PARA ENFERMAGEM


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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd Unidade	SH	Apel	Frequencia	Data	Horarios
1 DIETA GERAL	1				[06/08]	11:37
ENDOCENTOS ENDOVENOSUS	Qtd Unidade	SH	Apel	Frequencia	Data	Horarios
2 C.C. DIPIRONA - TO	1 AMPOLA	EV		6X/24 HORA	[06/08]	12 . 13
Obs.: Diluir em 20mL de AD					[07/08]	00 . 06
- (-> AGUA BI-DESTILADA 10% AMPOLA	1 AMPOLA					
- (-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1 UNIDADE					
- (-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1 UNO					
3 C.C. TRAMAL TO	1 AMPOLA	EV		6X/24 HORA	[06/08]	16 . 18
- (-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 08	1 UNIDADE				[07/08]	00 . 03
- (-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML	1 UNO					

PRÉSCRITO: 1553396 DATA: 07/06/2016 12:00
PACIENTE: GEORGE AUGUSTO
NÚMERO: 4577577 DT NASC: 17/04/1995 (31A 3M 22D)
SEXO: SUS - SIM
NOME: 884315 - SAMUEL SILVA
ALTURA: SUP. CORPOREA:
DATA: 05/08/2016 00:56 2 DIAS (S) INT

CO: ADEBAL BEZERRA MARTINS SERVIÇO: CIRURGIA GERAL
INT: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM LEITO: LEITO 1310 - C.S. SÃO JOAQUIM COBERTURA:
VACAO ADULTO
DIAGNÓSTICO: S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA CICLO: /
RISCO: /

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR CHAGAS

PACIENTE SAMUEL

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 04/08/16
EM USO DE CEFALOTINA 12

SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO EM PE DIREITO
REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO EM TIBIA DIREITA
DIA 05/08/16

FO-LIMPA

CONDURA: ATB + FO
CHECO RX

577577*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

A	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
ETA GERAL	1					[07/08]	. 12

COMPLEMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
C. DIPIRONA - TO	1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[07/08]	. 12 . 18
Obs.: diluir em 20mL de AU						[08/08]	. 00 ✓ 06 ✓
-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	1	AMPOLA					
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE					
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND					
C. TRAMAL TO	1	AMPOLA		EV	08X08 HOR	[07/08]	. 16
-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 08	1	UNIDADE				[08/08]	. 00 ✓ 08
-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML	1	UND					

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

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

NOT RECORDED

10

3

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	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

1

1

1

SINAIS VITAIS				
HORA	TEMP.	PA	P	FR
21	36,0			

HORA	TEMP.	PA	P	FR
21	10			

5	+	5	
---	---	---	--

5761

21

1201

20	5	
----	---	--

USO O, e AR COM.

NO.	DEST.	CONT.
-----	-------	-------

C_2	1		
-------	---	--	--

Q			
---	--	--	--

AKR			
-----	--	--	--

AR			
----	--	--	--

RESPIRADOR

UG	DESL
----	------

UG	DESL.
----	-------

Continuo

Monitor	LG	DESL.	CON
---------	----	-------	-----

[illegible]

© Cambridge

GLICEMIA

HORA	VALOR	HORA	VALOR
------	-------	------	-------

HORA	VALOR	HORA	VAL
------	-------	------	-----

HORA	VALOR	HORA	VAL
------	-------	------	-----

BOMBAS DE INFUSÃO

[illegible]

--	--	--	--	--

10

Scanned with CamScanner

REGISTRO: 1553745 DATA: 08/08/2016 11:00
NOME: JULIO
IDENTIFICADOR: 4577577 DT NASC: 17/04/1985 (31A 3M 22D)
SEXO: SUS - SIH
NOME: 884315 - SAMUEL SILVA
ALTURA: SUP. CORPOREA:
REDUÇÃO: 05/08/2016 00:56 3 DIAS (8) INT

