



ACTUS

Advogados Associados

"PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE:

JOSE Manoel de SALES, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 079112540 SSP/CE e CPF 714.137.143-20, residente e domiciliado em São Estanção Anaiara, Distrito Anaiara, Barbalha/CE.

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

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

DECLARA o(a) outorgante, nos termos da Lei 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, 19 de Jan de 2018

JOSE Manoel de SALES

REPÚBLICA FEDERAL DO BRASIL

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

BARBALHA - CE

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

RAO DOADOR DE ORGÃOS E TECIDOS

REGISTRO GERAL 9029112540 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/5/1999

NOME JOSE MANOEL DE SALES

FILIAÇÃO MANOEL JOAQUIM DE SALES E MARIA BRASILINA DE SALES

NATURALIDADE BARBALHA-CE DATA DE NASCIMENTO 10/1/1961

DOC. ORIGEM DERT. CASAM. 909 L B09 F 189-189 BARBALHA-CE

CPF 2.147.714.021

FORTALEZA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

C/C

NASCIMENTO 01.61 INSCRIÇÃO NO CPF 214 737 143 20

CONTRIBUINTE JOSE MANOEL DE SALES

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

MINISTERIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENACÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATORIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

JOSE MANOEL DE SALES

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

SUS
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

16223024437 0006 1

JOSE MANOEL SALES

10/01/1961

Nº DO CLIENTE 4471147-6 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.		A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002 Companhia Energética do Ceará Rua Pedro Valdeirino, 150 CEP 60135-040 Fortaleza CE CNPJ 07.047.225/0001-70 CGF 05.105.848-3		
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				
DATAS				
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura		
Jun/2017	12/06/2017	13/07/2017		
ICMS				
Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto		
ISENTO				
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL				
AD82.A382.40B8.A9CD.754E.60BE.1C24.713E				
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO				
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const. Consumo (kWh)	Cons. Ind. Cons. Fat. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$)	
19145	19073	1,00	72 0,00 30 0,18100 5,40	
			42 0,31642 13,24	
12/06/17	12/05/17	31 DIAS	72 18,47	
DESCRIÇÃO			VALOR (R\$)	
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL			37,25	
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA			-18,78	
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA			1,31	
DOACAO FUNDAÇAO TERRA 1/1			5,00	
COB. SALDO FATURA ANTERIOR			21,25	
DOACAO-PAST-DI-CRIANCA TEL: 85-3254 6441			2,00	

VENCIMENTO	13/07/2017	TOTAL A PAGAR (R\$)	48,03
COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	

Energia	8,54	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 8.33%;">76</td> <td style="width: 8.33%;">72</td> <td style="width: 8.33%;">75</td> <td style="width: 8.33%;">61</td> <td style="width: 8.33%;">77</td> <td style="width: 8.33%;">57</td> <td style="width: 8.33%;">81</td> <td style="width: 8.33%;">113</td> <td style="width: 8.33%;">81</td> <td style="width: 8.33%;">76</td> <td style="width: 8.33%;">82</td> <td style="width: 8.33%;">55</td> <td style="width: 8.33%;">83</td> </tr> <tr> <td colspan="12" style="text-align: center; font-size: small;"> MED Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Fev Mar Abr Mai Jun Jul </td> </tr> </table>	76	72	75	61	77	57	81	113	81	76	82	55	83	MED Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Fev Mar Abr Mai Jun Jul												8,54
76	72		75	61	77	57	81	113	81	76	82	55	83															
MED Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Fev Mar Abr Mai Jun Jul																												
Transmissão	2,95		2,95																									
Distribuição	2,08		2,08																									
Encargos Setoriais	2,08		2,08																									
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	2,60	2,60																										
TOTAL	19,78		19,78																									

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
 Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emissor kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

31.12
0.00
100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

fls. 11

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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** 106-06-2017Endereço da Ocorrência: **SÍTIO 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: **SÍTIO 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** AnoFabricação: **2001** Ano 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 denúncia 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 e 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 Ailton Saraiva Calixto Junior

ESCRIVÃO DE POLÍCIA Pág. 1 de 2

Mat.: 300.907-1/3

Impresso em: 18/07/2018 10:25:51



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 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 Ailton 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 José Ricardo Alves Lourenço

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

X José Ricardo Alves Lourenço

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

Pág. 2 de 2

Impresso em: 18/07/2018 10:25:51



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 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 Ailton 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: *X José Manoel de Sales*

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
ARTICULAÇÃO NACIONAL DE TRÂNSITO

CE

JOSE RICARDO ALVES COUTINHO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 2002029076568 SSP CE

CPF
 009.563.043-03

DATA NASCIMENTO
 19/03/1984

RELACÃO
 FRANCISCO BENJUNTO COUTINHO
 MARIA LUIZMAR ALVES COUTINHO

PERMISSÃO **ACC** **CALHAS**
☐ ☐ ☐

VALIDADE **1ª EMISSÃO**
 15/03/2025 20/05/2006

SEM OBSERVAÇÃO:

Jose Ricardo Alves Coutinho
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JUAZEIRO DO NORTE, CE

1000 VASCOCELLOS PUNTO
 ASSINATURA DO EMISSOR

DATA EMISSÃO
 20/03/2018

53524508710
CE164223533

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1497340534

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497340534

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013570396656

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD: RENAVAM BILHETE EXERCÍCIO
SER 01 754344916 0000000000 2018

JOSE RICARDO ALVES COUTINHO

BARBALHA/CE

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

00956304303

DETRAN

CONTRAN

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

CE Nº 013570396656 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

HXB4451

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

19108408864

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 26/04/2018

PLACA

HXB4451

RENAVAM

00956304303

OPF / CNPJ

00956304303

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 TITAN KS

RENAVAM

754344916

ANO FAB.

