

## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

**CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES**, brasileiro, RG 2003030048864, CPF no 977.194.633-15, residente e domiciliada na Lagoa do Toco, Taboleiro da Vaquejada, zona rural, Russas/Ceará.

### OUTORGADOS:

**DINA ÉRICA FERREIRA VIEIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE sob nº. 29.731, **OSILENE FERREIRA CASTRO**, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE sob nº. 27.596, com endereço profissional à Av. Ver. Geraldo de Oliveira Lima, nº 1311, Russas/Ce.

### PODERES:

Pelo presente instrumento de mandato, o outorgante confere aos advogados outorgados poderes para representa-lo perante qualquer Órgão da Administração Pública (direta ou indireta) ou Entidade de Direito Privado ou Órgão Judicial, de qualquer instância, para com as clausulas "*AD JUDITIA ET EXTRA*" propor ações e ou delas variar, transigir, receber e dar quitação, apresentar e receber ALVARA JUDICIAL, reconhecer a procedência do pedido, firmar compromisso, assinar prestar primeiras e ultimas declarações, receber citação e intimação, oferecer defesa, tais como exceção de suspeição, impedimento ou incompetência, em qualquer instancia, interpor recursos judiciais, reconvir, protestar, interpelar, reclamar, pedir abertura de inquérito policial, requerer assistência do Ministério Público. Podendo ainda praticar todos os atos relativos a processos administrativos junto ao INSS e judiciais junto a Justiça Federal ou Juizados Especial Federal de Seção Judiciaria do Ceará, e a quaisquer outros órgãos, e AUTORIZO ainda, com fulcro no disposto no art. 10, paragrafo único, da Lei 10.259, meus procuradores a CONCILIAR OU TRANSIGIR, em meu nome e decidir sobre a modalidade de pagamento, receber e dar quitação, quer por RPV, quer por Precatório, e ainda poderes da cláusula "*AD NEGOCIA*" de acordo com arts. 653 a 666 da lei 10.406/02, confirmando tudo que lhe fora outorgado na Procuração e tudo o mais necessário ao bom e fiel desempenho deste mandato, dar e receber quitação, dando tudo por bom, firme e valioso.

Russas/Ce, 25 de fevereiro de 2019.

*Carlos Cesar de Oliveira Gomes*

**OUTORGANTE**

*g-*

**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENTE**

**CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES**, brasileiro, RG 2003030048864, CPF no 977.194.633-15, residente e domiciliada na Lagoa do Toco, Taboleiro da Vaquejada, zona rural, Russas/Ceará, DECLARA para os devidos fins legais que se fizerem necessários que não tem condições financeiras, não podendo arcar com o ônus processual em face da lei Nº. 1060/50 e no artigo 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal, requerendo por fim o benefício da gratuidade judiciária.

Russas/Ce, 25 de fevereiro de 2019.

Carlos Cesar de Oliveira Gomes

g

**COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ**  
 Rua Padre Várzea, 150  
 CEP 60135-040 - Fortaleza - CE  
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 03.107.844-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 548670957

Rota 05 25000 84 051500 - 5 Data de Emissão 08/11/2018

Nome **CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES**

End. Postal LG DO TOCO 00503  
 TABOLEIRO DA VAQUEIJADA - RUSSAS - 62900000

Medidor 7091625 Poste 0000 876N

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-IX. RENDA MONOFÁSICO

RG CPF CNPJ 977194633-15 CGF

Nome do Responsável

**DATAS**  
 Mês Referência 08/11/2018 Data da Apresentação 10/12/2018  
 ICMS 10/12/2018

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**  
 Veja a legenda no verso desta conta.  
 Conjunto RUSSAS 1  
 Mês Set/2018 EUGO 14,54

| Base de Cálculo (R\$)             | Alíquota | Valor do Imposto | Padrão Individual |       |       |        |       |       |      |
|-----------------------------------|----------|------------------|-------------------|-------|-------|--------|-------|-------|------|
|                                   |          |                  | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |      |
| 118,53                            | 17,00%   | 20,15            | 5,13              | 10,26 | 20,77 | 0,13   | 0,57  | 0,80  |      |
| ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL |          |                  | FIC               | 3,23  | 6,47  | 12,95  | 1,00  | 2,00  | 0,00 |
|                                   |          |                  | DMIC              | 1,34  |       |        | 0,13  |       |      |

