

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	ANTONIO BRAZ DA SILVA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	CASADO	RG nº	24.369.071-X
Profissão	AGRICULTOR	CPF nº	134.796.058-93
Endereço	R. DO CAMPO MUNICIPAL		
Bairro	CENTRO	CEP	62.215-000
Município/UF	IPAPORANGA/CE		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 2º Andar – Sala 204 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 14 de JUNHO de 2019

→ Antonio Braz da Silva
OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	ANTONIO BRAZ DA SILVA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	CASADO	RG n°	24.369.071-X
Profissão	AGRICULTOR	CPF n°	134.796.058-93
Endereço	R. DO CAMPO MUNICIPAL		
Bairro	CENTRO	CEP	62.215-000
Município/UF	IPAPORANGA/CE		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 14 de JUNHO de 2019.

> Antonio Braz da Silva

DECLARANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Telex.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

EU, Antonio Braz da Silva
 BRASILEIRO(A), casado (ESTADO CIVIL), agricultor (PROFISSÃO),
 PORTADOR DO RG Nº 24.369.078-x, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 134.796.058-93,
 RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO
Rua de Campo municipal, Centro Japoranga/CE

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 2º ANDAR – SALA 204 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, **ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.**

DESTA FORMA, **ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 2º ANDAR – SALA 204 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, TEL.: (85)9963-8013 / (85)8636-3030/ (85) 8853-0069, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.**

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 14 DE JUNHO DE 2019.

> Antonio Braz da Silva
 DECLARANTE

TESTEMUNHA
 CPF:

TESTEMUNHA
 CPF:

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE
 Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069
 E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago.cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 01488188220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO 0101-6

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMBLETON DAUNT




78754736

Antonio Braz da Silva
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

NÃO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 24.369.071-X 2 via DATA DE EXPEDIÇÃO 03/12/2014

NOME: ANTONIO BRAZ DA SILVA

FILIAÇÃO: MANOEL BRAZ DA SILVA
MARIA PAULINA DE SOUZA

NATURALIDADE: NOVA RUSSAS - CE DATA DE NASCIMENTO: 05/10/1969

LOCAL ORDEM: NOVA RUSSAS -CE IPAPORANGA CC:LV B05 /FLS.196 /Nº01578

CNPJ: 134796058/93

Roberto Avino
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 01488188220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.

Nº DO CLIENTE
2572479-7
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 Padre Valdevino, 150
CEP 60120-340 | Fortaleza CE
CNPJ nº 047261/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRU. O A | SÉRIE B-4 | 11ª

Rota: 20 38040 01 035000 - 2 Data de Emissão: 28/06/2017

Nome: FRANCISCA DAS CHAGAS LINA GONES SILVA

End. Postal: RU DO CAMPO MUNICIPAL 00000
- IPAPORANGA - 62215000

Medidor: 11163318 Poste: 0000 0000

Classe: 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência: 0,00

RG/CPF/CNPJ: 941865103-34 CUF:

Nome do Responsável:

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jun/2017	28/06/2017	28/07/2017

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
12810		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7-70 C166 4208 9380 6147 5200 8807 3554

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

Conjunto: NOVA RUSSAS

Mês: Abr/2017 EUSD: 9,99

Padrão Individual	Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,43	10,86	21,73
PIC	3,36	6,72	13,45
DMIC	3,11		0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
10454	10391	1,00	63	0,00	38	0,17451	9,24
					25	0,11306	9,90

DESCRIÇÃO	28-06-17	29-05-17	30-04-16	31-03-16	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL					31,48
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA					-16,34
JUROS DO MES					0,13
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL					5,92
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA					1,14
COB. SALDO FATURA ANTERIOR					24,07

VENCIMENTO 05/07/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 46,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	14,00
Perdas	1,00
Distribuição	1,00
Encargos Setoriais	2,20
Tributos (ICMS PIS-COFINS)...	2,20
TOTAL	22,40

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
68	63
63	64
64	58
58	62
62	65
65	64
64	82
82	96
96	96
96	87
87	44
44	37

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%)
27,23	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 2,20 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,26% e COFINS:5,77%
(Lei 10.963/04 - INEE - Tarifa 10,637 02 - 10 923 03)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 01488188220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN

DETRAN - CE Nº 9416291540
52167843053

CRDD CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
9416291540

VIA 01 COD. RENAVAM 499151143 RNTRC 00000000000

NOME/ENDEREÇO
MANOEL ALVES DE PAULA
RUA JOAO VIEIRA PASSOS, 00000
- CENTRAL
62215000 - IFAFORANGA/CE

CPF/CNPJ 37931148304 PLACA OSE4829

NOME ANTERIOR
POTY MOTOS LTDA

PLACA ANT./UF *****/CE CHASSI BC2JC4110DR407802

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB 2012 ANO MOD 2013

CAP/POT/CIL 28XOCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA

OBSERVAÇÕES
MOTOR: JC41E1D407802
AL.FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND
A LTDA; *****