2001

CHASSI

9C2JC30101R097345

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

81,29

DEVATRAM (R\$)

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

186,50

IOF (R\$)

0,70

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

DATA DE OUTRORA

15/03/2018

LOTE/DOC. 2185

CNPJ 09.249.612/0001-04

MOTOR: J350E1107345

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

2018

HXB4451

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

19108408864

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 26/04/2018

PLACA

HXB4451

RENAVAM

00956304303

OPF / CNPJ

00956304303

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 TITAN KS

RENAVAM

754344916

ANO FAB.

2001

CHASSI

9C2JC30101R097345

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

81,29

DEVATRAM (R\$)

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

186,50

IOF (R\$)

0,70

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

DATA DE OUTRORA

15/03/2018

LOTE/DOC. 2185

CNPJ 09.249.612/0001-04

MOTOR: J350E1107345

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

2018

HXB4451

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

19108408864

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 26/04/2018

PLACA

HXB4451

RENAVAM

00956304303

OPF / CNPJ

00956304303

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 TITAN KS

RENAVAM

754344916

ANO FAB.

2001

CHASSI

9C2JC30101R097345

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

81,29

DEVATRAM (R\$)

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

186,50

IOF (R\$)

0,70

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

DATA DE OUTRORA

15/03/2018

LOTE/DOC. 2185

CNPJ 09.249.612/0001-04

MOTOR: J350E1107345

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

2018

HXB4451

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

19108408864

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 26/04/2018

PLACA

HXB4451

RENAVAM

00956304303

OPF / CNPJ

00956304303

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 TITAN KS

RENAVAM

754344916

ANO FAB.

2001

CHASSI

9C2JC30101R097345

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

81,29

DEVATRAM (R\$)

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

186,50

IOF (R\$)

0,70

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

DATA DE OUTRORA

15/03/2018

LOTE/DOC. 2185

CNPJ 09.249.612/0001-04

MOTOR: J350E1107345

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS

TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

2018

HXB4451

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

19108408864

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2018 26/04/2018

PLACA

HXB4451

RENAVAM

00956304303

OPF / CNPJ

00956304303

MARCA / MODELO

HONDA/CG 125 TITAN KS

RENAVAM

754344916

ANO FAB.

2001

CHASSI

9C2JC30101R097345

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$)

81,29

DEVATRAM (R\$)

9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$)

90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$)

186,50

IOF (R\$)

0,70

PAGAMENTO

PARCELADO

COTA ÚNICA

DATA DE OUTRORA

15/03/2018

LOTE/DOC. 2185

CNPJ 09.249.612/0001-04

MOTOR: J350E1107345



06/06/2019
fls. 18
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

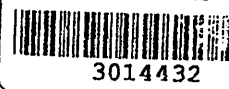
SENHA :

Dados do Paciente

Paciente : 444891

Usuário do Cadastro :
Usuário do Atendimento :

Atendimento



3014432

Número :

Nome : JOSE MANOEL SALES

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

CONVÊNIO: SUS - AMBULATORIO

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço

CIRURGIA GERAL

Queixas :

T:

PA:

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

Hora médica : _____

Exame em pé e em decúbito

Hipótese Diagnóstica :

torção

Cód. COD 10 : ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

☒ Imagem : *By 1*

Procedimento

☐ Laboratório :

☐ Outros :

Conduta

Exame físico normal. EV: normal. Tratamento sintomático.

JOSE MANOEL DE SALES

Assinatura do Paciente ou Responsável

PAULO CESAR DAMASCENO SOLON

PAULO CESAR DAMASCENO SOLON (HMBV)
CRM H11212

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 22/01/2019 às 11:54, sob o número 0005079-22.2019.8.06.0043 e código 42E051. 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 42E051.



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.



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

CIRURGIA

07/06/2017 13:20
Data de Emissão

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANO
Usuário do Atendimento : ANPEREIRA

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento



3014988

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 10/01/1961

Idade: 56 Anos / 4 Meses / 28 Dias

Endereço : SITIO ESPINHACO

Bairro : RURAL

CEP : 63180970

Cidade : BARBALHA

Telefone : 96118826

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Número :

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 : ____:____:____

Procedimento realizado em sala de cirurgia
de emergência, com anestesia
e PL

Hipótese Diagnóstica : _____

Cód. COD 10 : _____

☐ Imagem :

☐ Laboratório :

☐ Outros :

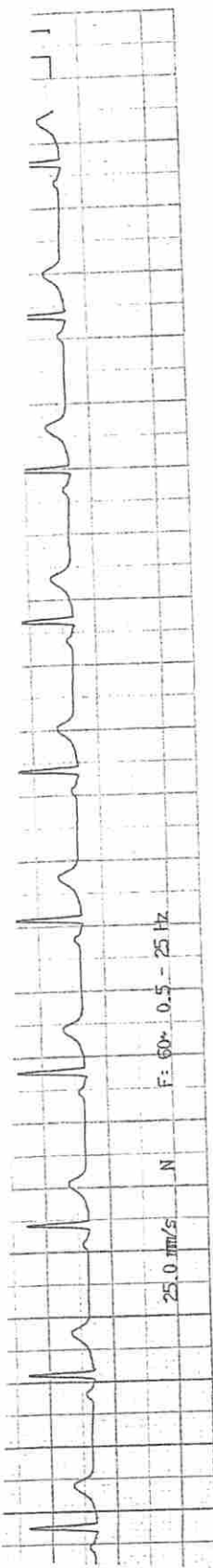
Procedimento

Conduta

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

WAYDSON BASILIO DOS SANTOS
CRM 9048

Assinatura do Paciente ou Responsável



Hospital do
Coração do Cariri
SEU CORAÇÃO EM BOAS MÃOS.

