



**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA
CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA/CE.**

JOSÉ MANOEL DE SALES, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº: 029112540 SSP/CE e do CPF nº: 214.737.143-20, residente e domiciliado no Sítio Espinhaço Arajara, nº 491, Distrito Arajara, na cidade de Barbalha/CE, vem, respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, por intermédio do seu advogado infra-assinado (instrumento de procura - doc. anexo), com fulcro no art. 318 e seguintes do Código de Processo Civil, promover a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DPVAT** com fulcro na Lei 8.441/92, que dá nova redação à Lei Federal nº 6.194/74, e nos demais dispositivos legais aplicáveis à espécie, em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, inscrita no CNPJ n. 09.248.608/0001-04, situada à Rua da Assembleia, nº.100, 16º Andar – Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP – 20011-000, pelo que declara e passa a expor:



1 – PRELIMINARMENTE

1.1 – NOTIFICAÇÕES E INTIMAÇÕES:

Preliminamente, requer a Vossa Excelência que todas as intimações e notificações atinentes ao presente feito sejam dirigidas ao **Dr. Thomaz Antonio Nogueira Barbosa (OAB/CE 20.787)**, sob pena de nulidade processual (art. 272, §2º do CPC).

1.2 - DA GRATUIDADE DE JUSTIÇA:

Inicialmente, requer os benefícios da justiça gratuita, em razão de não possuir recursos suficientes para arcar com as custas e despesas processuais, haja vista expressa previsão no Código de Processo Civil, não sendo óbice à benesse a constituição de advogado. Senão vejamos:

Art. 98. A pessoa natural ou jurídica, brasileira ou estrangeira, com insuficiência de recursos para pagar as custas, as despesas processuais e os honorários advocatícios tem direito à gratuidade da justiça, na forma da lei.

§ 1º A gratuidade da justiça compreende:

I - as taxas ou as custas judiciais;

Art. 99. O pedido de gratuidade da justiça pode ser formulado na petição inicial, na contestação, na petição para ingresso de terceiro no processo ou em recurso.

[...]

§ 4º A assistência do requerente por advogado particular não impede a concessão de gratuidade da justiça.

2 – DA SITUAÇÃO FÁTICA E JURÍDICA:



O Requerente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 06.06.17 (conforme B.O. em anexo), tendo lesões gravíssimas como resultado do incidente mencionado. Vejamos:

1. Fratura antiga completa da base do 1º metatarso.
2. Artrose interfalangeana difusa.

Em virtude das lesões sofridas o requerente precisou ser encaminhado ao hospital para realização de primeiros socorros, bem como posteriormente o requerente fora submetido a uma cirurgia de osteossíntese com pinos de fixação, carecendo de um longo período de recuperação. Como consequência do acidente mencionado lhe sobrevieram amargas sequelas, prejudicando o desempenhar de suas atividades diárias.

Contudo, apesar da lesão em decorrência de acidente envolvendo veículo automotor, o Requerente teve outorgado quantia à título extrajudicial o valor de R\$ 1.687,50 (Um Mil Seiscentos e Oitenta e Sete Reais e Cinquenta Centavos).

Todavia, o suplicante ciente dos direitos que lhe cabe, vem perante esse juízo, esperando ser devida e completamente indenizado, na forma do Art. 3º, inciso II, da Lei nº 6.194/74¹, com redação dada pela Lei nº 11.482/2007, dispositivo que fixa a referida indenização no valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

Assim sendo, entre o que é devido (R\$ 13.500,00), e o que foi pago em via administrativa (R\$ 1.687,50), **resta cristalino que à parte suplicante é devida uma diferença a título indenizatório/reparatório de R\$ 11.812,50 (Onze Mil Oitocentos e Doze Reais e Cinquenta Centavos).**

Em razão do valor que é devido, conforme art. 3º da Lei 6194/74, nota-se, de forma clara como a luz do sol, a necessidade de pagamento de indenização securitária, não só como uma medida de justiça, mas de proporcionalidade entre o que DEVE ser recebido e o do dano sofrido pelo Autor.

¹ “Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada: II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;”



À vítima de acidente de veículo automotor aplica-se a Lei nº 6.194/74 (Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Via Terrestre ou por sua carga, a pessoas transportadas ou não), conforme disposto no Art. 3º, II:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Portanto, o Requerente possui direito à receber indenização em razão do evento danoso, totalizando um valor de até R\$ 13.500,00, o qual será apurado mais detidamente com a perícia judicial.

Saliente-se que, a **comprovação do nexo de causalidade entre o fato e o dano sofrido pelo Autor são circunstâncias suficientes para a viabilidade do direito à indenização securitária pleiteada**, independentemente de culpa (art. 5º da Lei 6194/74), se manifestando assim a jurisprudência pátria. Cito:

SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES APELAÇÃO
CÍVEL 4550/96 - Reg. 3204-1 Cod. 96.001.04550 QUARTA CÂMARA -
Unânime Juiz: PAULO GUSTAVO REBELLO HORTA - Julg: 27/06/96
DPVAT. FALTA DE CONTRATAÇÃO DO SEGURO. LEI N. 8441/92.
INCONSTITUCIONALIDADE. INOCORRENCIA. [...]A **indenização por morte em acidente de transito e devida, mediante simples prova do acidente, ainda que não recolhido o DPVAT. Cabe a seguradora acionada reaver do consórcio o que tiver satisfeito em face da aplicação do art. 7. da Lei n. 8441/92.**(grifo nosso)

Assim sendo, buscando o pagamento integral do quanto devido pela Requerida, ingressa com a presente ação pleiteando a diferença securitária com base na Lei nº. 6.194/74.

3 – NECESSIDADE DE PERÍCIA TÉCNICA À SOLUÇÃO DA LIDE:



A realização de perícia judicial é indispensável à solução das demandas referentes ao Seguro DPVAT, haja vista que somente o laudo do *expert* é capaz de delimitar a extensão do dano sofrido e a justa indenização para tanto.

Portanto, requer, a **NÃO REALIZAÇÃO da audiência de conciliação e a designação da perícia tão logo seja apresentada a Contestação**, tudo conforme expressão disposição dos arts. 464, *caput* e 465, *caput*, ambos do CPC.

4 – DO PRAZO PRESCRICIONAL:

Diante da violação de um direito, nasce para o Autor/Vítima uma pretensão (Art. 189, CPC). Contudo, a pretensão pode ser extinta pela sua inércia (inatividade durante determinado decurso de tempo), configurando o nascedouro da prescrição.

Com as ações referentes ao Seguro DPVAT não seria diferente. Nesse sentido, o Enunciado Sumular nº 405 dispõe que **“A ação de cobrança do seguro obrigatório (DPVAT) prescreve em três anos”**, cujo termo inicial é a ciência da incapacidade (Súmula 278, STJ) ou, tendo havido pagamento administrativo parcial, interrompe-se o prazo prescricional, iniciando-se um novo prazo trienal a partir desse momento (TJ-PE - APL: 28405020108171370 PE 0002840-50.2010.8.17.1370 ;TJ-SP - APL: 02192464320108260100 SP 0219246-43.2010.8.26.0100).

Portanto, claramente demonstrado, *in casu*, que não houve prescrição quanto ao direito do Requerente, haja vista que entre o termo inicial e o termo final não transcorreu lapso temporal superior a 03 anos.

5– DOS PEDIDOS:

Destarte, ante o exposto, REQUER:



- a) A concessão da gratuidade da justiça em razão da declaração que segue em anexo e conforme expressa disposição legal (arts. 98, *caput* e §1º, I e 105, *caput*, ambos do CPC);
- b) Que todas as intimações e notificações atinentes ao presente feito sejam dirigidas ao **Dr. Thomaz Antonio Nogueira Barbosa (OAB/CE 20.787)**, sob pena de nulidade processual (art. 272, §2º do CPC), bem como, que os eventuais alvarás sejam expedidos em nome de **Antônio Allan Leite Saraiva (OAB/CE 23.502)** ou **Thomaz Antonio Nogueira Barbosa (OAB/CE 20.787)**;
- c) A não realização da audiência conciliatória, com a consequente cientificação do prazo de 15 dias para apresentar Contestação, à contar da juntada do aviso de recebimento aos presentes autos (art. 231, I c/c art. 334, §4º, I, ambos do CPC), sob pena de revelia e consequente presunção de veracidade dos fatos articulados na presente peça, haja vista a robusta prova documental acostada.
- d) A designação, tão logo seja apresentada a contestação, da perícia judicial (arts. 464 e 465 do CPC);
- e) A PROCEDÊNCIA da presente ação, com a condenação da requerida ao pagamento da diferença da indenização do seguro obrigatório DPVAT no valor de R\$ 11.812,50 (Onze Mil Oitocentos e Doze Reais e Cinquenta Centavos), com juros de 1% a.m. contados desde a data do acidente, conforme Súmula 54 do STJ e atualizados à data da efetiva liquidação, com fulcro no artigo 3º, II da Lei 6.194/74;
- f) A condenação da Requerida nas custas processuais (art. 84 do CPC), bem como nos honorários advocatícios no valor de 20% da condenação, do proveito econômico pretendido ou, em não sendo possível mensurá-lo, do valor atualizado da causa (art. 85, *caput* e §2º do CPC);

Protesta e requer provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, sem exceção de nenhuma, especialmente pelos documentos que instruem esta Inicial.



Dá-se a esta causa o valor de R\$ 11.812,50 (Onze Mil Oitocentos e Doze Reais e Cinquenta Centavos).

Nestes termos

Pede deferimento

Barbalha-CE, 21 de Janeiro de 2019.

**Thomaz Antonio Nogueira Barbosa
OAB/CE 20787**

**Antônio Allan Leite Saraiva
OAB/CE 23502**

**Rivânia Alves Santos
OAB/CE 39.114**

**Mateus Araújo Ricarte
Estagiário de Direito**



"PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

José Manuel de Sales, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 029112540 SSP/CE e CPF 214.737.143-20, residindo e domiciliado no Sítio Espinhaço Araripe, Distrito Araripe, Barbalha/CE.