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**  
 Let. Atual Let. Anterior Const. Consumo (KWh) Cons. Incl. Cons. Fat. Tarifa (R\$/KWh) Valor (R\$)

| FP | 2535 | 2535 | 1,00 | 155 | 0,00 | 30 | 0,26757 | 8,02  |
|----|------|------|------|-----|------|----|---------|-------|
|    |      |      |      |     |      | 15 | 0,49870 | 32,18 |
|    |      |      |      |     |      | 55 | 0,66905 | 37,65 |

08/11/18 08/10/18 31 DIAS 155 77,97

**VALOR CONSUMO DO MÊS** 77,97

**VALOR COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079** 10,94

**JUROS DO MÊS** 0,47

**CORREÇÃO MONETÁRIA DO MÊS** 0,55

**ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL** 17,35

**PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA** 2,39

**TAXA DE RELIGAÇÃO DE URGENCIA** 38,25

**COB. SALDO FATURA ANTERIOR** 38,37

**ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MÊS (R\$ 6,03)**

**VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**

DATA DE EMISSÃO 21/05/2015

REGISTRO CERAL 2003030048864

**CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES**

**EDMILSON GOMES MAMEDO**

**MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA GOMES**

**JAGUARIBE - CE**

CPF 977194633-15

ASSINATURA DO DIRETOR LEIN 7.116 DE 23/08/83

P. 122

2 VIA

**PROIBIDO PLASTIFICAR**

**ESTADO DO CEARÁ**  
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ  
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

**Polegar Direito**

*Carlos Cesar de Oliveira Gomes*

ASSINATURA DO TITULAR

**CARTEIRA DE IDENTIDADE**

**VENCIMENTO** 16/11/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 186,29

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                           |              |
|---------------------------|--------------|
| Energia                   | 23,60        |
| Transmissão               | 9,95         |
| Distribuição              | 10,94        |
| Encargos Setoriais        | 4,37         |
| Tributos (IOM PIS/COFINS) | 36,96        |
| <b>TOTAL</b>              | <b>85,82</b> |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

|     |     |    |     |     |     |     |     |     |     |     |     |     |
|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 113 | 155 | 98 | 117 | 100 | 113 | 116 | 121 | 107 | 111 | 104 | 108 | 115 |
|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**  
 Base suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emissão kg (CO<sub>2</sub>) 60,51 Compensado kg (CO<sub>2</sub>) 0,00

**Consciência Ecológica (MCO)**  
 0

**PARA CANCELAR SUA CONTA EM REGISTRO AUTOMÁTICO UTILIZE**  
 SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

**Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor**  
 Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal.

Conste desta fatura R\$ 6,37 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,05% e COFINS:4,24%  
 Parcela de R\$ 100,00 em 12 parcelas de R\$ 8,31 cada uma.

Bandeira amarela em nov-18 com custo de 1,00 real a cada 100KWh (quilowatt-hora).  
 Informações: [www.aneel.gov.br](http://www.aneel.gov.br)

Nº do Cliente: 3539850 Referência: Nov/2018  
 Data de Emissão: 08/11/2018 Total a Pagar (R\$): 186,29  
 Nº da Nota Fiscal: 548670957 Nº de Controle: 0003539850-00126 39042 64