O SR. JOSÉ MANOEL DE SALES DE
56 ANOS DE IDADE, APRESENTA RISCO
CARDÍACO BAIXO PARA CIRURGIA GINECOLÓGICA.
(FANTUMA EL. P. ①).

ALU - BLUF 5150110

Am - mv 4/ Bil 5/11A

primu - Bona Penfusão

Neurodrive ok

(APTO COM BAIXO RISCO)

Dr. Charles Pinheiro de Almeida
Cardiologia
CRM 9842

Voltando à consulta, trazer esta receita

HCC

1. **NAME:** _____
 2. **DATE:** _____
 3. **TIME:** _____
 4. **LOCATION:** _____
 5. **REASON:** _____
 6. **WITNESSES:** _____
 7. **SIGNATURE:** _____
 8. **INITIALS:** _____
 9. **REMARKS:** _____
 10. **DATE:** _____
 11. **TIME:** _____
 12. **LOCATION:** _____
 13. **REASON:** _____
 14. **WITNESSES:** _____
 15. **SIGNATURE:** _____
 16. **INITIALS:** _____
 17. **REMARKS:** _____
 18. **DATE:** _____
 19. **TIME:** _____
 20. **LOCATION:** _____
 21. **REASON:** _____
 22. **WITNESSES:** _____
 23. **SIGNATURE:** _____
 24. **INITIALS:** _____
 25. **REMARKS:** _____
 26. **DATE:** _____
 27. **TIME:** _____
 28. **LOCATION:** _____
 29. **REASON:** _____
 30. **WITNESSES:** _____
 31. **SIGNATURE:** _____
 32. **INITIALS:** _____
 33. **REMARKS:** _____
 34. **DATE:** _____
 35. **TIME:** _____
 36. **LOCATION:** _____
 37. **REASON:** _____
 38. **WITNESSES:** _____
 39. **SIGNATURE:** _____
 40. **INITIALS:** _____
 41. **REMARKS:** _____
 42. **DATE:** _____
 43. **TIME:** _____
 44. **LOCATION:** _____
 45. **REASON:** _____
 46. **WITNESSES:** _____
 47. **SIGNATURE:** _____
 48. **INITIALS:** _____
 49. **REMARKS:** _____
 50. **DATE:** _____
 51. **TIME:** _____
 52. **LOCATION:** _____
 53. **REASON:** _____
 54. **WITNESSES:** _____
 55. **SIGNATURE:** _____
 56. **INITIALS:** _____
 57. **REMARKS:** _____
 58. **DATE:** _____
 59. **TIME:** _____
 60. **LOCATION:** _____
 61. **REASON:** _____
 62. **WITNESSES:** _____
 63. **SIGNATURE:** _____
 64. **INITIALS:** _____
 65. **REMARKS:** _____
 66. **DATE:** _____
 67. **TIME:** _____
 68. **LOCATION:** _____
 69. **REASON:** _____
 70. **WITNESSES:** _____
 71. **SIGNATURE:** _____
 72. **INITIALS:** _____
 73. **REMARKS:** _____
 74. **DATE:** _____
 75. **TIME:** _____
 76. **LOCATION:** _____
 77. **REASON:** _____
 78. **WITNESSES:** _____
 79. **SIGNATURE:** _____
 80. **INITIALS:** _____
 81. **REMARKS:** _____
 82. **DATE:** _____
 83. **TIME:** _____
 84. **LOCATION:** _____
 85. **REASON:** _____
 86. **WITNESSES:** _____
 87. **SIGNATURE:** _____
 88. **INITIALS:** _____
 89. **REMARKS:** _____
 90. **DATE:** _____
 91. **TIME:** _____
 92. **LOCATION:** _____
 93. **REASON:** _____
 94. **WITNESSES:** _____
 95. **SIGNATURE:** _____
 96. **INITIALS:** _____
 97. **REMARKS:** _____
 98. **DATE:** _____
 99. **TIME:** _____
 100. **LOCATION:** _____
 101. **REASON:** _____
 102. **WITNESSES:** _____
 103. **SIGNATURE:** _____
 104. **INITIALS:** _____
 105. **REMARKS:** _____
 106. **DATE:** _____
 107. **TIME:** _____
 108. **LOCATION:** _____
 109. **REASON:** _____
 110. **WITNESSES:** _____
 111. **SIGNATURE:** _____
 112. **INITIALS:** _____
 113. **REMARKS:** _____
 114. **DATE:** _____
 115. **TIME:** _____
 116. **LOCATION:** _____
 117. **REASON:** _____
 118. **WITNESSES:** _____
 119. **SIGNATURE:** _____
 120. **INITIALS:** _____
 121. **REMARKS:** _____
 122. **DATE:** _____
 123. **TIME:** _____
 124. **LOCATION:** _____
 125. **REASON:** _____
 126. **WITNESSES:** _____
 127. **SIGNATURE:** _____
 128. **INITIALS:** _____
 129. **REMARKS:** _____
 130. **DATE:** _____
 131. **TIME:** _____
 132. **LOCATION:** _____
 133. **REASON:** _____
 134. **WITNESSES:** _____
 135. **SIGNATURE:** _____
 136. **INITIALS:** _____
 137. **REMARKS:** _____
 138. **DATE:** _____
 139. **TIME:** _____
 140. **LOCATION:** _____
 141. **REASON:** _____
 142. **WITNESSES:** _____
 143. **SIGNATURE:** _____
 144. **INITIALS:** _____
 145. **REMARKS:** _____
 146. **DATE:** _____
 147. **TIME:** _____
 148. **LOCATION:** _____
 149. **REASON:** _____
 150. **WITNESSES:** _____
 151. **SIGNATURE:** _____
 152. **INITIALS:** _____
 153. **REMARKS:** _____
 154. **DATE:** _____
 155. **TIME:** _____
 156. **LOCATION:** _____
 157. **REASON:** _____
 158. **WITNESSES:** _____
 159. **SIGNATURE:** _____
 160. **INITIALS:** _____
 161. **REMARKS:** _____
 162. **DATE:** _____
 163. **TIME:** _____
 164. **LOCATION:** _____
 165. **REASON:** _____
 166. **WITNESSES:** _____
 167. **SIGNATURE:** _____
 168. **INITIALS:** _____
 169. **REMARKS:** _____
 170. **DATE:** _____
 171. **TIME:** _____
 172. **LOCATION:** _____
 173. **REASON:** _____
 174. **WITNESSES:** _____
 175. **SIGNATURE:** _____
 176. **INITIALS:** _____
 177. **REMARKS:** _____
 178. **DATE:** _____
 179. **TIME:** _____
 180. **LOCATION:** _____
 181. **REASON:** _____
 182. **WITNESSES:** _____
 183. **SIGNATURE:** _____
 184. **INITIALS:** _____
 185. **REMARKS:** _____
 186. **DATE:** _____
 187. **TIME:** _____
 188. **LOCATION:** _____
 189. **REASON:** _____
 190. **WITNESSES:** _____
 191. **SIGNATURE:** _____
 192. **INITIALS:** _____
 193. **REMARKS:** _____
 194. **DATE:** _____
 195. **TIME:** _____
 196. **LOCATION:** _____
 197. **REASON:** _____
 198. **WITNESSES:** _____
 199. **SIGNATURE:** _____
 200. **INITIALS:** _____
 201. **REMARKS:** _____
 202. **DATE:** _____
 203. **TIME:** _____
 204. **LOCATION:** _____
 205. **REASON:** _____
 206. **WITNESSES:** _____
 207. **SIGNATURE:** _____
 208. **INITIALS:** _____
 209. **REMARKS:** _____
 210. **DATE:** _____
 211. **TIME:** _____
 212. **LOCATION:** _____
 213. **REASON:** _____
 214. **WITNESSES:** _____
 215. **SIGNATURE:** _____
 216. **INITIALS:** _____
 217. **REMARKS:** _____
 218. **DATE:** _____
 219. **TIME:** _____
 220. **LOCATION:** _____