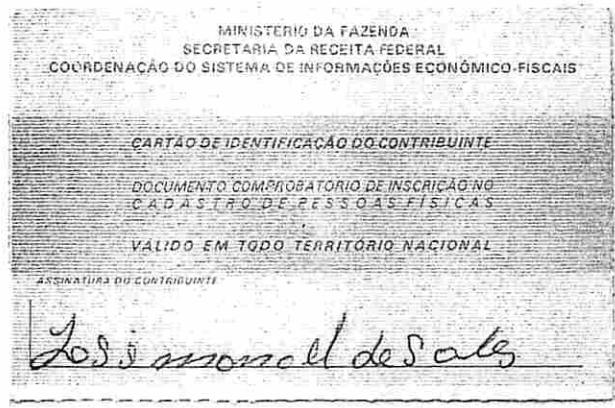
OUTORGADO: THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 20.787 e/ou ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 23.502, ALANA CORREIA DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 30.218, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o nº 35.332, LIBERALINA MARIA ARRAIS SOARES CÂNDIDO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE 33.529 ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio nº 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 judicia 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 asseguratórias 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 nº 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, 11 de Janeiro de 2018

José Manuel de Sales



Nº DO CLIENTE		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002																																																	
4471147-6		Companhia Energética do Ceará Rua Padre Valdevino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3																																																	
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 N° 480948232 Rota 29 13014 04 745000 - 6 Data de Emissão 12/06/2017 Nome MARIA DO SOCORRO SALES End. Postal ST ESPINHACO ARAJARA 00491 DISTRITO ARAJARA - BARBALHA - 63180000 Medidor 9581173 Poste 0000 0000 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00 RG / CPF / CNPJ 006612823-41 CGF Nome do Responsável																																																			
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO Veja a legenda no verso desta conta. <table border="1"> <thead> <tr> <th>DATAS</th> <th>Mês de Referência</th> <th>Data da Apresentação</th> <th>Prévisão Próxima Leitura</th> <th>Conjunto</th> <th>CPATO</th> <th>Mês</th> <th>Pedra</th> <th>Apuração Individual</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jun/2017</td> <td>12/06/2017</td> <td>13/07/2017</td> <td></td> <td>Abr/2017</td> <td>EUSD 6,00</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> ICMS Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto ISENTO DIC 18,58 21,17 42,34 0,00 0,00 0,00 ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL AD62,A382,40B8,ACCD,754E,60BE,IC24,713E				DATAS	Mês de Referência	Data da Apresentação	Prévisão Próxima Leitura	Conjunto	CPATO	Mês	Pedra	Apuração Individual	Jun/2017	12/06/2017	13/07/2017		Abr/2017	EUSD 6,00																																	
DATAS	Mês de Referência	Data da Apresentação	Prévisão Próxima Leitura	Conjunto	CPATO	Mês	Pedra	Apuração Individual																																											
Jun/2017	12/06/2017	13/07/2017		Abr/2017	EUSD 6,00																																														
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO <table border="1"> <thead> <tr> <th>Leit. Atual</th> <th>Leit. Anterior</th> <th>Const.</th> <th>Consumo (KWh)</th> <th>Cons. Ind.</th> <th>Cons. Fct.</th> <th>Tarifa (R\$/kWh)</th> <th>Valor (R\$)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>19145</td> <td>19073</td> <td>1,00</td> <td>72</td> <td>0,00</td> <td>30</td> <td>0,18108</td> <td>5,43</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>42</td> <td>0,31942</td> <td>15,94</td> </tr> <tr> <td colspan="2">12/06/17</td> <td colspan="2">12/05/17</td> <td colspan="2">31-DIAS</td> <td colspan="2">72</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">VALOR (R\$)</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2">18,47</td> </tr> </tbody> </table> DESCRIÇÃO VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL 37,25 DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA -18,78 PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,31 DOACAO FUNDACAO TERRA 1/1 5,00 COB. SALDO FATURA ANTERIOR 21,25 DOACAO PAST DA CRIANCA TEL 85-3254 6441 2,00				Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)	19145	19073	1,00	72	0,00	30	0,18108	5,43						42	0,31942	15,94	12/06/17		12/05/17		31-DIAS		72								VALOR (R\$)								18,47	
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Ind.	Cons. Fct.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)																																												
19145	19073	1,00	72	0,00	30	0,18108	5,43																																												
					42	0,31942	15,94																																												
12/06/17		12/05/17		31-DIAS		72																																													
						VALOR (R\$)																																													
						18,47																																													
VENCIMENTO		TOTAL A PAGAR (R\$)																																																	
13/07/2017		48,03																																																	
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)																																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Energia</th> <th>Transmissão</th> <th>Distribuição</th> <th>Encargos Setoriais</th> <th>Tributos (IAMS PIS/COFINS)</th> <th>TOTAL</th> <th>MED</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> <th>Jul</th> <th>Aug</th> <th>Sep</th> <th>Oct</th> <th>Nov</th> <th>Dec</th> <th>Jan</th> <th>Feb</th> <th>Mar</th> <th>Apr</th> <th>May</th> <th>Jun</th> <th>Jul</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>8,54</td> <td>8,65</td> <td>2,76</td> <td>2,08</td> <td>2,60</td> <td>19,78</td> <td>76</td> <td>72</td> <td>75</td> <td>61</td> <td>77</td> <td>57</td> <td>61</td> <td>113</td> <td>51</td> <td>76</td> <td>82</td> <td>55</td> <td>63</td> <td>100</td> <td>100</td> <td>100</td> </tr> </tbody> </table>				Energia	Transmissão	Distribuição	Encargos Setoriais	Tributos (IAMS PIS/COFINS)	TOTAL	MED	Jun	Jul	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul	8,54	8,65	2,76	2,08	2,60	19,78	76	72	75	61	77	57	61	113	51	76	82	55	63	100	100	100				
Energia	Transmissão	Distribuição	Encargos Setoriais	Tributos (IAMS PIS/COFINS)	TOTAL	MED	Jun	Jul	Jul	Aug	Sep	Oct	Nov	Dec	Jan	Feb	Mar	Apr	May	Jun	Jul																														
8,54	8,65	2,76	2,08	2,60	19,78	76	72	75	61	77	57	61	113	51	76	82	55	63	100	100	100																														
CONSUMO CONSCIENTE - EMISSões DE CO₂ (kg/kWh) Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica. Emissão kg (CO ₂) Compensado kg (CO ₂) Consciência Ecológica%CO ₂ 31,12 0,00 0,00																																																			
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO																																																			



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1693 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **18/07/2018 10:15:32**

Data / Hora da Ocorrência: **06/07/2017 16:30:00** *106-06-2017*

Endereço da Ocorrência: **SITIO BOA ESPERANÇA**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**

Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**

RG: **99029112540** Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES**

MANOEL JOAQUIM DE SALES

Endereço: **SITIO ESPINHAÇO**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(88) 9611-8826**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HXB4451** Uf: **CE** Município: **BARBALHA** Chassi:

9C2JC30101R097345 Renavam: **754344916** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN KS** Ano

Fabricação: **2001** Año Modelo: **2001** Combustível: **GASOLINA** Cor:

VERDE Proprietário: **JOSE RICARDO ALVES COUTINHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Afirma o(a) noticiante/vítima, advertido(a) das penas cominadas para os crimes de denunciaçāo caluniosa e falsa comunicação de crime/contravenção penal, que era o garupeiro da motocicleta pilotada por José Ricardo Alves Coutinho. Aduz que estavam no Sítio Boa Esperança quando, ao pararem na entrada à rampa - da rodovia que dá acesso ao Distrito do Caldas, nesta cidade, o piloto pisou num buraco e com isso a motocicleta pesou e perderam seu equilíbrio, momento em que pularam da moto. A vítima, ora noticiante, ao pular, caiu de mal jeito e sofreu uma lesão no pé direito. O condutor da motocicleta não sofreu nenhuma lesão. Depois do acidente que acaba de narrar, foram para casa. Após chegar em casa, a dor não cessava e o inchaço era visível, por isso pediu para que um sobrinho fosse deixá-lo no Hospital. Foi levado para o Hospital São Vicente, em Barbalha/CE. Ao dar entrada na unidade hospitalar, foi submetido a exame de Raio-X, teve o pé imobilizado e foi orientado a voltar no dia seguinte, já que naquele horário não havia médico especialista para atendê-lo. No dia seguinte voltou e foi atendido por um especialista. Depois de fazer alguns exames, poucos dias depois foi submetido a cirurgia, uma vez que ficou constatado que a vítima sofrera uma fratura no pé direito. Após a cirurgia, recebeu alta. Precisou fazer algumas sessões de fisioterapia para conseguir melhorar os movimentos do pé. Ainda hoje sente dores no pé direito. O condutor da motocicleta, que também é proprietário, possui CNH.

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

+ José Airton Saraiva Calixto Junior

José Airton Saraiva Calixto Junior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA Pág. 1 de 2

Mat.: 300.907-13
Impresso em: 18/07/2018 10:25:51



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

fls. 12
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1693 / 2018

Ressalta que somente a vítima restou lesionado em decorrência da queda. O piloto nada sofreu. Não contratou ninguém para auxiliá-lo no protocolo do Seguro DPVAT. O piloto da motocicleta está presente e confirma os fatos narrados, além assinar o presente boletim de ocorrência. Está ciente de que as informações prestadas neste registro são de inteira responsabilidade da vítima.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

José Airton Saraiva Calixto Júnior
ESCRIVÃO DE POLÍCIA
Mat.: 300.907-1-3

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X Júlio Cesar Agrelli Lobo

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIO CESAR AGRELLI LOBO - MAT.: 198795-1-8



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 421 - 1893 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**

Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 15:34:45**

Data / Hora da Ocorrência: **06/08/2018 15:34:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA MAJOR SAMPAIO, 45**

Complemento: **DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL**

Bairro: **CENTRO**

Município: **BARBALHA/CE**

Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOSE MANOEL DE SALES**

Nascimento: **10/01/1961** CPF: **214.737.143-20**

RG: **99029112540**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **CE**

Filiação: **MARIA BRASILINA DE SALES**

MANOEL JOAQUIM DE SALES

Endereço: **SITIO ESPINHAÇO**

Bairro: **ZONA RURAL**

CEP:

Município: **BARBALHA/CE**

País: **BRASIL**

Telefone: **(88) 9611-8826**

Histórico

Cuida-se de registro de boletim de ocorrência para retificar dados do BO nº 421-1693/2018, considerando que o acidente de trânsito ocorreu no dia 06/06/2017, por volta das 16h30min, e no registro do BO nº 421-1693/2018 consta dia 06/07/2017. A retificação tem base em Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência, emitida pelo Hospital São Vicente de Barbalha/CE. Onde se lê: Data/Hora da Ocorrência: 06/07/2017 16:30:00. Leia-se: Data/Hora da Ocorrência: 06/06/2017 16:30:00.