CO: ADEBAL BEZERRA MARTINS
INT: UI TRAUMATO/ORTOP. - S. JOAQUIM
SUSC: 5622 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
CICLO: 1
SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
LEITO: LEITO 1370 - C. S. JOAQUIM
COBERTURA:

1ª VIA

Rubrica do Médico

EVOLUÇÃO MÉDICA

08/08/2016
DR CHAGAS

PACIENTE SAMUEL

VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO DIA 04/08/16

PACIENTE SEGUE COM DOR LOCAL E LEVE RESTRIÇÃO À MOBILIDADE NA PERNA DIREITA. APRESENTA AINDA EQUIMOSE PERIORBITARIA DIREITA, EDEMA + RESTRIÇÃO DE MOVIMENTO EM JOELHO ESQUERDO E ESCORIAÇÕES MÚLTIPAS. SEM MAIORES QUEIXAS OU INTERCORRÊNCIAS

EM USO DE CEFALOTINA D4

SUBMETIDO A DEBRIDAMENTO EM PE DIREITO
REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO EM TIBIA DIREITA
DIA 05/08/16

FO-LIMPA

FUNÇÕES NEURO-VASCULARES DO MÊMBRO ACOMETIDO PRESERVADAS.

CONDURA: ATB + FO
CHECO RX

Alta Hospitalar

577577*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

A	Qtd	Unidade	SN	Act	Frequência	Data Horários
ETA GERAL	1					[08/08] . 11

CAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Act	Frequência	Data Horários
DIPIRONA - TO	1	AMPOLA		EV	06X06 HOR	[08/08] . 12 . 18
Obs.: Diluir em 20mL de AD						[09/08] . 00 . 06
-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	1	AMPOLA				
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1	UNIDADE				
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1	UND				
C. TRAMAL TO	1	AMPOLA		EV	03X08 HOR	[08/08] . 16
-> AGULHA DESCARTAVEL 25 X 08	1	UNIDADE				[09/08] . 00 . 08
-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML	1	UND				

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

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



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:



NOME: Samuel Silva

Nº PRONTUÁRIO

884515

SETOR:

Emergência

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

08/16

Admissão

Dr. Alexandre

CRM 11121

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



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 4577577 DT. ATEND.: 5/8/2016 - 00:56
MATER.: 084315 NASCIMENTO.: 17/4/1983
NOME.: SIVIEL SILVA
PAC.: SEM INFORMACAO
COT.:
CICLO.: PMU TAFOD QIS: SUBFACIL:
BAIRRO: ZONA RURAL - ITAPERI

HE- CEP: 62500000

IP:

DA: Paciente vítima de acidente de moto, apresentando fratura exposta de perna D.

EXAME FÍSICO:

A = OK

B = OK

C = OK

D = ulceração 15

E = fratura exposta em perna D.

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERT. COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Pereira
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta de perna D.

INDICAÇÃO: Internação + cirurgia TO

Dr. Andréia R. Pereira Martins

DIAGNÓSTICO FINAL: polihexilmon



ORIENTE
SAMUEL SILVA 34 27 04 85
Fº FERINO DE FREITAS / MR. VAVOA PA. SILVA
PAU DALGO ORIENTE
19 10 01 03 18 ISAAC SANTOS



CARTORIO LAURA
OFICIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA
A Presente copia confere com o original, que
me foi apresentado nestas notas, DOU-FE
Laura Equilino de Cassia Costa - Duque
Mary Claudia Costa Roque - Substituta

Ponte vitoria colina motocicleta, apresentando fatura exportada bella D
Encomenda ELB 15 DIFN
Fatura exportada bella D

1) Motocicleta 19:15 km
13.751



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Somnel Silva

Atestado de Vítima

vítima vítima com x como ocorrido

25 04/03/2016

vi atendida no dia 04/08/16 nascer nascer
com fratura ossos por @ (Exato) e
fratura rotula oss.

feiz debrido e fratura ossos
de fratura ossos @ de 05/08/16

pt com curas + 15% de fratura
do ossos @ e 15% no osso ossos

23/03/17

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 338.849.143-00 - CRM: 101

cópia 193

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Seemuel Silva

Necessita de 180 (cento e oitenta) dias de Licença para tratamento de Saúde.