EXAMES

HOSPITAL DO CORAÇÃO DO CARIRI
Av. Zuca Sampaio - 685 / Fone: (88) 3532-7707 / 3532-7713

**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 2.344



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



PACIENTE: José Manoel Sales

LEITO: 2902 ATENDIMENTO: 3038537 IDADE: 56 CONVÊNIO: SUS

PROCEDIMENTO PROGRAMADO: Redução imediata da luxação

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

(X) ALERGIAS: NENHUMA

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

() SIM (X) 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/ INFEÇÕES DE PELE- Local _____

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

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

() SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO () AVALIAÇÃO PRÉ - ANESTÉSICA

() CIRURGIA PRÉVIA. QUAL? _____

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

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

OUTROS _____

HEMOGRAMA: HB: 15,30 HT: 46,08 LEUCÓCITOS: 5.120 PLAQUETAS: 230.000

TAP: TEMPO: 12.6 ATIVIDADE: 100 INR: 1.00

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

GRUPO SANGÜÍNEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

ACESSO VENOSO: (X) AVP () AVC JELCO Nº: 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 Nº _____ OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: Lauren

COREN 952615 () ENFERMEIRO (X) 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, João Manoel de Sales

() 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 exista 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 **NEUROLÓGICAS** 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. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível: _____

Assinatura: João Manoel de Sales

Grau de Parentesco: _____ RG: _____

Testemunha 1: _____ RG: _____

Testemunha 2: _____ RG: _____

Barbalha, ____/____/____ 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 acompanhamento do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade Nº _____

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

Barbalha, ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura: _____



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO - HMSVP

PROTÓCOLO DE ADMISSÃO SETOR: ITU

NOME: JOSE ALMEIDA SALES IDADE: 56 LEITO: 29-2 DATA: 10/07/17 HORA: 08:00
ATENDIMENTO 3038537 PROCEDÊNCIA Intensivamento ACOMP.: () SIM () NÃO

PROCEDIMENTO	ADMISSÃO	DATA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	RETRADADA
INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	() SIM () NÃO								
ACESSO VENOSO CENTRAL	() SIM () NÃO								
ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	() SIM () NÃO								
PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA	() SIM () NÃO								
SONDA NASOENTRERAL	() SIM () NÃO								
SONDA NASOGÁSTRICA	() SIM () NÃO								
DRENOS	() SIM () NÃO								
HEMOTRANSFUSÃO									
OSTOMIA PARA ALIMENTAÇÃO: () GASTRO () JEJUNO	() SIM () NÃO								
OXIGENOTERAPIA	() SIM () NÃO								
SONDA VESICAL DEMORA	() SIM () NÃO								
TRAQUEOSTOMIA	() SIM () NÃO								

EVOLUÇÃO:



PRESCRIÇÃO.: 1049725 DATA: 11/07/2017 12:00
USUÁRIO....: FCELESTINO
ATENDIMENTO: 3038537 DT NASC: 10/01/1961 (56A 5M 30D)
CONVÊNIO....: 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	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

Dr. Raimundo Scelima
CRM: 000000

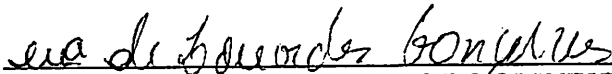
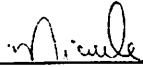


Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

10/07/2017
17:25:32
MMMELO 27

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 CIRURGICO, 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 PRONTUARIO COMPLETO, SEGUE EM REPOUSO NO LEITO, MANTEM HIDRATAÇÃO VENOSA. AGUARDA RAO X DO PE DIREITO.			
 Mª 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 POUCO SANGRANTE, SOB EFEITO ANESTESICO, EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, 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.			
 Maria Micaele M. de Melo COREN-552900			



Paciente: 00444891JOSE MANOEL SALES
Atendimento: 03038537

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

Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

<i>Evolução Médica</i>
PACIENTE NO PO IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NIVEL DO PRIMEIRO RAO

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34639348012

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM - 6002



10/07/2017
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Internação

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SLUCIANO
Usuário do Atendimento : LJUNIOR

Nome : JOSE MANOEL SALES

Paciente : 444891

Atendimento

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 10/01/1961

Idade: 56 Anos / 6 Meses / 0 Dia



3038537

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Nome do Pai: MANOEL JOAQUIM DE SALES

Endereço : SITIO ESPINHACO

Bairro : RURAL

CEP : 63180970

Cidade : BARBALHA

Telefone : 996118825

Número :

Dados do Atendimento

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Data : 10/07/2017

Hora : 07:33:45

Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME : 3277125

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade : BLOCO IV

Unidade : ENF 29-2

Jose Manoel Sales
Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

Historia da doença atual:

Antecedentes:

I.S.

Exame Físico...

Hipótese Diagnóstica:

Diagnóstico Definitivo:

Alta em: 12/07/17

Condições de Alta:

Dr. Cassio Muriilo da Silv.
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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/01/2019 às 11:54, sob o número 00050792220198060043. 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 42E0514.



Data de Emissão 10/07/2017

FICHA DE INTERNAÇÃO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Usuário do Cadastro :

SLUCIANE

Nome : JOSE MANOEL SALES

Unidade : BLOCO IV

Identidade : 9902911540

Nome da Mãe : MARIA BRASILINA SALES

Leito : ENF 29-2

Paciente : 444891

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 aprimorandos.

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 do nível 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 será 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 ressarcimento ao Hospital.

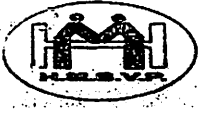
O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME.

Barbalha-CE.

PAC. OU RESP.:

Data da Alta:

Assinatura

		BOLETIM ANESTÉSICO		REGISTRO 86354 444891 ATENDIMENTO 3038537	
Paciente <u>JOSE MANOEL SALES</u>					
Idade <u>56 anos</u>	Sexo ☒ Masc. ☐ Fem.	Peso (kg) <u>180g</u>	Altura (cm)	Data <u>10/04/14</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório <u>Funk do Metatarso x 8.º</u>					
Medicamentos em Uso <u>-</u>					
ECTOSCOPIA E INTERROGATÓRIO SISTEMÁTICO					
Temperatura (°C)	PA (mmHg) <u>130 x 80</u>	FC (bpm) <u>96+</u>	FR (lpm)	SpO ₂ (amb, %) <u>98/</u>	
Alergias <u>1 KN</u>					
Complicações em Anestesias Anteriores					
Jejum <u>AL</u>	ASA <u>PI</u>	Mallampatti	Esternomental		Tireomental
			☐ > 10cm ☐ < 10cm		☐ > 5cm ☐ < 5cm
Extensão Atlantooccipital		Interincisivos	Dentição		
☐ Completa ☐ Incompleta		☐ > 3cm ☐ < 3cm	☐ Bom estado ☐ Prótese		
ECTOSCOPIA	AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SNC	ENDÓCRINO / MET / RENAL	
☐ Estado Geral Ruim	☐ Hemodinâmica instável	☐ Dispneico	☐ Acordado e orientado	☐ Diabético	
☐ Estado Geral Precário	☐ Arritmia	☐ Tabagista	☐ Torporoso	☐ Hipertireóideo	
☐ Cianótico	☐ Choque	☐ Asma	☐ Agitação psicomotora	☐ Hipotireóideo	
☐ Ictérico	☐ Insuficiência cardíaca	☐ DPOC	☐ Coma	☐ Obesidade	
☐ Febre	☐ IAM prévio	☐ Hipertensão pulmonar	☐ Trauma Cranioencefálico	☐ Gestação	
☐ Desidratado	☐ Uso de antiagregantes pqt	☐ Broncoespasmo	☐ Liquorréia	☐ Desnutrição	
☐ Descorado	☐ Uso de anticoagulantes	☐ Roncos e estertores	☐ Otorragia	☐ Atraso menstrual	
☐ Sudoreico	☐ Revascularização prévia	☐ Pneumonia	☐ Lesão medular	☐ IRA	
	☐ Hipertensão	☐ Tosse produtiva	☐ Hipertensão intracraniana	☐ IRC	
	☐ Insuficiência coronariana	☐ Derrame pleural	☐ Déficit motor localizado	☐ Hematúria	
	☐ Valvopatia	☐ Pneumotórax / Hemotórax	☐ AVE prévio	☐ ITU	
	☐ Aneurisma de aorta	☐ Insuficiência respiratória	☐ Convulsão / epilepsia		
EXAMES COMPLEMENTARES					
Hb	Hb	Pqt	Glicemia	Creatinina	Uréia
Na	K	Cl	Mg	Ca	TP
				Ativ	INR
				TTPA	Alb.
RX Tórax					
ECG					
AVALIAÇÃO CARDIOVASCULAR					
OUTRAS OBSERVAÇÕES					
ANESTESIA PROPOSTA <u>Procurar a anestesia + SODAC</u>					
PROCEDIMENTOS REALIZADOS					
1	<u>To as de Funk do 1.º Metatarso</u>				
2					
3					
4	<u>Dr. Manoel Chaves</u>				
ANESTESIOLOGISTA <u>Dr. Manoel Chaves</u>		CIRURGIÃO PRINCIPAL <u>Dr. Murilo</u>		PRIMEIRO AUXILIAR	