LOCAL IFAFORANGA DATA 10/12/2013

CONTRAN

VAR.3

EMISSÃO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 01488188220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 4178 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **18/10/2017 08:30:51**
 Data / Hora da Ocorrência: **11/09/2016 10:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSÉ FRANKLIN JOSÉ VIEIRA**
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **IPAPORANGA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO BRAZ DA SILVA**
 Nascimento: **05/10/1969** CPF: **134.796.058-93**
 RG: **24369071X** Orgão Emissor: **SSP** UF: **SP**
 Filiação: **MARIA PAULINO DE SOUZA**
MANOEL BRAZ DA SILVA
 Endereço: **RUA DO CAMPO MUNICIPAL**
 Bairro: **CENTRAL**
 Município: **IPAPORANGA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99643-5380**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OSE4829 Uf: CE Município: IPAPORANGA Chassi:
9C2JC4110DR407802 Renavam: 499151143 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN KS Ano
Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2013 Combustível: GASOLINA Cor:
PRETA Proprietário: MANOEL ALVES DE PAULA Situação: NÃO
INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL, SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO CONDUZIA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA; QUE NARRA O DECLARANTE QUE O ACIDENTE OCORREU QUANDO COLIDIU COM UM VEÍCULO D20 QUE ESTAVA PARADO NA VIA; QUE DO ACIDENTE O DECLARANTE SOFREU UMA FRATURA EXPOSTA NA PERNA ESQUERDA E FOI SOCORRIDO PELA AMBULÂNCIA LOCAL PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DRA. FRANCY FROTA, CIDADE DE IPAPORANGA-CE, APRESENTANDO CÓPIA DO REFERIDO ATENDIMENTO MÉDICO; QUE NO MESMO DIA FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL DA SANTA CASA EM SOBRAL-CE; QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHA DO SEU ACIDENTE AS PESSOAS DE MARIA CÂNDIDA BRAZ SILVA, PORTADORA DO RG 2007172819-2-SSPDS-CE, E CPF 0638840-73-23, E A SRA. RAIMUNDA DE SOUSA BRAZ, PORTADORA DO RG 2008025356-8-SSPDS-CE, E CPF 809440513-91. QUE O DECLARANTE NÃO POSSUI CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO SENDO CIENTIFICADO QUE EM SEU DESFAVOR SERÁ INSTAURADO UM TERMO DE OCORRÊNCIA CIRCUNSTANCIADO. E NADA MAIS DISSE.
 As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 01488188220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 4178 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO - MAT.: 404574-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Braz da Silva

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

Raimunda de Souza Braz

X Maria Luíza de Souza Braz

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 01488188220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.

Estado do Ceará
Município de
IPAPORANGA
A Capital do Rio São Francisco

PREFEITURA MUNICIPAL DE IPAPORANGA

Secretaria de Saúde do Município
HOSPITAL MUNICIPAL DRª FRANCY FROTA

150001565
FF

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

Data: 11/04/2016

CNS: 801490495825512

1. IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

Nome: Antonio Braz do Silva
Est. Civil: Casado Sexo: M Data do Nascimento: 05/10/69 Inad: ATA
CPF: _____ RG: _____ Orgão: _____ Data da expedição: _____
Certidão de Nascimento: Nº do termo: _____ Livro: _____ Fls: _____

Nome do Cartório: _____
Naturalidade: Nova Russas - CE Prof: _____
Procedência: Luís Tel: _____
Residência: R. do Campo
Filiação: Manoel Braz da Silva e Mª Paulina de Sousa
Cônjuge: _____

2. QUEIXA PRINCIPAL: Paciente vítima de acidente automobilístico ocorrido em terreno residencial; queda com fraturas
3. HISTÓRIA ATUAL: Exposta em ambulância para atendimento

4. PESO _____ KG. 5. P.A. _____ 6. TEMPERATURA _____

7. EXAMES SOLICITADOS: _____

X Manoel Braz do Silva
Ass. Do Paciente ou Responsável

DR. FÉLIX MACHO SALES
MÉDICO
CREMÉC 16.840

Assinatura do Médico

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento: 4613941 | Paciente: 887626 - ANTONIO BRAZ DA SILVA
Data e Hora do Acolhimento: 11/09/2016 16:17:31

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

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

Descrição da História Prévia do Atendimento:

Paciente, SIC vítima de colisão moto x carro, com capacete, encontra-se consciente, orientada, verbalizando, nega cervicalgia e lombalgia, apresentando lesão sangrante em MIE.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: /, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: . Temperatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

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

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

paciente vítima de acidente de trânsito, evoluindo com leão em mie

Exame Físico:

ABCD =OK

Destino do Atendimento: INTERNACAO CIRÚRGICO

ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA - CRM: 14100

Santa Casa de M. de Sobr...
S A M E
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 887626
 Nome...: ANTONIO BRAZ DA SILVA CPF...: 13479605893
 Sexo...: MASCULINO
 Nasc...: 5/10/1969 Idade...: 46a 11m 8d
 Mãe...: MARIA PAULINA DE SOUZA Cor...: PARDA
 Pai...: MANOEL BRAZ DA SILVA CNS...:
 Civil...: CASADO
 Endereço...: RUA DO CAMPO Nº...: 12
 Bairro...: CENTRAL CEP...: 62215-000
 Cidade...: IPAPORANGA UF...: CE
 Telefone...: 999643580
 97092745 (Reservar - Amigo)

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
 Endereço...:
 Documento...:
 Telefone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4613962 Atendente...: ANDERSON.DINIZ
 Data...: 11/09/2016 Hora...: 17:45 Permanência...: 4 Dias
 Procedimento...: 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
 Médico...: ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA
 Sala Int...: UI EMERGENCIA - ADULTA
 Cama...: LEITO 1020 - EMERGENCIA ADULTA
 Convênio...: SUS - SIH
 Idade...: 1
 Sexo...:
 Raça...:


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

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

-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
 IV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
 comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
 Emitido por: KELLY
 Err: 14/09/2016 10:38

Atendimento: 4613962

Dt Atendimento: 11/09/2016 - 17:45

Dt Alta: 14/09/2016 - 10:29

Paciente: 887626 ANTONIO BRAZ DA SILVA

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 205 LEITO 1474 - RECUPERACAO Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário: KELLY

CID: S828 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Procedimento de Alta: 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Observação de Alta
 PACIENTE PÓS-OPERATÓRIO DA TRAUMATOLOGIA. EVOLUI COM ALTA HOSPITALAR, MELHORADA.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 01488188220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 26

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

ATENÇÃO.: 4613962 DT. ATEND.: 11/9/2016 - 17:45'

MATRI.: 887626 NASCIMENTO.: 5/10/1969

NOME.: ANTONIO BRAZ DA SILVA

MAE.: MARIA PAULINA DE SOUZA

CPF.: 13479605893 CNS: 702404073403726 SUSFACIL:

ENDER.: RUA DO CAMPO 12

BAIRRO: CENTRAL

- IPAPORANGA

-CE- CEP: 62215000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - SEXO

Masc. 1 Fem. 3

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

vítima de acidente de trânsito com lesões extensas na cabeça, pescoço e membros superiores e inferiores.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

lesões de cabeça

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

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

Amostras de Exames - exames

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

politrauma

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

T.07

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

politrauma

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

29 - CLÍNICA

03

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

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

330649JJ368

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Francisco das Chagas

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/09/16

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

Francisco das Chagas Perai
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CPF: 338549.113-63 - CRM: 60

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE 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