Devido:

Fratura de fêmur (S) não
consolidada

Fratura de fêmur (D) não
consolidada

C.I.D. _____ Sobral, 12, 05, 12

Francisco das Chagas Perceira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 33.456.443-68 - CRM: 107

Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfica CLEIDE - 3611.3723



Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550



Nome Paciente: <u>Samuel Silva</u>										83 - RADIOLOGIA	
Idade	Peso	Altura	☐ Masc. ☐ Fem.	Cor	Clinica	☐ INPS ☐ CONV. ☐ PART	☐ HOSP. ☐ AMB. ☐ EXT	ENF.	LEITO	Reg.	
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:											
DADOS CLÍNICOS											
Data do Pedido: _____											
Francisco das Chagas Pereira ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CPF: 388.014.114-00 (CRM)											
TIPO DE EXAME - Jejum ☐ SIM ☐ NÃO											
ANESTESIA ☐ SIM ☐ NÃO											
RADIO DIAGNÓSTICO: <u>Rx perna @ 16/10</u>											
<u>Rx joelho @ 16/10</u>											
RADIO DIAGNÓSTICO: (AUXÍLIO USE O INVERSO SE NECESSÁRIO)											
DATA: _____											
Assinatura do Médico RADIOLOGISTA - CRM											
Nome do Paciente:										Reg.	
Tipo de Exame										☐ 18 X 24 ☐ 24 X 30 ☐ 30 X 40 ☐ 35 X 35 ☐ 35 X 43	
Tipo de Contraste ou medicamento										N. INC.	
Data do Exame										N. INC.	
DESTACAR E COLAR NA FOLHA DE CONTROLES DE EXAMES SUPLEMENTARES DA PAPELETA											

Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Samuel Silva

soluções:

1. # Imobilizado 01 dia

com cura

[Handwritten signature]

04/07/17

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.849.413-69 - CRM: 011

Cóp. 1183

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Bula

45 203

23/03/12 11

Ator

Ator jesus

Servicos

Shorins sen

Ator jesus

02105117

14.12.16

GOVERN

515

UNIDADE DE SAUD

NOME:

Ss

Sol

Data. 17



14.12.16

13:00h

GOVERNO MUNICIPAL DE ITABERA
SECRETARIA DA SAÚDE

SUS

SAÚDE

UNIDADE DE SAÚDE

PSI

RECEITUÁRIO

NOME: Silvia LIMA

Soluto: INJEÇÃO:

Aspirina

Conduta

Unicóides

Di. Valtan

Dilmar de P. Marques
CLINICA GERAL
SAÚDE DA FAMÍLIA
CRM: 92577

Data:

14/12/16

Assinatura - CRM



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que SAMUEL SILVA

Necessita de SESSENTA dias de Licença para
tratamento de Saúde.

Devido:

FRATURA DE DIÁFISE DA TÍBIA

C.I.D. S 822 Sobral, 04/08/16

Dr. José Leonardo Viana
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfica CLEIDE - 3611.3723



GOVERNO MUNICIPAL DE ITAPERI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ATESTADO MÉDICO

Atendo, que o(a) Samuel Silva

Identidade Nº _____ necessita de 08 (oito)

partir desde, por motivo de S82:

Hospital ou Ambulatório

05/10/2016
Localidade e Data

Dra. Maryllia Vasconcelos
MÉDICA
CREMEO 17749
Associação do Médico

Este atestado é válido para os períodos previstos no Art. 66 da Lei Nº 146, de 26 de julho de 1992 e será expedido para justificar de 1 a 15 dias de afastamento do trabalho.