José Airton Saraiva Calixto Júnior

ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Mat.: 300.907-1-3

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE AIRTON SARAIVA CALIXTO JÚNIOR - MAT.: 30090713

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-1

SINISTRO 3180437414 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE MANOEL DE SALES

COBERTURA Invalidez

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

SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO JOSE MANOEL DE SALES

CPF/CNPJ: 21473714320

Posição em 11-10-2018 15:27:19

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS SUAS CARGAS, A VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU SEU TRANSPORTE DAS MESmas, A PESSOAS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE		Nº 01557705-2022
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO		
VIA	ODO - RENAVAM	EXERCÍCIO
BRASIL	7543240536	2018

COMBUSTIVEL		GASOLINA	
ANO MOD		2001	
MARCA / MODELO	ANOFAB.	2001	CONDOMINIO
HONDA / CB 125 TITAN II	CATEGORIA	ALIUSUL	VERDE
CAP / PTO / CTR	VENC/COTA UNICA	3/7/2001	VENC/COTAS
2P / 125M / 124CC	DATA CADUCA	3/7/2001	1º LEMANTO
FABRA / FVA	FAROLAMENTO / COTAS	3/7/2001	2º COMF
P	DATA CADUCA	3/7/2001	3º CERT
V	DATA CADUCA	3/7/2001	

卷之三

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, JOSE RICARDO ALVES COUTINHO,

RG nº 200 202 9076568 data de expedição 20/03/18,
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 009.563.043-05, com
 domicílio na cidade de BARBALHA, no Estado de
CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Sítio ESPINHAÇO, nº _____,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima JOSE MANDEL DE SALES, cujo o condutor era
JOSE RICARDO ALVES COUTINHO.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: HONDA CG 125 TITAN KS

Ano: 2001 - 2001

Placa: HKB 4451

Chassi: 9C2W30101R097345

Data do Acidente: 06.06.2017

Local e Data: BARBALHA - CE - 0808.2018

João Ricardo Alves Coutinho
 Assinatura do Declarante

João Ricardo Alves Coutinho
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

06/06/2018
Data de Emissão

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :

X
SLUCIA
SLUCIA

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento

3014432

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Sexo : MASCULINO **Data Nascimento :** 10/01/1961

Idade: 56 Anos / 4 Meses / 27 Dias

Endereço : SITIO ESPINHACO

Bairro : RURAL

CEP : 63180970

Cidade : BARBALHA

Telefone : 96118826

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Atendimento

Data : 06/06/2017 **Hora :** 17:24:53

Especialidade : CIRURGIA GERAL

CONVÉNIO: SUS - AMBULATORIO

Serviço : CIRURGIA GERAL

Queixas :

T:

PA:

HC:

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

Hora médica : _____

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10:

Procedimento

Imagem: *B1/1*

Laboratório:

Outros:

Conduta

*Vitiligo
Hipertensão arterial
Diabetes mellitus*

Assinatura do Paciente ou Responsável

PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HM34)

CRM

H11212



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3014432

Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL SALES

Solicitante....: PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMSVP)

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 761893

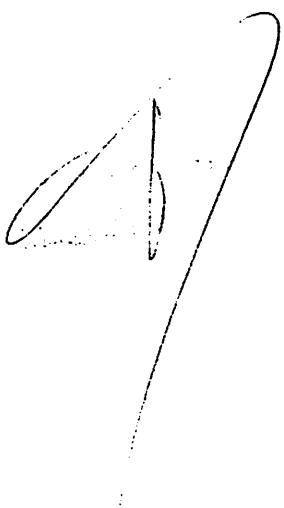
Idade.....: 56a 6m 7d

Atendido.....: 06/06/2017

Laudo.....: 06/06/2017

PÉ DIREITO

- Fratura antiga não consolidada da base do 1º metatarso.





CIRURGIA

07/06/2017 N. 20

Data de Emissão

90200

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :SLUCIANO
ANPEREIRA

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento



Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 10/01/1961

Idade: 56 Anos / 4 Meses / 28 Dias

Endereço : SITIO ESPINHACO

Cidade : BARBALHA

Bairro : RURAL

Telefone : 96118826

CEP : 63180970

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Atendimento

Data : 07/06/2017 Hora : 09:00:46

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

T:

PA:

P:

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

Hora médica : _____

*Possui Fértil Várias lesões de articulações
de trânsito (Síntese) C/ fadiga*

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10 :

 Imagem :

Procedimento

 Laboratório : Outros :

Conduta

Assinatura do Paciente ou Responsável

*Dr. Waydson Basílio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM - CE 9048*

WAYDSON BASILIO DOS SANTOS
CRM 9048



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3038537
444891 - JOSE MANOEL SALES
Paciente.....:
Solicitante....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO IV - CLIN MEDICA

Pedido...: 768075
Idade.....: 56a 6m 7d

Atendido.: 10/07/2017
Laudado..: 10/07/2017

PÉ DIREITO

- Fratura antiga completa da base do 1º metatarso tendo sido realizado osteossíntese com pinos de fixação.
- Há referida fratura ainda não se encontra consolidada.

Dr. José Aécio de A. Santana
Radiologista
CRM-CE 2.364



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

PACIENTE: José Manoel Sales
 LEITO: 2902 ATENDIMENTO: 3038531 IDADE: 56 CONVÉNIO: SUS

PROCEDIMENTO PROGRAMADO: Redução inervante da luxação

DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: _____ HORA DO ENCAMINHAMENTO: _____

(ALERGIAS: Nenhuma

HÁ RISCO DE GRANDES PERDAS SANGUÍNEAS? (Superior a 500 ml)

(SIM (NÃO

(RESERVA DE SANGUE DISPONÍVEL - C H Quantos? _____ (PLASMA -Quantos? _____

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO Nenhuma

JEJUM A PARTIR DAS: HS do DIA / /

RESERVA DE VAGA EM UTI () DATA: / / VAGA EM SETOR () DATA: / /

COMORBIDADES: () HIPERTENSO () DIABÉTICO () TOSSE () FEBRE () NEOPLASIAS

OUTRAS _____

() TABAGISTA () FERIDAS/ INFECÇÕES DE PELE- Local _____

() CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO () BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA

() RETIRADA DE ÓRESSES, PRÓTESES E ADORNOS () TRICOTOMIA

() SITIO CIRÚRGICO DEMARCADO () AVALIAÇÃO PRÉ - ANESTESICA

() CIRURGIA PRÉVIA .QUAL? _____

EXAMES COMPLEMENTARES E IMAGENS: () ECG () RX DE TORAX () USG () ECO

() PARECER CARDIOLOGISTA (RISCO CIRÚRGICO) 16/06/17 () USG DOPPLER

OUTROS _____

HEMOGRAMA: HB: 15,30 HT: 46,08 LEUCÓCITOS: 5.190 PLAQUETAS: 230.000

TAP: TEMPO: 12.6 ATIVIDADE: 100 INR: 1.00

Na: _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glicemia: 74

GRUPO SANGUÍNEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

ACESSO VENOSO: () AVP () AVC JELCO N°: 20 MEMBRO: 1150 () NÃO POSSUI AV

SINAIS VITAIS: PA: 130/80 PULSO: 80 TEMP: 35.5 FR: _____

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS: () INTERNAMENTO + AIH () EXAMES PRÉ-OPERATÓRIO

() SAME N° _____ OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: Laurine

COREN 952615 () ENFERMEIRO () TEC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: Paula Regina



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Paciente _____ Bloco _____

Leito _____ Atendimento _____

Pelo presente termo, Eu, José Mariano de Souza

() Paciente () Responsável pelo paciente

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não existe garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.
2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
4. Para as cirurgias NEUROLOGICAS os possíveis riscos são: cegueira, surdez, perda da fala (afasia), paralisias de uma parte ou do corpo todo (paraplegia, hemiplegia, quadriplegia), perda de sensibilidade, alterações da consciência, coma e até o risco de morte.

5. Confirme que recebi explicações, li, comprehendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dado a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível: _____

Assinatura: José Mariano de Souza

Grau de Parentesco: _____ RG: _____

Testemunha 1: _____ RG: _____

Testemunha 2: _____ RG: _____

Baralha, ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____

Deve ser Preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade N° _____

responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, até sua residência.

Baralha, ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Assinatura: _____

EVOLUÇÃO:

PROCEDIMENTO	ADMISSÃO	DATA	TRÓCA	TRÓCA	TRÓCA	TRÓCA	RETIADA
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
ACESSO VENOSO CENTRAL	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
ACCESSO VENOSO PERIFÉRICO	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
PRESSAO ARTERIAL MEDIA	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
SONDAS NASOENTERAL	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
SONDAS NASOGASTRICAS	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
DRENOS	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
HEMOTRANSFUSÃO	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
OSTOMIA PARA ALIMENTAÇÃO:	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
OXIGENOTERAPIA	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
SONDA VESICAL DEMORA	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						
TRAQUEOSTOMIA	(<input checked="" type="checkbox"/> SIM) NÃO						

C.G.: AG ATENDIMENTO 3038537 PROCEDÊNCIA ~~Interveniente~~ ACOMP.: (SIM) NÃO

NOME: JOSE ALMEIDA SAIRES IDADE: 56 LÉITO: 29-2 DATA: 10/07/17 HORA:

PROTÓCOLO DE ADMISSÃO SETOR: TUR

HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO - HMSVP





PREScrição.: 1049725 DATA: 11/07/2017 12:00
USUÁRIO....: FCELESTINO
ATENDIMENTO: 3038537 DT NASC: 10/01/1961 (56A 5M 30D)
CONVÉNIO....: SUS - INTERNACAO
PACIENTE....: 444891 - JOSE MANOEL SALES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/07/2017 07:33 1 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO IV LEITO.: ENF 29-2 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
CID.....: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA
Rubrica do Médico

3038537

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTO DE ALTA

1 ALTA MEDICA

Qtd Unidade SN Apl Freqüência Data Horários

Dr. Rainério Soárez
CRM: 000000
CRM: 000000
CRM: 000000
CRM: 000000
CRM: 000000
CRM: 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

10/07/2017
17:25:34 S. 27
MMMELO

Paciente: 00444891 JOSE MANOEL SALES
Atendimento: 03038537
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

20 | 07 | 17

Anotações de Enfermagem

08:00 PACIENTE ADMITIDO DO SETOR DE INTERNAMENTO, CONCIENTE, ORIENTADO, AFEBRIL, EUPNEICO, PARA SUBMETER-SE A PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, VEIO COM PRE-OP EXTERNO PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO, EM DIETA ZERO DESDE DAS 22 HORAS, AGUARDA IDA PARA S.O.