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

618.288.233.68

53 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

4 NOV 2016
CPF: 404.225.423-34
CRM: 6601

Cristiano Araújo Costa
CRM: 9362 DIRETOR TÉCNICO



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

fls. 27

NOME: ANTONIO BRAZ DA SILVA		DATA: 11/03/18	REGISTRO: MUS: 883626										
IDADE: 46a	SEXO: M	COR:	CLÍNICA: TRAUMATOLOGIA										
PRESSÃO ARTERIAL: 130/60	PULSO: 88	RESPIRAÇÃO:	TEMPERATURA:										
ESTADO GERAL: BOM <input type="checkbox"/> REGULAR <input type="checkbox"/> MAU <input type="checkbox"/> PÉSSIMO <input type="checkbox"/>		RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I <input type="checkbox"/> Grau II <input type="checkbox"/> Grau III <input type="checkbox"/> Grau IV <input type="checkbox"/>											
EXAMES COMPLEMENTARES:													
AP. RESPIRATÓRIO: OK		AP. CIRCULATORIO: OK											
AP. DIGESTIVO: SBBM		ESTADO MENTAL: PRESERVADO											
PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA:			ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 E										
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:													
CIRURGIA REALIZADA: TTº CIRURGICO PI FRATURA EXPOSTA DE TIBIA													
CIRURGIÃO: DR. CHAGAS		AUXILIARES:											
INÍCIO DA ANESTESIA: 22:30		TÉRMINO DA ANESTESIA: 00:30	DURAÇÃO DA ANESTESIA:										
AGENTE/HORA													
<table border="1"> <tr> <td>LIQUÍDOS</td> <td rowspan="2">VENOSOS</td> <td rowspan="2"> SFO, 5% 1000ml 100% NP. 10% EST. 10% EST. 35 RSR 33 33 30 30 </td> </tr> <tr> <td>VENOSOS</td> </tr> </table>				LIQUÍDOS	VENOSOS	SFO, 5% 1000ml 100% NP. 10% EST. 10% EST. 35 RSR 33 33 30 30	VENOSOS						
LIQUÍDOS	VENOSOS	SFO, 5% 1000ml 100% NP. 10% EST. 10% EST. 35 RSR 33 33 30 30											
VENOSOS													
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">PESO</td> <td rowspan="2">CÓDIGOS CIRURGIA</td> <td rowspan="2">DIÁSTÓLICA</td> <td rowspan="2">SISTÓLICA</td> <td rowspan="2">P. ARTERIAL</td> <td rowspan="2">ANESTESIA X</td> <td rowspan="2">MONITORAÇÃO P. ARTERIAL</td> <td rowspan="2">E.C.G.</td> <td rowspan="2">OX. PULSO</td> <td rowspan="2">ANOTAÇÕES</td> </tr> <tr> </tr> </table>				PESO	CÓDIGOS CIRURGIA	DIÁSTÓLICA	SISTÓLICA	P. ARTERIAL	ANESTESIA X	MONITORAÇÃO P. ARTERIAL	E.C.G.	OX. PULSO	ANOTAÇÕES
PESO	CÓDIGOS CIRURGIA	DIÁSTÓLICA	SISTÓLICA										
ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input checked="" type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>													
TÉCNICA Raquianestesia em L3-L4 e QUINCK 2AG.													
ATO SEM INTERCORRÊNCIAS													
LIQUÍDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO											
GLICOSE		1 NBOCINA 0,5%: 15 mg											
NaCl		2 CEPAZOLINA: 2g											
SANGUE		3 CETOFRONO: 100 mg											
RINGER		4											
TOTAL		5											
DESTINO DO PACIENTE APTO <input type="checkbox"/> ENFERM. <input type="checkbox"/> SRPA <input type="checkbox"/> UTI <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>													
SRPA PA: PULSO: RESPIRAÇÃO:													
ASSINATURA / ANESTESISTA													
Dr. Aloysio Gabarra Tavares MÉDICO - CRM: 8670 CPF: 903.305.446-91													

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFEREZ. OM. ORIGINAL
Andriela R. Montenegro Pereira
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 0148818220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.

PACIENTE: Antônio Braga da Silva

TIPO DE CIRURGIA: Fratura Maxilar

MATRÍCULA: 88762614613962. CONVÊNIO: SUS DATA: 11/09/16

PROCEDIMENTO:

CIRURGIÃO: Chagas

DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS UTILIZADOS

QTD.	DESCRIÇÃO	R.O.P.M.	%	VALOR	NÃO PREENCHER
01	<p>MODELO: FIXADOR FBM 800 - FEMUR / TIBIA</p> <p>MODEL: FBM 800 - FEMUR/TIBIA FIXATOR</p> <p>REF: 80851-00-000 CONTEUDO: 1 UN LOT: 16070251</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 80128580111 LGE: 2331</p> <p>COMPOSIÇÃO: ALUMÍNIO LIGA/ AÇO INOX F899</p> <p>COMPOSITION: ALUMINUM ALLOY/ STAINLESS STEEL F899</p>				
04	<p>MODELO: PINO DE SCHANZ - Ø 4,8 X 200 MM - CÔNICO</p> <p>MODEL: CONICAL SCHANZ PIN - Ø 4,8 X 200 MM</p> <p>REF: 1087-05-200 CONTEUDO: 1 UN LOT: 16020799</p> <p>REGISTRO ANVISA Nº: 80128580109 LGE: 2390</p> <p>COMPOSIÇÃO: AÇO INOX F138</p> <p>COMPOSITION: STAINLESS STEEL F138</p> <p>Ø 4,8 X 200 MM</p> <p>Ø 4,8 X 200 MM</p> <p>06/2016 Data de Fabricação / Date of Manufacture</p> <p>05/2021 Validade / Use By</p> <p>Proibido Reprocessar / Do Not Reuse</p> <p>Produto de Uso Único / Use Only Once</p> <p>NOME TÉCNICO: FIOS METÁLICOS LISO/ ROSQUEADO P/ FIXAÇÃO</p> <p>TECHNICAL TERM: SMOOTH AND THREADED WIRES FOR BONE FIXATION</p> <p>NOME COMERCIAL: FIOS E PINOS RIGIDOS NÃO ABSORVÍVEIS ME</p> <p>TRADE NAME: NON-ABSORBABLE METALLIC AND RIGID WIRES AND PINS</p> <p>STERILE</p> <p>AUT. FUNC. ANVISA/MS</p> <p>NDS5 GREEN SCHIFFGRABEN 41 36175 HANNOVER, GERMANY</p>				