50.403



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: <u>José Manuel Sales</u>		ATENDIMENTO: <u>3038537</u>	
Admissão no centro cirúrgico			
DATA: <u>10/07/17</u>	HORÁRIO:	Procedência: () Enfermaria () Externo () UTI () Apto. () outro	
Prótese dentária: (X) não () sim:		Adornos: (X) não () sim:	
Jejum: () não (X) sim: desde as <u>21</u> h <u>00</u>		Roupa íntima: (X) não () sim:	
Procedimento Realizado:			
Evolução na Sala Operatória			
Punção venosa: (X) veia periférica JELCO Nº: () A.V.C () dissecação venosa		LOCAL: <u>veia do site</u>	
Posição para cirurgia: () Ginecológica () Litotômica (X) D.Dorsal () D.Ventral () D.Lateral D/E			
Sonda Vesical: (X) não () sim		Tipo: () demora () alívio	
Número: <u>1</u>		Presença diurese: () não () sim	
Placa Bisturi: (X) não () sim		Local: () panturrilha D/E () dorso ombro D/E () coxa D/E	
Anestesia: (X) Bloqueio Qual: <u>Rapida</u> () Geral () Sedação () Local			
HEMOTRANSFUSÃO (X) não () sim C.H () PLASMA FRESCO () PLAQUETAS ()			
Tubos: (X) não () sim Tipo: () Tórax D/E () tubular/laminar () penrouse () Kher () sucção () outros			
COMPRESSAS OFERECIDAS: () não (X) sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: () não (X) sim:	
GRANDES: <u>05</u>		PEQUENAS: <u>05</u>	
CIRURGIA: INÍCIO: <u>09</u> h <u>30</u>		TÉRMINO: h	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS			
1- <u>Dipriona</u>		VIA: <u>IV</u>	DOSE: <u>20g</u>
2- <u>cefazolin</u>		VIA: <u>IV</u>	DOSE: <u>10g</u>
3- <u>Dexamet</u>		VIA: <u>IV</u>	DOSE: <u>10mg</u>
4- <u>oxitriptano</u>		VIA: <u>IV</u>	DOSE: <u>100mg</u>
5-			
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			
HGT			
Encaminhado peça para exame: () não () sim: qual:			
INTERCORRÊNCIAS:			
Alta da sala operatória as: h Destino: () RPA () UTI AD. () UTINEO () UTIPED () Enfermaria () Apto. () Necrotério			
<u>Paula Regina</u> CIRCULANTE DA SALA - ASS./COREN		<u>Crismar</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 O ₂			
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 O ₂ 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: Jose Manuel Sales
 Idade: 56 ASA: I Data: 10.07.17
 Clínica: Blcco 7U Quarto: 29.02 Categoria: 3us
 Cirurgião: Dr. Cassio Munilo
 Diagnóstico: _____
 Procedimento realizado: 71º Cirurgia de Fratura 12 Metatars
Direito

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: <u>ex. pe. torto</u>		
RESP. PREPARO: <u>elene</u>		
DATA ESTERILIZAÇÃO: <u>28.06.17</u>		
NÚMERO DO LOTE: <u>B072806 171809</u>		
DATA DO USO: <u>10.07.17</u>	HORA: <u>11</u>	S.O. <u>1</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. C. Munilo</u>	OBS: <u>eletiva</u>	





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

Entrada: 09:20
Saída:

caixa: Ex. pe. Jota
CUSTO DE SALA

Atend.: 3038537
Pac.: 444891

NOME DO PACIENTE: Jose Manoel Sales			CONVÊNIO: SUS							
DATA: 01/07/17			INÍCIO: 09:30							
CIRURGIA: TC Curo de frnt do 12 metatars			TERMINO:							
DURAÇÃO:			CÓDIGO CIRURGIA PRINCIPAL:							
MATERIAIS		UNID	QUANT.	MATERIAIS D		UNID	QUANT	SOLUÇÕES	UNID	QUANT
Agua Oxigenada	ML			Gorro Descartável	UNID	06		Agua Destilada	tubo	
Agulha Descartável 25x8	UNID	02		Intracath	UNID			Agua Destilada	tubo	
Agulha Descartável 40x12	UNID	01		Irrigoplás (Equipo 4 vias)	UNID			Soro Fisiológico 500ml	tubo	01
Agulha Peridural (Perifix)	UNID		(No.)	Lâmina p/ Enxerto	UNID			Soro Fisiológico	tubo	
Agulha p/ Raqui	UNID	01	(No. 26)	Lâmina bisturi	UNID	01	(No. 5)	Clorexidine Alcoólica	ml	80 p/comp
Agulha Stimuloplex	UNID			Ligacilp (Clip de Video)	UNID			Clorexidine Degermante	ml	
Alcool Etilico	ML			Luvas Descartáveis 27.5	PAR	01	27.5 02	Éter	ml	
Algodão Hidrófilo	Gr/Bola			Luvas Procedimentos	UNID	06		Formol 10%	ml	
Algodão Ortopédico	UNID	01		Máscara Descartável	UNID	05		Povidine Tant	ml	70 p/comp
Arruela de Monil/Eletrodo	UNID	05		Perfusor Set	UNID			Vaselina Líquida/Pomada	ml/grama	
Atadura de Crepon	UNID	01	10 cm	Plastibel	UNID			Xylocaina Spray	Gramas	
Atadura Gessada	UNID			Placa de Bisturi Descartavel	UNID			Xylocaina Geléia	Gramas	
Bolsa de colostomia	UNID			Propés/Botas Descartáveis	UNID	06		FIOS CIRURGICOS	UNID	QUANT
Cânula Endotraqueal	UNID		(Aramada)	Scalp	UNID			Catgut (Simple/Cromado)	UNID	
Cânula Endotraqueal	UNID		(No.)	Seringa Perifix	PAR			Ethilon (Nylon Duplo)	UNID	
Cateter Duplo J	UNID		(No.)	Seringa Descartável 1ml	UNID			Policot	UNID	
Cateter p/ Oxigênio	UNID	01		Seringa Descartável 3ml	UNID	01		Policot 2.0 PA 424	UNID	01
Cateter Jelco	UNID		(No.)	Seringa Descartável 5ml	UNID	02		Prolene	UNID	
Cateter Peridural	UNID		(No.)	Seringa Descartável 10ml	UNID	02		Prolene	UNID	
Cateter Duplo/Mono Lúmen	UNID			Seringa Descartável 20ml	UNID			PDS II	UNID	
Capa de Video	UNID			Seringa Descartável 60ml	UNID			Mononylon 3.0 VM 107	UNID	01
Caneta de Bisturi Descartável	UNID			Sonda Gástrica	UNID		(No.)	Monocryl	UNID	
Compressa Cirúrg. Pequena	UNID			Sonda p/ Gastrostomia	UNID		(No.)	Vicryl 3.0 PG 117	UNID	01
Compressa Cirúrg. Grande	UNID	05		Sonda Uretral	UNID		(No.)		UNID	
Cotonete / Cotonóide	UNID			Sonda Naso enteral	UNID		(No.)	APARELHOS/G. MEDICINA	UNID	QUANT
Cord-Clamp	UNID			Sonda Foley 2 vias	UNID		(No.)	Aparelho p/ Stimuloplex	uso	
Coletor de Urina Simples	UNID			Sonda Foley 3 vias	UNID		(No.)	Ap. Videolaparoscopico	uso	
Coletor Urina S. Fechado	UNID			Surgicel	UNID			Aspirador Cirurgico	uso	
Curativo IV-FIX	UNID			Transfuso bomba de infusao	UNID			Bomba Infusão/ Seringa	uso	
Extensor Fix (60/120 cm)	UNID		(No.)	Transofix	UNID			Berço Aquercido	uso	
Dreno de Tórax	UNID		(No.)	Traqueostomo	UNID		(No.)	Bisturi elétrico	uso	
Dreno Sucção / Penrose	UNID			Tree-way / Dupla via	UNID			Capnógrafo	uso	
Equipo Simples/Inj. lateral	UNID	01		Luva 27.5	PAR	01		Int. de Imagem/ Arco Cirurg.	uso	
Equipo p/ Sangue	UNID			Luva 27.5	PAR	01	27.5 mm	Monitor Multiparamétrico	min	OK
Esparadrapo	CM	60						Gas Carbonico	min	
Esparadrapo Micropore	CM							Ar Comprimido - l/min	min	
Escova Descartável	UNID	05						Oxigênio - l/min		OK
Gazes 7,5x7,6	UNID	30						Oxido Nitroso - l/min		
Geofoam	UNID							Emaden		OK

EQUIPE CIRURGICA

CIRURGIÃO (A): Dr. Cassio Mendo

ANESTESISTA: Dr. Moacyr

CIRCULANTE: Paulo

1º AUXILIAR: Dr. Camila

PEDIATRA:

BERÇARISTA:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR (A): Crisna

TEC RADIOLOGIA:



PRESCRIÇÃO.: 1049487 DATA: 10/07/2017 10:30
USUÁRIO.: CMURILO
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

1ª VIA

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 FISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO
FR 500ML

Obs.: LENTO NAS 24 HRS

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

3 (D1/2) CEFALOTINA SODICA 1G FA
Justificativa.: PROFILÁTICO

Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	FA C/1G		IV	12hs/12hs	[10/07]	20
					[11/07]	08

4 (D1/2) DAPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA
Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	AMP C/2ML		IV	4 x ao dia	[10/07]	12 18 16 22
					[11/07]	08 09 04 10

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

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

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1	AMP C/2ML		IV	3 x ao dia	[10/07]	16
					[11/07]	08 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 Muriilo da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM 6002

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTOS (S) ESPECIAL(AIS) Folha 1/2	
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: Hospital Maternidade São Vicente de Paulo 2 - CNES: 2564211 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: Hospital Maternidade São Vicente de Paulo 4 - CNES: 2564211			
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: Jose Manoel Soares 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 400561 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 400561 8 - DATA DE NASCIMENTO: 11/01/1961 9 - SEXO: ☒ MASC. ☐ FEM. 10 - RAÇA/COR: 3 11 - NOME DA MÃE: Marina Brasileira Soares 12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 13 - NOME DO RESPONSÁVEL: Marina Brasileira Soares 14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Av. Capangueiro 51X Rural 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Buracanga 17 - CDD, IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: 19 - CEP:			
20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)			
MUDANÇA DE PROCEDIMENTO 21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR: 22 - CDD, DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR: 23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA: 24 - CDD, DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA: 25 - DIAGNÓSTICO INICIAL: 26 - CID 10 PRINCIPAL: 27 - CID 10 SECUNDÁRIO: 28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: 29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 30 - CDD, DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL: 31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE: ☒ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II ☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III 32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 33 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 34 - CTDE: 35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 36 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 37 - CTDE: 38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 39 - CDD, DO PROCEDIMENTO ESPECIAL: 40 - CTDE: 41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO: 2º de Necessidade de Acompanhante			
PROFISSIONAL SOLICITANTE 42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 43 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 44 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Cassio Murilo da Silva Ortopedia Traumatologia CRM - 6002			
AUTORIZAÇÃO 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 48 - CDD, ÓRGÃO EMISSOR: 49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 50 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):			