PA=130/80mmHg T=35°C P=88bpm

09:20 PACIENTE ENCAMINHADO PARA S.O COM PRONTUÁRIO COMPLETO.

10:45 PACIENTE RETORNOU DA S.O COM PRONTUÁRIO COMPLETO, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, MANTEM HIDRATAÇÃO VENOSA.
AGUARDA RAIOS X DO PE DIREITO.

Maria de Lourdes Gonçalves
M^a DE LOURDES GONÇALVES DE OLIVEIRA LIMA
COREN:952615

14:00H- PACIENTE EVOLUI EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE ARTRODESE DE PÉ DIREITO, MANTENDO CURATIVO NO MESMO POCO SANGRANTE, SOB EFEITO ANESTÉSICO, EM REPOUSO NO LEITO, CONCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO, AFEBRIL, SEM MAIORES QUEIXAS, ACEITOU BEM A ALIMENTAÇÃO. AGUARDA RX DO PÉ DIREITO.

PA=130/80mmHg T=35°C PULSO=80bpm
REALIZADO RX DO PÉ DIREITO.

15:00H- REALIZADO CURATIVO COMPRESSIVO EM MID.

M. Melo
Maria Micaele M. de Melo
COREN-552900



Paciente: 00444891 JOSE MANOEL SALES
Atendimento: 03038537

Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF
29-2
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NIVEL DO PRIMEIRO RAIO

Cassio Muriro da S
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34631348272

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM - 6002



Ficha de Anamnese de Internação

10/07/2017
Data de Emissão
fls. 29

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :

SLUCIANO
LJUNIOR

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento

3038537

Sexo : MASCULINO **Data Nascimento:** 10/01/1961

Idade: 56 Anos / 6 Meses / 0 Dia

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Nome do Pai: MANOEL JOAQUIM DE SALES

Endereço : SITIO ESPINHACO

Cidade : BARBALHA

Bairro : RURAL

Telefone : 996118825

CEP : 63180970

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Atendimento

Data : 10/07/2017

Hora : 07:33:45

Convênio:SUS - INTERNACAO

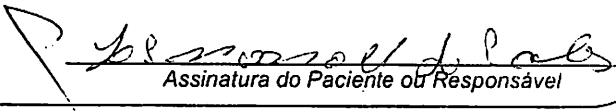
Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME : 3277125

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

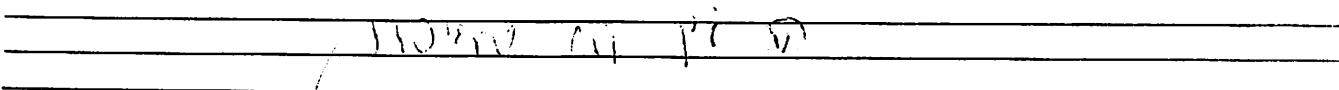
Unidade : BLOCO IV

L: :ENF 29-2

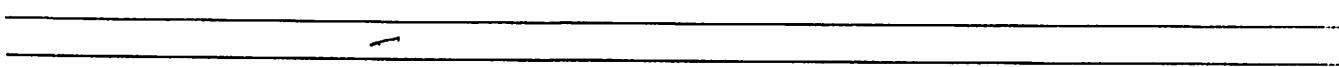

Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

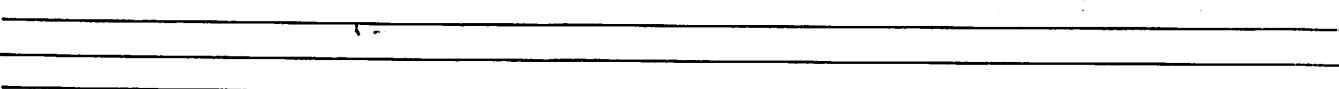
Historia da doença atual:



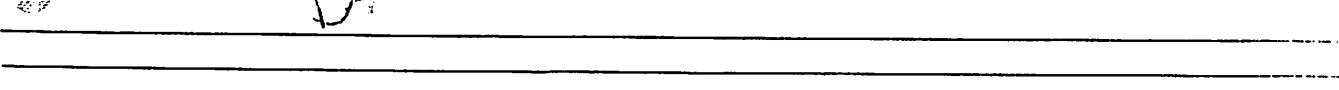
Antecedentes:



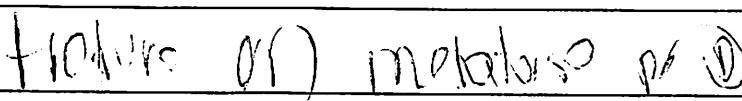
I.S.....:



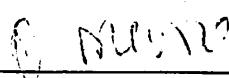
Exame Fisico..:



Hipótese Diagnóstica:



Diagnóstico Definitivo:



Alta em....: 11/07/17

Condições de Alta..:

Dr. Cássio Murilo da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002

Av. Cel. João Coelho, 299 - Centro - Barbalha - Ce - Cep.: 63.180.000 - Fone (88) 3532-7100



Data de Emissão 10/07/2017

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Usuário do Cadastro :

SLUCIANO

Nome : JOSE MANOEL SALES

Unidade : BLOCO IV

Identidade : 9902911540

Leito : ENF 29-2

Paciente : 444891

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

CPF : 21473714320

Atendimento



303853

Dados do Responsável

Nome : JOSE MANOEL SALES

Parentesco : O MESMO

Fone : 996118825

Endereço : SITIO ESPINHACO

Número :

TERMO DE RESPONSABILIDADE - MAIOR E CAPAZ

1- Disposições gerais:

- a) O presente termo dispõe sobre direitos e deveres recíprocos entre o paciente, o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, tendo como base o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.
- b) O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo é uma instituição filantrópica de assistência social que mantém convênio com a Universidade Federal do Ceará e com a Universidade Regional do Cariri - URCA para dar apoio às suas atividades de ensino. O seu Corpo Clínico é composto por Médicos, Professores de Medicina e seus aprimorados.

2- Dos deveres e salvaguarda de direitos:

- a) O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.
- b) O profissional de saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.
- c) O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução previsível de sua doença.
- d) Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios;
- e) Quando houver discordância quanto à aplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.
- f) O paciente tem o direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.
- g) No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito ou na presença de duas testemunhas, devendo este termo ser arquivado junto ao seu respectivo prontuário.
- h) Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital cessarão para o médico e para a instituição quanto às consequências que este fato trouxer.

3- Da incapacidade:

- a) No caso do paciente, durante o tratamento, tornar-se incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, desde já ficará responsável como seu REPRESENTANTE INDICADO para representá-lo junto à Instituição e Corpo Clínico:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato:

- b) O Representante Indicado será a pessoa de confiança do paciente, podendo ser seu parente ou não, cabendo ao paciente a sua notificação sobre esta indicação.

c) Em caso de iminente risco de vida ou de perda da qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões (e na ausência do seu Representante Indicado) o médico estará autorizado a adotar as condutas que achar necessárias para resguardar a sua saúde.

d) Estando ausente o médico assistente do paciente e ocorrendo eventos que coloquem em risco a sua saúde a Instituição lhe garantirá a assistência emergencial necessária através dos seus médicos plantonistas.

4- Do Prontuário:

a) Conforme preceituam as normas em vigor o Prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada. O seu manuseio se permitido apenas pelos profissionais envolvidos no seu atendimento, ressaltando-se o sigilo ético sobre as informações ali contidas.

b) Cabe à Instituição a guarda do prontuário pelo tempo previsto em lei.

c) O paciente tem o direito de obter relatório contendo informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação prévia e por escrito ao Setor de Arquivo Médico e Estatística;

d) O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo serem revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

5- Disposições Finais:

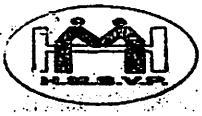
a) Após a alta médica o paciente deverá deixar as dependências do Hospital no prazo de até 24 (vinte e quatro horas), após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

b) O atendimento eletivo será prestado nos limites e dentro das regras do convênio a que pertença o paciente, fora dos quais o paciente e seus familiares ficarão responsáveis pelo resarcimento ao Hospital.

O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME

Barbalha-CE, 10/07/17PAC. OU RESP.: J.Silveira et al. 00000000000000000000000000000000Data da Alta: 11/07/17

Assinatura _____



BOLETIM ANESTÉSICO

REGISTRO

86354
444891

fls. 31

ATENDIMENTO

3038537

Paciente

José Moacir Sales

Idade

56 Anos

Sexo

 Masc. Fem.

Peso (kg)

78,0

Altura (cm)

Data

10/07/14

Diagnóstico Pré-Operatório

Fibro + Metastase x x

Medicamentos em Uso

ECTOSCOPIA E INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO

Temperatura (°c)	PA (mmHg)	130x80	FC (bpm)	P67	FR (lpm)	SpO ² (amb, %)	98
------------------	-----------	--------	----------	-----	----------	---------------------------	----

Alergias

X

Complicações em Anestesias Anteriores

Jejum	ASA	P I	Mallampati	Esterimento	Tireomentoniano
				<input type="checkbox"/> > 10cm <input type="checkbox"/> <10cm	<input type="checkbox"/> >5cm <input type="checkbox"/> <5cm