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

PARAFUSO CORTICAL	Nº	QTDE													
PEQ. FRAGMENTOS 3.5mm															
PARAFUSO CORTICAL	Nº	38													
GR. FRAGMENTOS 4.5mm	QTDE	02													
PARAFUSO ESPONJOSO	Nº														
PEQ. FRAGMENTOS 4.0mm	QTDE														
PARAFUSO ESPONJOSO	Nº														
GR. FRAGMENTOS 6.5/16mm	QTDE														
PARAFUSO ESPONJOSO	Nº														
GR. FRAGMENTOS 6.5/32mm	QTDE														
PARAFUSO	Nº														
MALEOLAR 4.5mm	QTDE														

NÃO PREENCHER

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DA EMPRESA

COND. P/PAGTO.: MD: TOTAL:

OBS.: O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO É OBRIGATÓRIO.


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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 01488189220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.

George Augusto
MÉDICO RESIDENTE
TRAUMATO-ORTOPEDIA
CRM: 13.269

[Assinatura]
Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO: 1588703 DATA: 12/07/2015 08:48
USUÁRIO: GEORGE.AUGUSTO
ATENDIMENTO: 4012002 D: 08/07/2015 14:54 100 000
CONVÊNIO: SUS - SIn
FATORIAL: 06/06 - ANTONIO BRAZ DA SILVA
RESO: ALTA: SUP. CEFORCA:
INTERVALO: 11/07/2015 17:45 1 DIAS(3) 1M
T-2000: ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA
UNID. INT.: 01 SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO: LEITO EXTRA 19 COBERTURA: ORGANIZADO - ADULTO
CID: 868 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA CICLO:
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
COBERTURA: ORGANIZADO - ADULTO
CICLO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

DR. CHAGAS
QUEIXA DE NOVO
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA/FIBULA E.
REALIZADO DESBRIDAMENTO E COLOCARDO DE FIXAÇÃO EXTERNO EM 11/07 A NOITE
EM USO: CEFALOTRIMOXÍM + GENTAMICINA 20
FO-NOVO ABERTO
CD-FO DE CONTINUA

TRANSFERIR EM FORTUITO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Unid. Unidade	SI	Vol	Frequencia	Data Horario
1 DIETA GERAL	1				12/07/15 08:48
ANALISADO	Unid. Unidade	SI	Vol	Frequencia	Data Horario
2 D.O. GENAMICINA 80 MG/2ML APPLA- TO	1 APPLA				24/04 18:00 15✓
Justificativa	prescrita				
Obs: diluir em 250ml de SPS e infundir em 40 minutos					
- (-> SORO CLORADO 4% 250ML	1 FRASCO				
FRASCO					
- (-> ALHA DESCARTAVEL 25 x 08	1 UNIDADE				
- (-> SERINGA DESCARTAVEL 3ML	1 UNID				

10✓

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 0148818220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
 14/2009 - Sistema de Gerenciamento de Unidade
 Histórico de Prescrição - Evolucao

paciente: L.L.
 Exatido For: GEORGE AUGUSTO
 data: 13/09/2016 09:55

PRESCRIÇÃO: 1067460 DATA: 13/09/2016 09:55
 ESPECIALIDADE: ORTOPEDIA
 ATENDIMENTO: 440366 - DI. Nº 05/10/1997 - (Paga 114 100)
 CONVÊNIO: SUS - EMI
 PACIENTE: 86766 - ANTONIO BRUNO DA SILVA
 PESO: ALTURA: SLP. CORPOREA:
 INTERNALIZADO: 11/09/2016 17:45 2 DIABETE INT
 MEDICAMENTO: ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA
 UNIDADE: UN. SALA DE PROCEDIM. LEITUR.: LEITO 1474 - RECIPIENTE QUERELADO: QUERELADO QUELE
 CID: ICHX FRATURA DE UMAS PARTES DA PERNA
 DIAGNOSTICO:
 PROTOCOLO:
 CLASSIFICACAO DE RISCO:

George Augusto Coelho de Oliveira
 MEDICO ORTOPEDIA
 CRM: 13.269

In V.A.