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO			
1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO		2564211	
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO		2564211	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - Nome do Paciente		6 - Nº Prontuário	
JOSE MANOEL SALES		444891	
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - RaçaCor
702909566054575	10/01/1961	Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3	02 - Preta
11 - Nome da Mãe		10.1 - Etnia	
MARIA BRASILINA SALES		0000 - Não Se Aplica	
13 - Nome Responsável		12 - Telefone de Contato	
MARIA BRASILINA SALES		8896118826	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)		14 - Telefone de Contato	
SITIO ESPINHACO, - RURAL			
16 - Município	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP
BARBALHA	230190	CE	63180970
LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos			
PACIENTE ADMITO PARA CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA EM MEDIO PE DIREITO			
21 - Condições que justificam a Internação			
FRATURA CIRURGICA			
22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas			
HDA = RX			
23 - Diagnóstico Inicial / Código		24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO		S923	V99
26 - CID 10 Causas Associadas			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - Descrição do Procedimento Solicitado			28 - Código do Procedimento
REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO P			0408050195
29 - Especialidade	30 - Carater de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICO	1	(X) CNS () CPF	128368744590001
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente		34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
CASSIO MURILO DA SILVA		08/06/2017	6002
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			
AUTORIZAÇÃO			
46 - Nome do Profissional Autorizador		47 - Cód. Órgão Emissor	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
		M230190101	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador		
() CNS () CPF			
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)		
28/06/2017			

Código do Laudo: 3015936



Paciente: 00444891JOSE 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 DA SILVA
COREN-516917

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

PA= 140/80mmHg

T=36.7°C

FC=80bpm


ERICA RAQUEL MELO DOS SANTOS
COREN= 487019

HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO
 14/2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
 Comprovante da Alta Médica do Paciente

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

Atendimento: 3038537

Dt Atendimento: 10/07/2017 - 07:33

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

Paciente: 444891 JOSE MANOEL SALES

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

Procedimento de Alta 0408050195 - REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA ,

Observação de Alta

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE ARTRODESE EM PÉ DIREITO AO NÍVEL DO PRIMEIRO RAIOS.

1º 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: BCNF, RCR 2T, NÃO AUSCULTO SOPROS.

AR: MV+ EM AHT, SEM RUÍDOS ADVENTÍCIOS.

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

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

CD:

1. ALTA MÉDICA HOSPITALAR.
2. ORIENTO CUIDADOS GERAIS ACERCA DE FO.
3. PRESCREVO CEFALOXINA 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.

Dr. Rainerio Soejima
 ORTOPEDIA
 CIRURGIÃO PLACAROV

Dr.(a) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

CRM: C6002

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

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR

Maria do Socorro Sales

es. da
maternidade



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**

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

Nome: Jos. Nervo dos
Doc. _____

Atestado

CID 592.3

Tubo em p. 0

tubo inguinal e

deve operar p. 04

(tubo) mas o tubo

Dr. (a) Thomaz Antonio Nogueira Barbosa
Especialista em Traumatologia
CRM 10.101

Dr. (a)

470727
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

Laudos.....: 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 17226



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3093124

444891 - JOSE MANOEL SALES

Pedido....: 781250

Idade.....: 56a 8m 7d

Paciente.....:

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

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

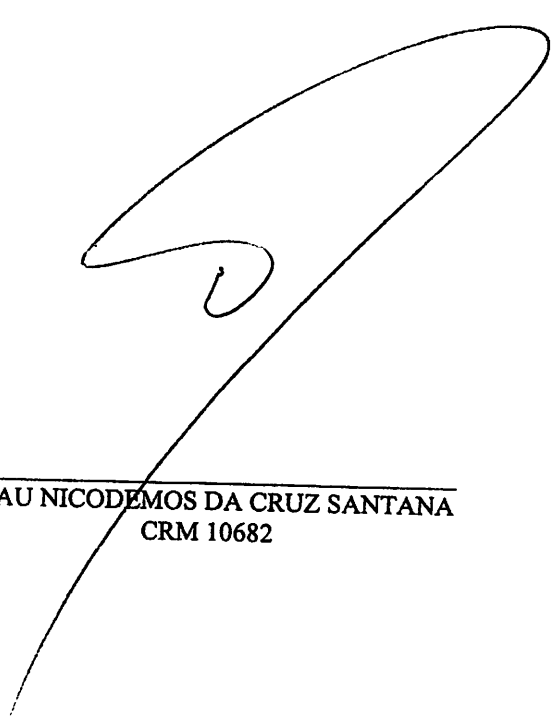
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Atendido.: 14/09/2017

Laudado...: 14/09/2017

PÉ DIREITO

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



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.....: 16/11/2019

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
JOSE MANOEL DE SALES
SUS - INTERNACAO
ENF 29-2
Dt. Fim : 10/07/2017 10:10
FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)
Atendimento : 3038537
Carteira :
Idade : 56 Anos 6 Dias 10 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050195
REDUCAO INCRUENTA DA LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO-FALANGIANA / INTERFALANGIANA DO PE (PRINCIPAL)
Convênio: 001
ANESTESIA: ***
SUS - INTERNACAO
RAQUEANESTESIA + SEDAÇÃO

Equipe Médica

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

Descrição**Descrição Cirúrgica :**

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

Achados Cirúrgicos:**Descrição Complementar**

Cassio Murilo da Silva
Traumatologia
CRM - 6002

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



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

Nome: Ter Manoel

Nº doc. _____

Relatório Médico

*Relato que o peto
seguir incidente de
transito no dia 06/06/18,
necessitando de Atc
ortopédico.*

[Signature]

107 11212 - 8
Dr. Paulo César D. Solon
Radiologia Intervencionista
CRM CE 11212

Dr. (a) 07/08/18

Voltando à consulta traga esta receita

50.474