Extensão Atlantooccipital

 Completa Incompleta

Interincisivos

 > 3cm < 3cm

Dentição

 Bom estado Protese

ECTOSCOPIA

AP. CARDIOVASCULAR

AP. RESPIRATÓRIO

SNC

ENDÓCRINO / MET / RENAL

<input type="checkbox"/> Estado Geral Ruim	<input type="checkbox"/> Hemodinâmica instável	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Acordado e orientado	<input type="checkbox"/> Diabético
<input type="checkbox"/> Estado Geral Precário	<input type="checkbox"/> Arritmia	<input type="checkbox"/> Tabagista	<input type="checkbox"/> Torporoso	<input type="checkbox"/> Hipertireóideo
<input type="checkbox"/> Clanótico	<input type="checkbox"/> Choque	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Agitação psicomotora	<input type="checkbox"/> Hipotireóideo
<input type="checkbox"/> Itérico	<input type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca	<input type="checkbox"/> DPOC	<input type="checkbox"/> Coma	<input type="checkbox"/> Obesidade
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> IAM prévio	<input type="checkbox"/> Hipertensão pulmonar	<input type="checkbox"/> Trauma Craniocéfálico	<input type="checkbox"/> Gestação
<input type="checkbox"/> Desidratado	<input type="checkbox"/> Uso de antiagregantes ppt	<input type="checkbox"/> Broncoespasmo	<input type="checkbox"/> Liquorréia	<input type="checkbox"/> Desnutrição
<input type="checkbox"/> Descorado	<input type="checkbox"/> Uso de anticoagulantes	<input type="checkbox"/> Roncos e estertores	<input type="checkbox"/> Otorragia	<input type="checkbox"/> Atraso menstrual
<input type="checkbox"/> Sudoreíco	<input type="checkbox"/> Revascularização prévia	<input type="checkbox"/> Pneumonia	<input type="checkbox"/> Lesão medular	<input type="checkbox"/> IRA
	<input type="checkbox"/> Hipertenso	<input type="checkbox"/> Tossie produtiva	<input type="checkbox"/> Hipertensão intracraniana	<input type="checkbox"/> IRC
	<input type="checkbox"/> Insuficiência coronariana	<input type="checkbox"/> Derrame pleural	<input type="checkbox"/> Déficit motor localizado	<input type="checkbox"/> Hematuria
	<input type="checkbox"/> Valvopatia	<input type="checkbox"/> Pneumotórax / Hemotórax	<input type="checkbox"/> AVE prévio	<input type="checkbox"/> ITU
	<input type="checkbox"/> Aneurisma de aorta	<input type="checkbox"/> Insuficiência respiratória	<input type="checkbox"/> Convulsão / epilepsia	

EXAMES COMPLEMENTARES

Hb	Hb	Pqt	Glicemia	Creatinina	Uréia
Na	K	Cl	Mg	Ca	TP

RX Tórax

ECG

AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR

OUTRAS OBSERVAÇÕES

ANESTESIA PROPOSTA

Resusitativa + 500mls

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

1	To ca de Fibr. + L-Metatizido	1250
2		
3		
4	Dr. Moacir Chaves Anestesista CREMEC 10.664 Moacir	D. Muriel

PRIMEIRO AUXILIAR

50.403



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: José Manuel Sales ATENDIMENTO: 3038537

Admissão no centro cirúrgico

DATA: 10/10/17 HORÁRIO: 14:00 Procedência: Enfermaria Externo UTI Apto. outro

Prótese dentária: não sim Adornos: não sim:

Jejum: não sim: desde as 21 h 00 Roupa íntima: não sim:

Procedimento Realizado:

Evolução na Sala Operatória

Punção venosa: veia periférica JELCO №: () A.V.C dissecação venosa LOCAL: veia da lateral

Posição para cirurgia: Ginecológica Litotomica AD.Dorsal D.Ventral D.Lateral D/E

Sonda Vesical: não sim Tipo: demora jalívio Número: Presença diurese: não sim

Placa Bisturi: não sim Local: panturrilha D/E dorso ombro D/E coxa D/E

Anestesia: Bloqueio Qual: Racemosa Geral Sedação Local

HEMOTRANSFUSÃO não sim C.H. PLASMA FRESCO() PLAQUETAS()

Canos: não sim Tipo: Tórax D/E tubular/laminar penrose Kher succão outros

COMPRESSAS OFERECIDAS: não sim COMPRESSAS CONFERIDAS: não sim:

GRANDES: 05 PEQUENAS: GRANDES: 05 PEQUENAS:

CIRURGIA: INÍCIO: 14 h 30

TÉRMINO: 15 h

MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS

	VIA	DOSE	HORÁRIO
1- Dipirona	IV	30g	
2- efezolina	IV	10g	
3- Decadron	IV	10 mg	
4- Eteto p/ jgma	IV	100 mg	
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			

HGT

Encaminhado peça para exame: não sim: qual:

INTERCORRÊNCIAS:

Alta da sala operatória as: 15 h Destino: RPA UTI AD. UTINEO UTIPED Enfermaria Apto. Necrotério

<u>Ronaldo Reymond</u> CIRCULANTE DA SALA - ASS./COREN	<u>Ericson</u> INSTRUMENTADOR - ASS./COREN
---	---

Recuperação Pós - Anestésico - RPA

Admissão: nível consciência: acordado sonolento acorda quando chama dormindo TOT

Queixas: sem queixas

Respiração: ndn com necessidade de suplementação O₂

Local cirúrgico: ndn alterado

SNG: não sim SNE: não sim Sonda Vesical Demora: não sim

Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: não sim Qual: uso O₂ l/min

ESTOMA: não sim: ASPECTO:

58.284



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
 Av. Cel. João Coelho, 299 Fone: (88) 3532 - 7100
CNPJ:03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: 3038537 Cliente: José Manuel Salas

Idade: 56 ASA: I Data: 10.07.17

Clínica: Bloco IV Quarto: 29.02 Categoria: 26

Cirurgião: Dr. Cansio Munilo

Diagnóstico:

Procedimento realizado: Tlº cunhado de fthalma 1º metatarso
Dereito

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

Ex. pe. torto

RESP. PREPARO:

Elaine

DATA ESTERILIZAÇÃO:

28-06-17

NÚMERO DO LOTE:

BO72806171809

DATA DO USO:

10.07.17

HORA:

11

S.O.

1

CIRURGÃO:

Dr. C. Munilo

OBS:

eletiva



55.932



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AV. CEL. JOÃO COELHO, 299 FONE: (88) 3532-7100
CNPJ: 03.284.505/0001-13

Entrada: 09:20
Saida:

Caixa.: Ex. 1 pe' Toto
ESTO DE SALA

Atend.: 3038537
Pac.: 444891

CUSTO DE SALA

CONVÉNIO: Ses

NOME DO PACIENTE:		José Mendes Sales		CONVÉNIO:		SUS	
DATA:		01/07/17		INÍCIO:		09:30	
CIRURGIA:		TC Curva de fract de 1º metatarso		TERMINO:		DURAÇÃO:	
MATERIAIS	UNID	QUANT.	MATERIAIS	UNID	QUANT	CÓDIGO CIRURGIA PRINCIPAL:	SALA:
Agua Oxigenada	ML		Gorro Descartável	UNID	06	Aqua Destilada	T
Aguilha Descartável 25x8	UNID	02	Intracath	UNID	(No.)	Aqua Destilada	tubo
Aguilha Descartável 40x17	UNID	01	Irrigoplás (Equipo 4 vias)	UNID		Soro Fisiológico	tubo
Aguilha Peridural (Perifix)	UNID		Lâmina p/ Enxerto	UNID		Soro Fisiológico	tubo
Aguilha p/ Raqui	UNID	01	Lâmina bisturi	UNID	01	Clorexidine Alcoólica	ml
Aguilha Stimuloplex	UNID		Ligaclip (Clip de Vídeo)	UNID		Clorexidine Degermante	ml
Alcool Etílico	ML		Luvas Descartáveis 7,5	PAR	01	Eter	ml
Algodão Hidrófilo	Gr/Bola		Luvas Procedimentos	UNID	05	Formol 10%	ml
Algodão Ortopédico	UNID	01	Máscara Descartável	UNID		Povidine	ml
Arruela de Monit/Eletrodo	UNID	05	Perfusor Set	UNID		Vaseline Líquida/Pomada	ml/grama
Atadura de Crepon	UNID	01	Plastibel	UNID		Xylocaína Spray	Grama
Atadura Gessada	UNID		Placa de Bisturi Descartavel	UNID		Xylocaína Geléia	Grama
Bolsa de colostomia	UNID		Propés/Botas Descartáveis	UNID		FIOS CIRURGICOS	UNID
Cânula Endotraqueal	UNID		Scalp	UNID	06	Catgut (Simples/Cromado)	QUANT
Cânula Endotraqueal	UNID		(Aramada)		(No.)	Ethilon (Nylon Duplo)	
Cateter Duplo J	UNID		Seringa Perifix	PAR		Policot	
Cateter p/ Oxigênio	UNID	01	Seringa Descartável 1ml	UNID	01	Policot	01
Cateter Jelco	UNID		Seringa Descartável 3ml	UNID	01	Prolene	UNID
Cateter Peridural	UNID		Seringa Descartável 5ml	UNID	02	Prolene	UNID
Cateter Duplo/Mono Lúmen	UNID		Seringa Descartável 10ml	UNID	02	PDS II	UNID
Capa de Vídeo	UNID		Seringa Descartável 20ml	UNID		Mononylon	01
Caneta de Bisturi Descartável	UNID		Seringa Descartável 60ml	UNID		Monocryl	UNID
Compressa Cirúrg. Pequen	UNID		Sonda Gástrica	UNID	(No.)	Vicryl 1.0 PG 11+	01
Compressa Cirúrg. Grande	UNID	05	Sonda p/ Gastrostomia	UNID	(No.)	UNID	
Colonete / Cotonóide	UNID		Sonda Uretral	UNID	(No.)	UNID	
Cord-Clamp	UNID		Sonda Naso-enteral	UNID	(No.)	APARELHOS/G. MEDICINA	UNID
Coletor de Urina Simples	UNID		Sonda Foley 2 vias	UNID	(No.)	Aparelho p/ Stimuloplex	QUANT
Coletor Urina S. Fechado	UNID		Sonda Foley 3 vias	UNID	(No.)	Ap. Videolaparoscópico	
Curativo IV-FIX	UNID		Surgicel	UNID		Aspirador Cirúrgico	
Extensor Fix (60/120 cm)	UNID		Transfuso bomba de infusão	UNID		Bomba Infusão/Seringa	
Dreno de Tórax	UNID		(No.) Transfix	UNID		Berço Aquercido	
Dreno Sucção / Penrose	UNID		(No.) Traqueostomo	UNID	(No.)	Bisturi elétrico	
Equipo Simples/Inj. lateral	UNID	01	Tree-way / Dupla via			Capnógrafo	
Equipo p/ Sangue	UNID		Língua N° 7:12	01		Int. de Imagem/ Arco Cirurg.	
Espadrinho	CM	60	Fixação	01		Monitor Multiparamétrico	min
Espadrinho Micropore	CM		luz 5000K	01		Gas Carbonico	min
Escova Descartável	UNID	05	luz 5000K	01		Ar Comprimido - l/min	min
Gazes 7,5x7,6	UNID	30	luz 5000K	01		Oxigênio - l/min	
Geofoam	UNID		luz 5000K	01		Oxido Nitroso - l/min	
						End - den	OK
CIRURGIAO (A):		Dr. Cesar Mendes		EQUIPE CIRÚRGICA		CIRCULANTE: Paula	
1º AUXILIAR:		Carmo		ANESTESISTA: Dr. Moacan		BERÇARISTA:	
2º AUXILIAR:		Carmo		PEDIATRA:		TEC RADIOLÓGIA:	
		INSTRUMENTADOR (A): C. M. M. C. M.					