 Húbrica do Médico

EVOLUCAO MEDICA

13/09/2016 09:55
 Prestador: CRM: 13269 - GEORGE AUGUSTO COELHO DE OLIVEIRA

ALICERCE:

ALICERCE DE FUND

FRATURA EXPOSTA DE TIBIA/FIBULA E

REALIZADO DEBENTAMENTO E COLOCACAO DE FIXADOR EXTERNO PRINCIPAL A NOITE

EM UN. QUERELADO QUERELADO

EM TIBIA, COM BASTANTE TUMOR AO REDOR DA DISTAL DA FIBULA E EMPREGO CANGRUCINOLTA, SEM SEQUESTRO
 FURCILENTA OU BENSUA

COMO DE LIMPEZA
 TRANSFERIA PARA ENFERMARIA 243 JOZUIM

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

PRESCRICAO MEDICA

DATA	INDICACAO	UNIDADE	QUANT	FRACAO	PRESCRICAO DATA FORMALIZACAO
13/09/2016	DIETA COMUM	1 UNIDADE	1	1	13/09/2016 09:55
13/09/2016	ANTIBIOTICOS	1 UNIDADE	1	1	13/09/2016 15:00
	1 - C.D. SANTAPOLINA 200 MG/ML AMPLIA - 10	1 UNIDADE	1	1	
	Justificativa: septicemia				
	1 - 1000 mg em 2 doses de 8h a 16h e 16h a 24h	1 UNIDADE	1	1	
	1 - 1000 mg em 2 doses de 8h a 16h e 16h a 24h	1 UNIDADE	1	1	
	1 - 1000 mg em 2 doses de 8h a 16h e 16h a 24h	1 UNIDADE	1	1	
	1 - 1000 mg em 2 doses de 8h a 16h e 16h a 24h	1 UNIDADE	1	1	

PROFISSIONAL:

NOME: Antônio Braz da Silva

Nº PRONTUÁRIO 887626

SETOR: Recuperação - ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

11/05/16

admissão

~~Dr. Bruno Medeiros
CRM - 13.269
Médico~~

~~LAPOTA ALTA HOSPITAL~~

~~George Augusto
Médico Residente
CRM - 13.269
TUMIAO-ORTOPEDIA~~

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



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

Serviço de Farmácia e Controle de Infecção



Ficha de Requisição de Antimicrobianos

Nome do paciente: _____
 Nº do atendimento: _____
 Unidade de internação (setor): _____
 Diagnóstico: _____
 Justificativa: _____

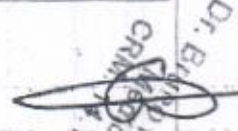
ANTIBIÓTICO 01	Posologia (dose, intervalo e via)	Tempo previsto de uso
<i>Cephalotina</i>	<i>1g Cxq 6/6h</i>	Assinale abaixo
Dias () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14		
ANTIBIÓTICO 02	Posologia (dose, intervalo e via)	Tempo previsto de uso
		Assinale abaixo
Dias () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14		
ANTIBIÓTICO 03	Posologia (dose, intervalo e via)	Tempo previsto de uso
		Assinale abaixo
Dias () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14		

Indicações: Profilático () Terapêutica

Tipo de Cirurgia: () Limpa () Potencialmente Contaminada
 () Contaminada () Infectada

Tipo de Infecção: () Infecção Hospitalar () Infecção Comunitária

Ver orientações no verso.

Médico:  CRM: _____ Data: *22/05/16*

Parecer da CIH

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



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



fls. 83

ATEND.: 4613962 DT. ATEND.: 11/9/2016 - 17:45
 MATR.: 887626 NASCIMENTO.: 5/10/1969
 NOME... ANTONIO BRAZ DA SILVA
 MAE... MARIA PAULINA DE SOUZA
 CPF...: 13479605893 CDS: SUSFACIL:
 ENDER.: RUA DO CAMPO 12
 BAIRRO: CENTRAL - IPIRANGA -CE- CEP: 62215000

QP:
 HDA: Paciente vítima de acidente de trânsito evoluindo com lesão em M I E J

EXAME FÍSICO:
 A B C D E F G H I J K

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

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta de perna (E)

CONDUTA: Internamento

DIAGNÓSTICO FINAL: Politrauma

Dr. Bruno
 CRM: 10000
 100

COD. 125

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 01488188220198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
 MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
 Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
 Data.....: 12/09/2016
 Hora.....: 00:53

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 295322
 Paciente : 887626
 Convênio Atend. : 1
 Leito : 1275
 Dt. Início :

Sala : 0005 SALA 05
 ANTONIO BRAZ DA SILVA
 SUS - SIH
 LEITO EXTRA 10
 Dt. Fim :
 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA
 FRATURA DE OUTRAS PARTES DA PERNA

Atendimento : 4613962
 Carteira :
 Idade : 46 Anos 7 Dias

Cid Pré-Operatório : S828
 Cid Pós-Operatório : S828

Procedimentos

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

Equipe Médica

ANESTESISTA	8570 ALOYSIO GABARRA TAVARES
CIRURGIAO	6011 FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
1. AUXILIAR	12196 THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

REPARAÇÃO DE LESÃO EXTENSA
 - ASSEPSIA E ANTISSEPÇÃO
 - APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS
 - LAVAGEM EXAUSTIVA DA FERIDA COM SF 0,9% E CLORÉDIXINA
 - DEBRIDAMENTO DE LESÃO EXTENSA DO JOELHO ESQUERDO
 - SÍNTESE POR PLANOS
 - CURATIVO