8389000001-3 86290031000-7 00035398500-7 01263004242-6



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS



Impresso nº 2018260462

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 541 - 4172 / 2018

Fls. 14

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/11/2018 15:53:49**  
Data / Hora da Ocorrência: **06/04/2018 12:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **SÍTIO TOURÃO**  
Complemento:  
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **RUSSAS/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES**  
Nascimento: **07/07/1981** CPF:  
RG: **2003030048864** Orgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **MARIA DE FÁTIMA DE OLIVEIRA GOMES**  
**EDMILSON GOMES MAMEDIO**  
Endereço: **RUA LAGOA DO TOCO, 508**  
Bairro:  
Município: **RUSSAS/CE** CEP: **62.900-000**  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **OCM2819** Uf: **CE** Município: **RUSSAS** Chassi:  
**9C2JC4110CR435329** Renavam: **403400961** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano  
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**ROXA** Proprietário: **JOSE ABIDIAS SEVERO DE MOURA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

**Histórico**

Afirma a vítima que na data e horário acima citados sofreu um acidente de trânsito na localidade de sítio Tourão, quando conduzia a motocicleta de placa OCM-2819 em uma estrada carroçável que liga a localidade de sítio Tourão, zona rural de Russas - CE à cidade de Jaguaruana - CE; QUE o pneu da moto derrapou e veio a cair ao solo; QUE foi socorrido por pessoas do povo que passavam pelo local e ligaram para o SAMU, que esteve presente no local e socorreu a vítima ao Hospital e Casa de Saúde de Russas - CE; QUE fraturou a clavícula esquerda; E NADA MAIS DISSE.////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**DAVI ARAÚJO DE SANTIAGO - MAT.: 300639-1-0**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Carlos Cesar de Oliveira Gomes*

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

*Viviane Freire Moreira de Almeida*  
**VIVIANE FREIRE MOREIRA DE ALMEIDA - MAT.: 30123476**

DELEGACIA REGIONAL DE RUSSAS

Pág. 1 de 1

Rio de Janeiro, 20 de Fevereiro de 2019

Fls. 15

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3190126866

Vítima: CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Data do Acidente: 06/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FAGNER XAVIER GOMES

**Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO**

**Senhor(a), CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 0068300684 - carta\_04 - INVALIDEZ



Carta nº 13979122

g



CNPJ: 07.770.001/0001-44

## RECEITUÁRIO

Nome: CARLOS CÉSAR DE

End.: OLIVEIRA

LADO NENHUM

Atestado por o paciente  
aviso foi ulu-  
tudo e cunha  
por futuro de  
clonula Egle

Exclui y frase  
de dos  
teos

Data: 1/1

Médico: CRM

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE

Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



## ATESTADO

Atesto que,

Julio Lipo de  
Oliverio Gons

está impossibilitado(a) de trabalhar, por

60 (sessenta)dias, a partir desta data 30/04/17, porFéltip decheloMÉDICO - CRM  
www.hcsrussas.com.br



# HCSR

*Uma História Cuidando de Vidas.*

**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

## RESUMO DE ALTA

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**  
NOME: Carlon Cesar de Oliveira Gomes

ENFERMARIA: 04 LEITO: 01 PRONTUÁRIO:

### RESUMO CLÍNICO:

RESUMO CLÍNICO: Not. 4 14 subis a  
lume

**EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:**

PROCEDIMENTO REALIZADO: *Releto con...*

**PROCEDIMIENTO REALIZADO:**

**TERAPÊUTICA UTILIZADA:**

ADMISSÃO: 06/04/2018 ALTA: 09/04/18 DIAS INTERN.: 1

## CONDIÇÕES DE ALTA:

MOTIVO: CURADO ( ), MELHORADO (X), APEDIDO ( ), EVASÃO ( ), TRANSFERIDO ( ), ÓBITO ( )  
INALTERADO ( ), ADMINISTRATIVO ( )

ENCAMINHANDO AO LABORATORIO:

**DIAGNÓSTICO FINAL:**

**OBSERVAÇÕES:**

**MÉDICO RESPONSÁVEL**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6811

www.hcsrussas.com.br



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



1800248243 28/05/2018 12:01:16 GUIA DE ADMISSÃO ( ) GUIA DE ATENDIMENTO ( ) TRAUMA/CIRURGICO-01.001.003

Paciente 00013079 - CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES Nascimento 07/07/1981 Id: 36 A 10 M 21 D160786025010009 CNS 977.194.63 CPF