1ª VIA

PRESCRIÇÃO.: 1049487 DATA: 10/07/2017 10:30
USUÁRIO....: CMURIL
ATENDIMENTO: 3038537 DT NASC: 10/01/1961 (56A 5M 29D)
CONVÊNIO....: SUS - INTERNACAO
PACIENTE....: 444891 - JOSE MANOEL SALES
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 10/07/2017 07:33 0 DIAS(S) INT

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO IV LEITO.: ENF 29-2 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
CID.....: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3038537

PREScrição MÉDICA

DIETA

1 DIETA BRANDA

Obs.: APÓS RECUP ANESTÉSICA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
				Livre	[10/07] . 10:30 [11/07] . 10:30

MEDICAMENTOS

2 (D1/2) SORO FISIOLOGICO SISTEMA FECHADO
FR 500ML

Obs.: LENTO NAS 24 HRS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	FRASC C/500I		IV	12hs/12hs	[10/07] . 20 [11/07] . 08

3 (D1/2) CEFAZOLINA SODICA 1G FA

Justificativa.: PROFILATICO

Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD

1 FA C/1G	IV	12hs/12hs	[10/07] . 20 [11/07] . 08
-----------	----	-----------	------------------------------

4 (D1/2) DIPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA

Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD

1 AMP C/2ML	IV	4 x ao dia	[10/07] . 12.18 [11/07] . 00.06
-------------	----	------------	------------------------------------

5 (D1/2) TRAMAL INJ.100 MG AMP C/1ML

Obs.: DILUIDO EM 100 ML DE SF SE DOR INTENSA

1 AMP C/2ML	IV	3 x ao dia	[10/07] . 16 [11/07] . 00.08
-------------	----	------------	---------------------------------

EXAMES DE IMAGEM

6 RX PE DIREITO

Obs.: CONTROLE

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1					[10/07] . 10:30

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

7 CUIDADOS GERAIS

Obs.: MEMBRO INF DIREITO ELEVADO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
				Continua	[10/07] . 10:30 [11/07] . 10:30

Dr. Cassio Muriel da Silva
Ortopedia / traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM: 6002