FRATURA DE TÍBIA ESQUERDA
 - POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
 - ISQUÊMIA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
 - ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
 - FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
 - VISUALIZAÇÃO DE FRATURA EXPOSTA GRAU II
 - LAVAGEM EXAUSTIVA COM SF 0,9% (10 LITROS) + DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
 - REDUÇÃO + COLOCAÇÃO DE FIXADOR EXTERNO E PARAFUSO CORTICAL INTERFRAGMENTAR
 - HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
 - SUTURA MÍNIMA DA PELE
 - CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES: FRATURA COM GRANDE RISCO DE EVOLUIR COM QUADRO DE INFECÇÃO

DEBRIDAMENTO CIRURGICO DE LESÃO EXTENSA DA PERNA

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
 - ANTISSEPÇÃO E ASSEPSIA
 - ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
 - FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
 - DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO/NECROZADO, ATÉ TECIDO VIÁVEL (PERFUNDIDO)
 - IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
 - SUÇÃO DA FERIDA
 - HEMOSTASIA

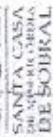
Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE COM POR...
 Andreia R. Montenegro Portela
 COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RESPEITO, AMOR E DEB...
 ORTOPEDA - TRAUMATOLOGIA
 CRM 12796 - CPF: 641.348.503-87

Francisco das Chagas Pereira
 ORTOPEDA E TRAUMATOLOGIA
 CPF: 338.949.171-49 - CRM: 601

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2019 às 16:04, sob o número 014881882201980660001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0148818-82.2019.8.06.0001 e código 4C19E02.

LISTA DE VERIFICAÇÃO DO PACIENTE CIRÚRGICO



PACIENTE: Antônio Braz da Silva
 TIPO DE CIRURGIA: () JEATIVA (X) URGÊNCIA () EMERGÊNCIA
 CIRURGIÃO: Dr. Chagas

DN: 5/10/1999 MAT: 887626 DATA DA ADMISSÃO: 11/19/16
 ESPECIALIDADE: Traumatológico
 ANESTESISTA: Dr. Alvaro

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

- () Não se aplica
- (X) Nome completo e data de nascimento
- () Procedimento cirúrgico
- () Nome do cirurgião
- () Local da cirurgia a ser feita
- () Alergias conhecidas Não
- (X) Informações condizentes com pulseira e prontuário e exames
- Perguntar ao anestesista
- (X) Equipamento verificados e em funcionamento
- (X) Monitorização verificada e em funcionamento
- (X) Medicação anestésica verificada
- (X) Medicamentos em uso verificados
- () Comorbidades que merecem cuidados: Não
- () Via aérea difícil
- Materiais e equipamentos disponíveis () Sim () Não
- Perguntar ao cirurgião
- (X) Procedimento facilite exposte de peixe
- Estivane Cavalcante
Assinatura do CC

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

- Confirmação do nome e função: Cirurgião Dr. Chagas - Traumatológico
- Anestesista Dr. Alvaro
- Instrumentador Marcos
- Cirurgiante Cavalcante próximo
- Enfermeiro
- Antecipação dos eventos críticos
- Revisão do cirurgião
- (X) Há passos críticos na cirurgia? Sim
- () Qual a duração estimada? 90 minutos
- (X) Há possíveis perdas sanguíneas? Sim
- Revisão do anestesilogista
- () Alguma preocupação específica?
- Revisão da enfermagem
- (X) Todos os materiais necessários disponíveis? Sim
- (X) Houve correta esterilização do instrumental? Sim
- (X) Realizada 1ª conferência utilizando ficha de controle do material
- (X) Antibióticoterapia foi realizada nos últimos 60 min
- Qual Realizado hora 13:30
- Estivane Cavalcante
Assinatura do CC

ANTES DE FECHAR A INCISÃO CIRÚRGICA

- (X) Realizada 2ª conferência utilizando ficha de controle do material
- Estivane Cavalcante
Assinatura do CC

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE CIRURGIA

- (X) Realizada 3ª conferência utilizando ficha de controle do material
- () Identificação completa da amostra patológica
- (X) Não se aplica
- (X) Alguma intercorrência importante durante o procedimento. Qual
- () Há algum problema em algum equipamento a ser resolvido Não
- () Exames do paciente prontos, para acompanhar o paciente

Estivane Cavalcante
Assinatura do CC



Centro de Diagnóstico por Imagem de Crateús

fls. 36

Paciente: ANTONIO BRAZ DA SILVA
Data de Nascimento: 05/10/1969
Data do Exame: 20/09/2016
Procedência: Paciente Externo

Nº do Paciente: 23395
Solicitante:
Nº do Exame:
Sexo: M
Convênio:

RADIOGRAFIAS DA PERNA ESQUERDA

Fratura da diáfise fibular.