Ligon Santa
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Somuel Silva

→ retorno rotina 18/08/16

→ retorno 11/10/16 ^{divi} 07:00h a 12:00

→ Posto
Pav. 1

Melo,

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 380.849.113-95 - CRM: 601

Cód. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

notar a como rise

Francisco das Chagas Paes

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CRM 112.040 - CBO 312.10

cop. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88)3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

retorno a 09/02/12
61 ver feudo

[Handwritten signature]

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.649.113-69 CRM: 10.101

cóp. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

retorno 13/01/12

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 330.552.113-68 - CRM: 10

Cóp. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1938 - Fax: (88) 3613.1908
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550



Nome Paciente:

Samuel Silva

83 - RADIOLOGIA

Idade	Peso	Altura	☐ Masc ☐ Fem.	Cor	Clinica	☐ INPS ☐ CONV. ☐ PART.	☐ HOSP. ☐ AMB. ☐ EXT.	Reg.	ENF.	LEITO
-------	------	--------	--	-----	---------	---	--	------	------	-------

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

DADOS CLÍNICOS

Data do Pedido:

TIPO DE EXAME - Jejum ☐ SIM ☐ NÃO

ANESTESIA ☐ SIM

Francisco das Chagas Pereira
ORTEPEDIA E TRAUMATOLOGIA (CRM)
CRM: 3889/015-06. C.R.M.T. (R. N. INC.)
QUEIMADO

RADIO DIAGNÓSTICO: (AUXÍLIO USE O INVERSO SE NECESSÁRIO)

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA:

Assinatura do Médico RADIOLOGISTA - CRM

Nome do Paciente:

Reg.

Tipo de Exame

Tipo de Contraste ou medicamento

Data do Exame

- ☐ 18 X 24
- ☐ 24 X 30
- ☐ 30 X 40
- ☐ 35 X 35
- ☐ 35 X 43

N. INC.

DESTAÇAR E COLAR NA FOLHA DE CONTROLES DE EXAMES SUPLEMENTARES DA PAPELETA

Gratificação CLEIDE - (88) 3611.3723



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1830 - Fax: (88) 3613.1908
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Nome Paciente: SAMUEL SILVA 83 - RADIOLOGIA

Idade	Peso	Altura	☐ Masc ☐ Fem.	Cor	Clinica	☐ INPS ☐ CONV. ☐ PART.	☐ HOSP. ☐ AMB. ☐ EXT.	ENF.	LEITO
-------	------	--------	--	-----	---------	---	--	------	-------

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

DADOS CLÍNICOS

Data do Pedido:

TIPO DE EXAME - Jejum ☐ SIM ☐ NÃO ANESTESIA ☐ SIM ☐ NÃO

tx DE Perna (D) A.P. E P.P.P.	Assinatura do Médico (Carimbo e CRM) AUGUSTO 2013 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL	TIPO DE FILME QUANT. N. INC. CORRIGIDO ☐ 18 X 24 ☐ 24 X 30 ☐ 30 X 40 ☐ 35 X 35 ☐ 35 X 43
-------------------------------	---	---

RADIO DIAGNÓSTICO: (AUXÍLIO USE O INVERSO SE NECESSÁRIO)

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA: Assinatura do Médico RADIOLOGISTA - CRM

Nome do Paciente:	Reg.
Tipo de Exame	☐ 18 X 24 ☐ 24 X 30 ☐ 30 X 40 ☐ 35 X 35 ☐ 35 X 43
Tipo de Contraste ou medicamento	
Data do Exame	N. INC.

DESTACAR E COLAR NA FOLHA DE CONTROLES DE EXAMES SUPLEMENTARES DA PAPELETA
Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1939 - Fax: (88) 3613.1998
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

83 - RADIOLOGIA

Nome Paciente:

Idade	Peso	Altura	☐ Masc ☐ Fem.	Cor	Clinica	☐ INPS ☐ CONV. ☐ PART.	☐ HOSP. ☐ AMB. ☐ EXT.	Reg.	ENF.	LEITO
-------	------	--------	--	-----	---------	---	--	------	------	-------

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

DADOS CLÍNICOS

Data do Pedido:

TIPO DE EXAME - Jejum ☐ SIM ☐ NÃO

ANESTESIA

☐ SIM ☐ NÃO

Assinatura do Médico (Carimbo e CRM)

TIPO DE FILME QUANT. N. INC.