LAU DO PARA SOLICITAGAO/AUTORIZACAO DE MUDANCA DE ESTABELECIMENTO DE SAUDE		Hospital Materneidade São Vicente de Paulo	Hospital Materneidade São Vicente de São Paulo
Identificação do Paciente		Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - N° DO PRONTUARIO	7 - CARTAO NACIONAL DE SADE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
9 - SEXO	10 - RAGAÇOR	11 - NOME DA MAE	12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL	14 - TELEFONE DE CONTATO	15 - ENDERECO (RUA, N°, Bairro)	16 - MUNICIPIO DE RESIDENCIA
17 - COD. IBGE MUNICIPIO	18 - UF	19 - CEP	20 - NUMERO DA AUTORIZACAO DE INTERNAGAO HOSPITALAR (AIH)
MUDANCA DE PROCEDIMENTO			
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR	22 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR	23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA	24 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA
25 - CID 10 PRINCIPAL	26 - CID 10 SECUNDARIO	27 - CID 10 SECUNDARIO	28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	30 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	31 - SOLICITACAO DE DIARIA DE UTI E/OU DIARIA DE ACOMPANHANTE	32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	34 - CTE	35 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	36 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL
37 - CTE	38 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	39 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL	40 - CTE
41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITACAO	SOLICITACAO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS		
42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	43 - DATA DA SOLICITACAO	44 - DOCUMENTO	45 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
46 - ASSINATURA E CRIMBIO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	48 - COD. DE EMISSAO	49 - NOME DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
50 - DOCUMENTO	51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	52 - DATA DA AUTORIZACAO	53 - ASSINATURA E CRIMBIO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
54 - DOCUMENTO	55 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	56 - COD. DE EMISSAO	57 - CEP
58 - ASSINATURA E CRIMBIO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	59 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	60 - DOCUMENTO	61 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE
62 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	63 - DATA DA SOLICITACAO	64 - CNS () CPF	65 - CNS () CPF
66 - ASSINATURA E CRIMBIO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	68 - CNS () CPF	69 - CNS () CPF
70 - ASSINATURA E CRIMBIO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	71 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	72 - CNS () CPF	73 - CNS () CPF
74 - CEP	75 - CEP	76 - CEP	77 - CEP
78 - CEP	79 - CEP	80 - CEP	81 - CEP
82 - CEP	83 - CEP	84 - CEP	85 - CEP
86 - CEP	87 - CEP	88 - CEP	89 - CEP
90 - CEP	91 - CEP	92 - CEP	93 - CEP
94 - CEP	95 - CEP	96 - CEP	97 - CEP
98 - CEP	99 - CEP	100 - CEP	101 - CEP
102 - CEP	103 - CEP	104 - CEP	105 - CEP
106 - CEP	107 - CEP	108 - CEP	109 - CEP
110 - CEP	111 - CEP	112 - CEP	113 - CEP
114 - CEP	115 - CEP	116 - CEP	117 - CEP
118 - CEP	119 - CEP	120 - CEP	121 - CEP
122 - CEP	123 - CEP	124 - CEP	125 - CEP
126 - CEP	127 - CEP	128 - CEP	129 - CEP
130 - CEP	131 - CEP	132 - CEP	133 - CEP
134 - CEP	135 - CEP	136 - CEP	137 - CEP
138 - CEP	139 - CEP	140 - CEP	141 - CEP
142 - CEP	143 - CEP	144 - CEP	145 - CEP
146 - CEP	147 - CEP	148 - CEP	149 - CEP
150 - CEP	151 - CEP	152 - CEP	153 - CEP
154 - CEP	155 - CEP	156 - CEP	157 - CEP
158 - CEP	159 - CEP	160 - CEP	161 - CEP
162 - CEP	163 - CEP	164 - CEP	165 - CEP
166 - CEP	167 - CEP	168 - CEP	169 - CEP
170 - CEP	171 - CEP	172 - CEP	173 - CEP
174 - CEP	175 - CEP	176 - CEP	177 - CEP
178 - CEP	179 - CEP	180 - CEP	181 - CEP
182 - CEP	183 - CEP	184 - CEP	185 - CEP
186 - CEP	187 - CEP	188 - CEP	189 - CEP
190 - CEP	191 - CEP	192 - CEP	193 - CEP
194 - CEP	195 - CEP	196 - CEP	197 - CEP
198 - CEP	199 - CEP	200 - CEP	201 - CEP
202 - CEP	203 - CEP	204 - CEP	205 - CEP
206 - CEP	207 - CEP	208 - CEP	209 - CEP
210 - CEP	211 - CEP	212 - CEP	213 - CEP
214 - CEP	215 - CEP	216 - CEP	217 - CEP
218 - CEP	219 - CEP	220 - CEP	221 - CEP
222 - CEP	223 - CEP	224 - CEP	225 - CEP
226 - CEP	227 - CEP	228 - CEP	229 - CEP
230 - CEP	231 - CEP	232 - CEP	233 - CEP
234 - CEP	235 - CEP	236 - CEP	237 - CEP
238 - CEP	239 - CEP	240 - CEP	241 - CEP
242 - CEP	243 - CEP	244 - CEP	245 - CEP
246 - CEP	247 - CEP	248 - CEP	249 - CEP
250 - CEP	251 - CEP	252 - CEP	253 - CEP
254 - CEP	255 - CEP	256 - CEP	257 - CEP
258 - CEP	259 - CEP	260 - CEP	261 - CEP
262 - CEP	263 - CEP	264 - CEP	265 - CEP
266 - CEP	267 - CEP	268 - CEP	269 - CEP
270 - CEP	271 - CEP	272 - CEP	273 - CEP
274 - CEP	275 - CEP	276 - CEP	277 - CEP
278 - CEP	279 - CEP	280 - CEP	281 - CEP
282 - CEP	283 - CEP	284 - CEP	285 - CEP
286 - CEP	287 - CEP	288 - CEP	289 - CEP
290 - CEP	291 - CEP	292 - CEP	293 - CEP
294 - CEP	295 - CEP	296 - CEP	297 - CEP
298 - CEP	299 - CEP	300 - CEP	301 - CEP
302 - CEP	303 - CEP	304 - CEP	305 - CEP
306 - CEP	307 - CEP	308 - CEP	309 - CEP
310 - CEP	311 - CEP	312 - CEP	313 - CEP
314 - CEP	315 - CEP	316 - CEP	317 - CEP
318 - CEP	319 - CEP	320 - CEP	321 - CEP
322 - CEP	323 - CEP	324 - CEP	325 - CEP
326 - CEP	327 - CEP	328 - CEP	329 - CEP
330 - CEP	331 - CEP	332 - CEP	333 - CEP
334 - CEP	335 - CEP	336 - CEP	337 - CEP
338 - CEP	339 - CEP	340 - CEP	341 - CEP
342 - CEP	343 - CEP	344 - CEP	345 - CEP
346 - CEP	347 - CEP	348 - CEP	349 - CEP
350 - CEP	351 - CEP	352 - CEP	353 - CEP
354 - CEP	355 - CEP	356 - CEP	357 - CEP
358 - CEP	359 - CEP	360 - CEP	361 - CEP
362 - CEP	363 - CEP	364 - CEP	365 - CEP
366 - CEP	367 - CEP	368 - CEP	369 - CEP
370 - CEP	371 - CEP	372 - CEP	373 - CEP
374 - CEP	375 - CEP	376 - CEP	377 - CEP
378 - CEP	379 - CEP	380 - CEP	381 - CEP
382 - CEP	383 - CEP	384 - CEP	385 - CEP
386 - CEP	387 - CEP	388 - CEP	389 - CEP
390 - CEP	391 - CEP	392 - CEP	393 - CEP
394 - CEP	395 - CEP	396 - CEP	397 - CEP
398 - CEP	399 - CEP	400 - CEP	401 - CEP
402 - CEP	403 - CEP	404 - CEP	405 - CEP
406 - CEP	407 - CEP	408 - CEP	409 - CEP
410 - CEP	411 - CEP	412 - CEP	413 - CEP
414 - CEP	415 - CEP	416 - CEP	417 - CEP
418 - CEP	419 - CEP	420 - CEP	421 - CEP
422 - CEP	423 - CEP	424 - CEP	425 - CEP
426 - CEP	427 - CEP	428 - CEP	429 - CEP
430 - CEP	431 - CEP	432 - CEP	433 - CEP
434 - CEP	435 - CEP	436 - CEP	437 - CEP
438 - CEP	439 - CEP	440 - CEP	441 - CEP
442 - CEP	443 - CEP	444 - CEP	445 - CEP
446 - CEP	447 - CEP	448 - CEP	449 - CEP
450 - CEP	451 - CEP	452 - CEP	453 - CEP
454 - CEP	455 - CEP	456 - CEP	457 - CEP
458 - CEP	459 - CEP	460 - CEP	461 - CEP
462 - CEP	463 - CEP	464 - CEP	465 - CEP
466 - CEP	467 - CEP	468 - CEP	469 - CEP
470 - CEP	471 - CEP	472 - CEP	473 - CEP
474 - CEP	475 - CEP	476 - CEP	477 - CEP
478 - CEP	479 - CEP	480 - CEP	481 - CEP
482 - CEP	483 - CEP	484 - CEP	485 - CEP
486 - CEP	487 - CEP	488 - CEP	489 - CEP
490 - CEP	491 - CEP	492 - CEP	493 - CEP
494 - CEP	495 - CEP	496 - CEP	497 - CEP
498 - CEP	499 - CEP	500 - CEP	501 - CEP
502 - CEP	503 - CEP	504 - CEP	505 - CEP
506 - CEP	507 - CEP	508 - CEP	509 - CEP
510 - CEP	511 - CEP	512 - CEP	513 - CEP
514 - CEP	515 - CEP	516 - CEP	517 - CEP
518 - CEP	519 - CEP	520 - CEP	521 - CEP
522 - CEP	523 - CEP	524 - CEP	525 - CEP
526 - CEP	527 - CEP	528 - CEP	529 - CEP
530 - CEP	531 - CEP	532 - CEP	533 - CEP
534 - CEP	535 - CEP	536 - CEP	537 - CEP
538 - CEP	539 - CEP	540 - CEP	541 - CEP
542 - CEP	543 - CEP	544 - CEP	545 - CEP
546 - CEP	547 - CEP	548 - CEP	549 - CEP
550 - CEP	551 - CEP	552 - CEP	553 - CEP
554 - CEP	555 - CEP	556 - CEP	557 - CEP
558 - CEP	559 - CEP	560 - CEP	561 - CEP
562 - CEP	563 - CEP	564 - CEP	565 - CEP
566 - CEP	567 - CEP	568 - CEP	569 - CEP
570 - CEP	571 - CEP	572 - CEP	573 - CEP
574 - CEP	575 - CEP	576 - CEP	577 - CEP
578 - CEP	579 - CEP	580 - CEP	581 - CEP
582 - CEP	583 - CEP	584 - CEP	585 - CEP
586 - CEP	587 - CEP	588 - CEP	589 - CEP
590 - CEP	591 - CEP	592 - CEP	593 - CEP
594 - CEP	595 - CEP	596 - CEP	597 - CEP
598 - CEP	599 - CEP	600 - CEP	601 - CEP
602 - CEP	603 - CEP	604 - CEP	605 - CEP
606 - CEP	607 - CEP	608 - CEP	609 - CEP
610 - CEP	611 - CEP	612 - CEP	613 - CEP
614 - CEP	615 - CEP	616 - CEP	617 - CEP
618 - CEP	619 - CEP	620 - CEP	621 - CEP
622 - CEP	623 - CEP	624 - CEP	625 - CEP
626 - CEP	627 - CEP	628 - CEP	629 - CEP
630 - CEP	631 - CEP	632 - CEP	633 - CEP
634 - CEP	635 - CEP	636 - CEP	637 - CEP
638 - CEP	639 - CEP	640 - CEP	641 - CEP
642 - CEP	643 - CEP	644 - CEP	645 - CEP
646 - CEP	647 - CEP	648 - CEP	649 - CEP
650 - CEP	651 - CEP	652 - CEP	653 - CEP
654 - CEP	655 - CEP	656 - CEP	657 - CEP
658 - CEP	659 - CEP	660 - CEP	661 - CEP
662 - CEP	663 - CEP	664 - CEP	665 - CEP
666 - CEP	667 - CEP	668 - CEP	669 - CEP
670 - CEP	671 - CEP	672 - CEP	673 - CEP
674 - CEP	675 - CEP	676 - CEP	677 - CEP
678 - CEP	679 - CEP	680 - CEP	681 - CEP
682 - CEP	683 - CEP	684 - CEP	685 - CEP
686 - CEP	687 - CEP	688 - CEP	689 - CEP
690 - CEP	691 - CEP	692 - CEP	693 - CEP
694 - CEP	695 - CEP	696 - CEP	697 - CEP
698 - CEP	699 - CEP	700 - CEP	701 - CEP
702 - CEP	703 - CEP	704 - CEP	705 - CEP
706 - CEP	707 - CEP	708 - CEP	709 - CEP
710 - CEP	711 - CEP	712 - CEP	713 - CEP
714 - CEP	715 - CEP	716 - CEP	717 - CEP
718 - CEP	719 - CEP	720 - CEP	721 - CEP
722 - CEP	723 - CEP	724 - CEP	725 - CEP
726 - CEP	727 - CEP	728 - CEP	729 - CEP
730 - CEP	731 - CEP	732 - CEP	733 - CEP
734 - CEP	735 - CEP	736 - CEP	737 - CEP
738 - CEP	739 - CEP	740 - CEP	741 - CEP
742 - CEP	743 - CEP	744 - CEP	745 - CEP
746 - CEP	747 - CEP	748 - CEP	749 - CEP
750 - CEP	751 - CEP	752 - CEP	753 - CEP
754 - CEP	755 - CEP	756 - CEP	757 - CEP
758 - CEP	759 - CEP	760 - CEP	761 - CEP
762 - CEP	763 - CEP	764 - CEP	765 - CEP
766 - CEP	767 - CEP	768 - CEP	769 - CEP
770 - CEP	771 - CEP	772 - CEP	773 - CEP
774 - CEP	775 - CEP	776 - CEP	777 - CEP
778 - CEP	779 - CEP	780 - CEP	781 - CEP
782 - CEP	783 - CEP	784 - CEP	785 - CEP
786 - CEP	787 - CEP	788 - CEP	789 - CEP
790 - CEP	791 - CEP	792 - CEP	793 - CEP
794 - CEP	795 - CEP	796 - CEP	797 - CEP
798 - CEP	799 - CEP	800 - CEP	801 - CEP
802 - CEP	803 - CEP	804 - CEP	805 - CEP
806 - CEP	807 - CEP	808 - CEP	809 - CEP
810 - CEP	811 - CEP	812 - CEP	813 - CEP
814 - CEP	815 - CEP	816 - CEP	817 - CEP
818 - CEP	819 - CEP	820 - CEP	821 - CEP
822 - CEP	823 - CEP	824 - CEP	825 - CEP
826 - CEP	827 - CEP	828 - CEP	829 - CEP
830 - CEP	831 - CEP	832 - CEP	833 - CEP
834 - CEP	835 - CEP	836 - CEP	837 - CEP
838 - CEP	839 - CEP	840 - CEP	841 - CEP
842 - CEP	843 - CEP	844 - CEP	845 - CEP
846 - CEP	847 - CEP	848 - CEP	849 - CEP
850 - CEP	851 - CEP	852 - CEP	853 - CEP
854 - CEP	855 - CEP	856 - CEP	857 - CEP
858 - CEP	859 - CEP	860 - CEP	861 - CEP
862 - CEP	863 - CEP	864 - CEP	865 - CEP
866 - CEP	867 - CEP	868 - CEP</	



Laudo para solicitação de autorização de internação

fls. 37

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO		IV 12190017783	
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO				2 - CNES 2564211	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		4 - CNES 2564211	
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO					
5 - Nome do Paciente JOSE MANOEL SALES		6 - Nº Prontuário 444891			
7 - Cartão Nacional do SUS 702909566054575	8 - Data de Nascimento 10/01/1961	9 - Sexo <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino X 1 3	10 - RaçaCor 02 - Preta	10.1 - Etnia 0000 - Não Se Aplica	
11 - Nome da Mãe MARIA BRASILINA SALES				12 - Telefone de Contato 8896118826	
13 - Nome Responsável MARIA BRASILINA SALES				14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) SITIO ESPINHACO, - RURAL					
16 - Município BARBALHA		17 - IBGE 230190	18 - UF CE	19 - CEP 63180970	
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos PAI <input checked="" type="checkbox"/> E ADMITO PARA CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA EM MÉDIO PÉ DIREITO					
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
21 - Condições que Justificam a Internação ATO CIRURGICO					
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas HDA = RX					
23 - Diagnóstico Inicial / Código FRATURA DE OSSOS DO METATARSO		24 - CID 10 Principal S923	25 - CID 10 Secundário V99	26 - CID 10 Causas Associadas	
27 - Descrição do Procedimento Solicitado REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO P		PROCEDIMENTO SOLICITADO		28 - Código do Procedimento 0408050195	
29 - Especialidade CIRURGICO		30 - Caráter de Atendimento 1	31 - Documento <input checked="" type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF (X) CNS	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente 128368744590001	
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente CASSIO MURILO DA SILVA		34 - Data da Solicitação 08/06/2017		35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - <input type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série		
37 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Típico					
38 - <input type="checkbox"/> Acid. Trabalho Trajeto	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR		
45 - Vínculo com a Previdência					
<input type="checkbox"/> Empregado	<input type="checkbox"/> Empregador	<input type="checkbox"/> Autônomo	<input type="checkbox"/> Desempregado	<input type="checkbox"/> Aposentado	<input type="checkbox"/> Não Segurado
46 - Nome do Profissional Autorizador			AUTORIZAÇÃO		
			47 - Cód. Órgão Emissor M230190101	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)	
48 - Documento <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizado			
50 - Data da Autorização 28/06/2017		51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)			
		Ora. Lafma Almeida CRM-CE Nº. 11000000000 Auditada SWS-Belo Horizonte			

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA - Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/01/2019 às 11:54 , sob o número 0005079220198060043. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastaDigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0005079-22.2019.8.06.0043 e código 42E0516.