Fratura cominutiva da diáfise tibial com material metálico de fixação. Fixação externa.

Relações articulares mantidas.

Partes moles sem alterações detectáveis ao método.

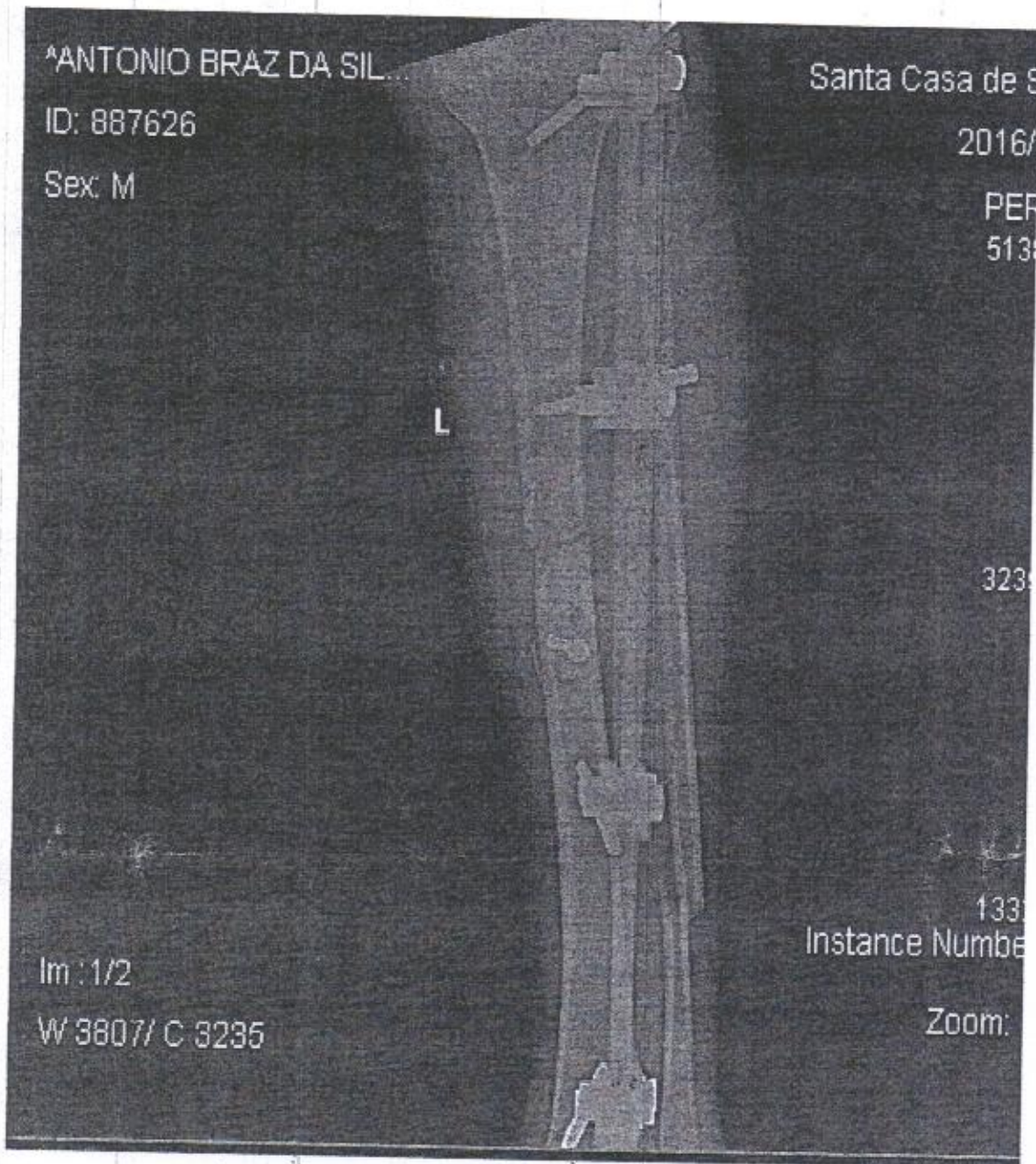
Assinado Eletronicamente por:


Dra. Priscila Bianchessi | CRM 88001-SP

Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em laudo Radiológico

Criado em 20/09/2016 10:27:10 GMT -3 (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, concluir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.




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

SINISTRO 3170611258 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO BRAZ DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO ANTONIO BRAZ DA SILVA

CPF/CNPJ: 13479605893

Posição em 26-09-2018 22:01:03

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
05/12/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2017	Pagamento de Indenização, com memória de cálculo de invalidez	
28/12/2017	Interrupção de Prazo	
28/12/2017	Aviso de Sinistro	