- QUEMADO
- ☐ 13 X 24
 - ☐ 24 X 30
 - ☐ 30 X 40
 - ☐ 35 X 35
 - ☐ 35 X 43

RADIO DIAGNÓSTICO: (AUXÍLIO USE O INVERSO SE NECESSÁRIO)

ASSINATURA DO MÉDICO E CARIMBO

DATA:

Assinatura do Médico RADIOLOGISTA - CRM

Nome do Paciente:	Reg.
Tipo de Exame	☐ 18 X 24 ☐ 24 X 30 ☐ 30 X 40 ☐ 35 X 35 ☐ 35 X 43
Tipo de Contraste ou medicamento	
Data do Exame	N. INC.

DESTACAR E COLAR NA FOLHA DE CONTROLES DE EXAMES SUPLEMENTARES DA PAPELETA

Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Samuel Silva
Número para: S822 - Fratura Da Diafise Da Tibia

Cirurgia: DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Data: 05/08/16

Antibioticoterapia: CEFALOTINA

Recomendações:

- ☒ Não Pisar
- ☒ Não Sustentar Peso
- ☒ Manter membro elevado (a 45°)
- ☒ Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- ☒ Retirar pontos após 15 dias
- ☒ Fisioterapia precoce
- ☒ Atentar à data de retorno (15 dias)

16/08/16
(161)
Mante 7h7

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após 15 dias, com Radiografia do membro com o Dr(a). FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA, para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 08/08/2016

Dr. Raoni Carlos Madeiro
Médico
CREMEC 14.314

Assinatura e Carimbo

04 / Agosto 16.



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 819 - Fone: (85) 3277.1939 - Fax: (85) 3213.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stcasasobral@stcasasobral.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 08.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550



ATESTADO MÉDICO

Atesto que SAMUEL SILVA

Necessita de sessenta dias de Licença para
tratamento de Saúde.

Devido:

FRAVRA DE DIABESA DA TEND

C.I.D. S 822 Sobral, 04 / 08 / 76

Dr. Jose Leopardo Viana
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfico CLEIDE - 3511.3723



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAREMA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha
2. Ao terminar a consulta, o
médico preencher 2 vias em duplicata, uma
para permanecer com a 1ª via a unidade
origem.

Unidade de Origem: _____
Unidade Sanitária: _____
Município: _____
Data de Nascimento: _____
M ☐ F ☐
Ocupação: _____
Bairro: _____
Fone: _____

Unidade de Encaminhamento: Solicitado
Solicitado Raio-X para DAP, P
Raio-X folha (E) AP, P
Resultado de Exames: _____

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____
Função: _____
Data: 03, 04, 17
Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatório ☐ Hospitalar ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____ Auxílio Diagnóstico: _____
Unidade de referência: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____
Prontuário Nº: _____
Alta: _____

Resumo: Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento

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

Assinatura do consultante - Nº Registro: _____
Função: _____
Data: _____

Colocar também como resumo de alta



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL



Atendimento: 4577549 | Paciente: 884315 - SAMUEL SILVA
Data e Hora do Acolhimento: 04/08/2016 21:50:58

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

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

Descrição da História Prévia do Atendimento:

ACIDENTE DE COLISÃO MOTO + CARRO COM TRAUMA + LESÃO NO MID ESCORIAÇÕES
NO CORPO TRAUMA NA REGIÃO FRONTAL CONSCIENTE EM ALERTA

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 120/80, N° Pulso: 100, N° Freq. Resp: 18, DX: , Temperatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

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

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

PLANTAO NOTURNO

Exame Físico:

Destino do Atendimento: OUTROS

JOSE MAURO RIOS NETO - CRM.: 15077

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