Documento 2003030048864 - SSP CE - 23/09/2003 M Sexo Estado Civil Casado(a) Raça/Cor Parda Escolaridade Ocupação AGRICULTOR

Endereço RUA - SAO FRANCISCO - 508 - LAGOA DO TOCO - RUSSAS - CE CEP 62.900-000 Complemento PROX GLOBO DE O

Naturalidade JAGUARIBE - CE Contatos (88) 99430-9053 Pai

Mãe MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA GOMES EDMILSON GOMES MAMEDIO SisPreNatal

Plano - Convênio SUS - SUS Carteira Validade Autorização

Caráter de Atendimento Urgência Procedência Especialidade Profissional Solicitante

CID Principal Procedimento Solicitado TRAUMA/ORTOPEDIA ANTONIO VALTERNO NOGU Perm. Maxm

Fls. 193

## ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança de Procedimento ( )

Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /

Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Data da Saída: 30/05/18 Motivo: ( ) Curado ( ) A pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( ) Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

*fratura de fêmur*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

OPERAÇÃO

*Ortopedia do fêmur*

SECUNDÁRIA:

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

*fratura de fêmur*

Dr. Aluisio de Almeida Filho  
Diretor Clínico  
2296  
Diretor Responsável

*Adriana Lúcia dos Santos*  
Paciente ou Responsável

Guia emitida por: maria.aui

Sistema Ministério  
Unidade da Saúde  
BUS Saúde Básica

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Fls. 20/2

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

2 - CNES  
232800-3

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS

4 - CNES  
232800-3

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE  
CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

6 - Nº IDENTIFICAD.  
00013079

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
160786025010009

8 - DATA DE NASCIMENTO  
07/07/1981

9 - SEXO  
1 - Masculino

10 - RAÇA / COR  
Parda

11 - FIMB  
10013079

12 - TELEFONE DE CONTATO  
(88) 99430-9053

13 - NOME DO RESPONSÁVEL  
CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

14 - TELEFONE DE CONTATO  
(88) 99430-9053

15 - ENDEREÇO (Cidade e Bairro)  
RUA: SÃO FRANCISCO - 508 - PROX GLOBO DE OURO - LAGOA DO TOCO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
RUSSAS

17 - COD. MGE MUNICÍPIO  
231180

18 - UF  
CE

19 - CEP  
62.900-000

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
*Ator 2018  
subl 11 dos 2  
m m*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
*Ator 2018*

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
*Ator 2018*

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
*Ator 2018*

24 - CID 10 PRINCIPAL  
*Ator 2018*

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - ESPECIFICAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
*Ator 2018*

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
*0408010100*

29 - CLÍNICA  
TRAUMATOLOGICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
URGÊNCIA

31 - DOCUMENTO  
C. N. S.

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE  
182215039540018

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE  
ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
28/05/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO) DO REGISTRO EM CE 6193  
*Antônio Valterno Pinheiro  
Traumatologista  
CRM-CE 6193*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº. DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNES DA EMPRESA

44 - CATEGORIA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ SEM EMPREGADOR ☐ PARCEIROS ☐ NÃO SE ENQUADRA

**AUTORIZAÇÃO**

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
*Carlos Cesar de Oliveira Gomes*

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

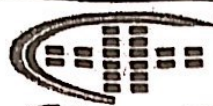
48 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CNP

49 - Nº DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
160786025010009

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
30/05/18

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO) DO REGISTRO EM CE 6193  
*Carlos Cesar de Oliveira Gomes  
Médico Autorizador CRM 2371*

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
*0077*


**HCSR**  
 HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

*Uma História Cuidando de Vidas*
**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**
**BOLETIM DE OPERAÇÃO**
**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