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

11/07/2017

17:53:59

RPINTO

39

Paciente: 00444891 JOSE MANOEL SALES
Atendimento: 03038537
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-2
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

11/07/17 08:00h PACEINTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO,
MANTÉM CURATIVO EM MID, REFERE ALGIA NO MESMO, ACEITA A DIETA,
DEAMBULA, DIURESE E FEZES PRESENTE.

PA=150/90mmHg T=36,2°C P=78bpm

Cicera Elisângela
CICERA ELISÂNGELA DA SILVA

COREN-516917

14:00 PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR , APOS VISITA MEDICA , COM
RECEITA PARA CASA, ACOMPANHADO POR FAMILIARES .

PA= 140/80mmHg T=36.7°C FC=80bpm

Erica Raquel
ERICA RAQUEL MELO DOS SANTOS
COREN= 487019

HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO
AV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Medica do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: FCELESTINO
Em: 11/07/2017 08:19

Atendimento: 3038537

Dt Atendimento: 10/07/2017 - 07:33
Paciente: 444891 JOSE MANOEL SALES

Dt Alta: 11/07/2017 - 08:19

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA Convênio: 1 SUS - INTERNACAO
Leito: 179 ENF 29-2 Plano: 1 PLANO UNICO
Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: FCELESTINO
CID: S923 FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

0408050195 - REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA.

Observação de Alta

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NIVEL DO PRIMEIRO RAIO.

1° DPO

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO. REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE À MOVIMENTAÇÃO DO PÉ D, NEGANDO NÁUSEAS, VÔMITOS OU OUTRAS QUEIXAS. DIURESE PRESENTES E FISIOLÓGICA, NEGA EVACUAÇÃO. REALIZADO ENFAIXAMENTO ADICIONAL EM PÉ D POR EPISÓDIO DE SANGRAMENTO LOCAL DE PEQ INTENS APÓS CIRURGIA. PACIENTE EVOLUI NORMOTENSO E AFEBRIL NAS ÚLTIMAS 18H.
PACIENTE EM CONDIÇÕES DE ALTA MÉDICA HOSPITALAR.

AO EXAME FÍSICO:

ECT: EGR, EUPNEICO, AAA, NORMOCORADO, NORMOHIDRATADO, COOPERATIVO
ACV: BCNE, RCR 2T, NÃO AUSCULTO SOPROS.

AB: MV+ EM AHT SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS

ABD: SEMIGLOBOSO, ELÁCIDO, DEPRESSÍVEL, RHA+: INDOLOR À PALPACÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, NÃO PALPO VMG.

EXT: MID EM ROTACAO NEUTRA PÉ D ENFAIXADO PULSOS PEDIOSOS PALPÁVEIS, SENSIBILIDADE PRESERVADA.

6D:

- # CD:
1. ALTA MÉDICA HOSPITALAR.
2. ORIENTO CUIDADOS GERAIS ACERCA DE FO.
3. PRESCREVO CEFALEXINA 500MG, 6/6H, 7D + SINTOMÁTICOS PARA CASA S/N.
4. ORIENTO RETORNO AMBULATORIAL COM DR. CÁSSIO MURILO, MEDIANTE MARCAÇÃO EM AMBULATÓRIO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA.
5. ORIENTO RETORNO SE SINAIS DE GRAVIDADE

*Zézinho Soáima
CIRURGIA
ORTOPEDICO*

Dr (a) CASSIÓ MURILLO DA SILVA (HMSVP)

CRM: C6002

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR

A Maria da Socorro Sales

Cópia
numerada



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**
Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: José Nogueira
Doc.

Assinatura:

CIDC SA23

Tutoria em p. 0

titular (niguerent o

dever de castigo) por C4

(Gestor) mas é falso!

*Dra. Ana Paula da Silva
Completo - Traumatologia
03/04 - 10/04*

Dr. (a)

27/07/14

Voltando à consulta traga esta receita

50.474



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3129207

Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL DE SALES

Solicitante....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: PRONTO SOCORRO ADULTO

Pedido.....: 789306

Idade.....: 56a 9m 17d

Atendido.....: 26/10/2017

Laudo.....: 26/10/2017

PÉ DIREITO

- Alteração morfoestrutural pós-traumática no terço proximal do 1º metatarso do pé direito.
- Osteopenia difusa.
- Partes moles sem alterações.


Dra. Eveline Santana
CRM-CE 17228



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3093124
 Paciente.....: 444891 - JOSE MANOEL SALES
 Solicitante....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL
 Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
 Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 781250
 Idade.....: 56a 8m 7d
 Atendido.: 14/09/2017
 Laudado..: 14/09/2017

PÉ DIREITO

- Redução difusa da densidade mineral óssea.
- Artrose interfalangeana difusa.

A large, handwritten signature in black ink, appearing to read "ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA".

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
 CRM 10682

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

Página.: 0001
Data.....: 16/11/2018
Hora.....: 10:53

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 86354
Paciente : 444891
Convênio Atend. : 1
Leito : 179
Dt. Início : 10/07/2017 09:30
Cid Pré-Operatório : S923
Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004 SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)
JOSE MANOEL DE SALES
SUS - INTERNACAO
ENF 29-2
Dt. Fim : 10/07/2017 10:10
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

Atendimento : 3038537
Carteira :
Idade : 56 Anos 6 Dias 10 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050195
Convênio: 001
Anestesia: ***

REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA /
INTERFALANGIANA DO PE (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUEANESTESIA + SEDAÇÃO

Equipe Médica

CIRURGIAO C6002 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
ANESTESISTA C10064 MOACIR FERREIRA CHAVES JUNIOR (HMSVP)

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- PC EM DECUBITO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- APOSição DE CAMPOS
- ABORDAGEM DO PRIMEIRO RAIO
- DISSECÇÃO POR PLANOS
- DIFICULDADE DE REDUÇÃO DEVID A FIBROSE E COMINUIÇÃO LOCAL
- OPTO EM ARTRODESAR O PRIMEIRO RAIO JUNTO AO CUNEIFORME MEDIAL
- FIXO COM 01 FIO DE ATEIMANN DE 2.5MM
- SINTESE POR PLANOS
- CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar



DR(A) : CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM : C6002



HOSPITAL MATERNIDADE

SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Tony Manoel Vilela

Nº doc. _____

Relatório médico

*Relato que no gesto
seguiu procedimento de
transito no dia 06/06/18,
necessitando de ato
urgêncio.*

Dr. (a)

4110711212-8
Dr. Paulo César D. Solon
Radiologia Intervencionista
CRM CE 10212

6/1/18/18

Voltando à consulta traga esta receita

50.474



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

3º Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-1594, Barbalha-CE - E-mail:
barbalha.3@tjce.jus.br

DECISÃO INTERLOCUTÓRIA

Processo n.º: **0005079-22.2019.8.06.0043**

Classe – Assunto: **Procedimento Comum - Seguro**

Requerente: **José Manoel de Sales**

Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

R. H.

Recebo a inicial.

Processe-se com isenção de custas.

Cite-se a Seguradora Promovida para apresentar resposta à pretensão autoral no prazo de 15 dias, sob pena de revelia e presunção de veracidade dos fatos articulados na inicial.

Deixo de designar audiência de conciliação de logo, haja vista a impossibilidade de êxito na autocomposição das Partes antes de realizada a perícia médica.

Barbalha/CE, 19 de fevereiro de 2019.

Antonio Vandemberg Francelino Freitas
Juiz de Direito
 Assinado Por Certificação Digital¹

¹ De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de **atos e transmissão de peças processuais** será admitido nos termos desta Lei.

§ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) **assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;**
 Art. 11. Os documentos produzidos eletronicamente e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, serão considerados originais para todos os efeitos legais.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois Conferência de Documento Digital do 1º grau. Abrir a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

3º Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-1594, Barbalha-CE - E-mail:
barbalha.3@tjce.jus.brBarbalha

CARTA DE CITAÇÃO

Processo nº:	0005079-22.2019.8.06.0043
Apenso:	Processos Apenso <> Informação indisponível >>
Classe:	Procedimento Comum
Assunto:	Seguro
Requerente	José Manoel de Sales
Requerido	Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
Senha do processo:	Senha de acesso da pessoa selecionada

Prezado(a) Senhor(a) **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Antonio Vandemberg Francelino Freitas**, Juiz(a) de Direito da 3º Vara da Comarca de Barbalha, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição inicial e documentos, os quais poderão ser consultados no sistema processual e-SAJ por meio de senha de acesso aos autos digitais (conforme cabeçalho), sendo parte integrante desta carta, para compor a lide e contestar a presente sob pena de revelia e confissão, ficando advertida de que, não sendo contestada a ação, no prazo legal de **15 (quinze) dias**, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte(s) autora(s), ficando ciente de que o mencionado prazo começará a fluir da juntada aos autos do aviso de recebimento.

OBSERVAÇÃO:

1. Expediente emitido conforme art. 3º, do provimento nº 01/2019, da Corregedoria Geral de Justiça, de 10 de janeiro de 2019.

Barbalha/CE, 30 de abril de 2019.

Sarah Maria da Silva Gonçalves

Assinado Por Certificação Digital¹

Sr(a). Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT
 Rua Senador Dantas, 74, Centro
 Rio De Janeiro-RJ
 CEP 20031-205

¹ De acordo com o Art. 1º da lei **11.419/2006**: "O uso de meio eletrônico na tramitação de processos judiciais, comunicação de atos e transmissão de peças processuais será admitido nos termos desta Lei."

• ~ 2º Para o disposto nesta Lei, considera-se:

III - **assinatura eletrônica** as seguintes formas de identificação inequívoca do signatário:

a) **assinatura digital baseada em certificado digital emitido por Autoridade Certificadora credenciada, na forma de lei específica;**
 Art. 11. Os documentos produzidos eletronicamente e juntados aos processos eletrônicos com garantia da origem e de seu signatário, na forma estabelecida nesta Lei, serão considerados originais para todos os efeitos legais.

Para aferir a autenticidade do documento e das respectivas assinaturas digitais acessar o site <http://esaj.tjce.jus.br>. Em seguida selecionar a opção **CONFERÊNCIA DE DOCUMENTO DIGITAL** e depois Conferência de Documento Digital do 1º grau.

Abra a tela, colocar o nº do processo e o código do documento.