 NOME: Camila Maria de Oliveira Gomes

 DATA: 28 / 05 / 2018

 LEITO: 4-4
**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**
**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**
Uterus de duplo (F)
**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

TEMPO | PULSO | RESP. | P.A. | GERAIS

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

**ANESTESIA:**
Gen
**OPERAÇÃO:**
Uterus duplo
**CLASSIFICAÇÃO:**

 INÍCIO: 18:55h FIM: 19:20h

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

 Valério Pinheiro  
 CRM-CE 6198  
 Traumatologista

**O QUE FOI FEITO:**

1) Realizado em posição  
 2) Anestesia + analgesia  
 3) Anestesia de  
 4) Sutura em  
 5) Sutura de  
 6) Sutura de  
 7) Sutura de  
 8) Sutura de  
 9) Sutura de  
 10) Sutura de

**CONTAGEM COMPRESSAS:**

1) 01 pro de  
 2) Sutura  
 3) Sutura

Operador

Auxiliar

Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-54 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

[www.hcsrussas.com.br](http://www.hcsrussas.com.br)



# HCSR

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

*Uma História Cuidando de Vidas*

**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

## FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Carlos Pedro de Oliveira Gomes

**DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:**

707.770

SEP. 21 1964  
CEARA

[illegible]

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSÉ RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

[www.hcsrussas.com.br](http://www.hcsrussas.com.br)

30/07/2018

... Guia do Internação 01 ...



HOSPITAL E CASA DE SAUDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



Fls. 23

1800255454 30/07/2018 12:20:48 GUIA DE ADMISSÃO ( ) GUIA DE ATENDIMENTO ( ) TRAUMA/CIRURGICO-01.002.001

Paciente 00013079 - CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES Nascimento 07/07/1981 Id: 37 A 0 M 23 D 160786025010009 977.194.633-15

Documento 00013079 - CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES Sexo Estado Civil Raça/Cor Escolaridade Ocupação

Identidade - 2003030048864 - SSP CE - 23/09/2003 M Casado(a) Parda AGRICULTOR

Endereço RUA - SAO FRANCISCO - 508 - LAGOA DO TOCO - RUSSAS - CE CEP 62.900-000 Complemento PROX GLOBO DE OURO

Naturalidade JAGUARIBE - CE Contatos (88) 99430-9053

Mãe MARIA DE FÁTIMA DE OLIVEIRA GOMES Pai EDMILSON GOMES MAMEDIO

SisPreNatal

Plano - Convênio Carteira Validade Autorização

SUS - SUS

Caráter de Atendimento Procedência Especialidade Profissional Solicitante

Urgência CID Principal Procedimento Solicitado TRAUMA/ORTOPEDIA ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA P

Perm. Máxima de Uso

## ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança de Procedimento ( )

Convênio: Autorizado Até: / / Prorrogado Até: / /

Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Data da Saída: 31/07/18 Motivo: ( ) Curado ( ) À pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( ) Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

PRINCIPAL:

SECUNDÁRIA:

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Médico Responsável

*Alderi Lima dos Santos*  
Paciente ou Responsável

Diretor Responsável

Guia emitida por: Ienice.fonseca

Carlos Luan de Oliveira Gomes

30/07

13/08/18

|                                                                                                                     |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------|--|
|  <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde |  | Ministério da Saúde |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |  | Fls. 24                         |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                    |  |                     |  |                                                                       |  | 2 - CNES                        |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                             |  |                     |  |                                                                       |  | 4 - CNES                        |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                              |  |                     |  |                                                                       |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO            |  |
| <b>Identificação do Paciente</b>                                                                                    |  |                     |  |                                                                       |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO          |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                |  |                     |  |                                                                       |  | 9 - SEXO                        |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                  |  |                     |  |                                                                       |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO        |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                                                     |  |                     |  |                                                                       |  | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                        |  |                     |  |                                                                       |  | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO        |  |
| 15 - UF                                                                                                             |  |                     |  |                                                                       |  | 16 - CEP                        |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                  |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                          |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                          |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                 |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                            |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                               |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                              |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                                       |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                      |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                           |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 25 - CLÍNICA                                                                                                        |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                                                          |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 27 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                     |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 28 - DATA DE SOLICITAÇÃO                                                                                            |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                              |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                               |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 30 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                                             |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 31 - Nº DO BILHETE                                                                                                  |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 32 - SÉRIE                                                                                                          |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                       |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                                   |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                                  |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 36 - CNPJ EMPRESA                                                                                                   |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 37 - CNAE DA EMPRESA                                                                                                |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 38 - CUF                                                                                                            |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                      |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 40 - EMPREGADO                                                                                                      |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 41 - EMPREGADOR                                                                                                     |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 42 - AUTÔNOMO                                                                                                       |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 43 - DESEMPREGADO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 44 - APOSENTADO                                                                                                     |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 45 - NÃO SEGURADO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                  |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                               |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR                                                                                             |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                     |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 49 - DOCUMENTO                                                                                                      |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 50 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                             |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                            |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |
| 52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                              |  |                     |  |                                                                       |  |                                 |  |



**HCSR**  
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

Uma História Cuidando de Vidas

**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

**BOLETIM DE OPERAÇÃO**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Carlos Cesar de Oliveira Gomes

DATA: 30 / 07 / 2018

LEITO: 21.3

**DIAGNOSTICO CLÍNICO:**

**DIAGNOSTICO CIRÚRGICO:**

**CONDIÇÕES DO PACIENTE**

| TEMPO | PULSO | RESP. | P.A. | GERAIS |
|-------|-------|-------|------|--------|
|       |       |       |      |        |

**ANESTESIA:**

**OPERAÇÃO:**

**CLASSIFICAÇÃO:**

INÍCIO: 13:40h FIM: 13:50h

ACHADOS (DESCREVER OS ÓRGÃOS EXPLORADOS E REGISTRE OS OS ACHADOS PATOLÓGICOS)

Valterno Pinheiro  
Traumatologista  
CRM-CE 6193

**DO QUE FOI FEITO:**

**CONTAGEM COMPRESSAS:**

Operador

Auxiliar

Anestesista

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

www.hcsrussas.com.br



**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Carlon Cesar de Oliveira Gomes

**DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:**

Valterio Pinheiro  
Traumatologista  
CRM-CE 6193

Walter Pinheiro  
Traumatologista  
CRM CE 6193

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

[www.hcsrussas.com.br](http://www.hcsrussas.com.br)


**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

### RESUMO DE ALTA

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

 NOME: Carlos Cesar de Oliveira Gomes

 ENFERMARIA: 21 LEITO: 3 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

**RESUMO CLÍNICO:**
**EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:**
**PROCEDIMENTO REALIZADO:**
**TERAPÊUTICA UTILIZADA:**

 ADMISSÃO: 30/07/18 ALTA: 31/07/18 DIAS INTERN.: 1 / 1
**CONDIÇÕES DE ALTA:**

 MOTIVO: CURADO ( ) , MELHORADO ( ) , APEDIDO ( ) , EVASÃO ( ) , TRANSFERIDO ( ) , ÓBITO ( )  
 INALTERADO ( ) , ADMINISTRATIVO ( )

**ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:**
**DIAGNÓSTICO FINAL:**
**OBSERVAÇÕES:**

 Dr. Valter Pinheiro  
 Ortopedia - Traumatologia  
 CRM - 6183

MÉDICO RESPONSÁVEL

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6511

[www.hcsrussas.com.br](http://www.hcsrussas.com.br)



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1438 - Centro  
Russas / Ceará

Marcos Ivo Fonseca  
Recepção e Atendimento  
Emergência



Fls. 28

06/04/2018 17:00:14 1800240953 GUIA DE: ( ) ATENDIMENTO (X) OBSERVAÇÃO - DIURNO - 43

Paciente: 00013079 - CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES DN: 07/07/1981 - 36 A 8 M 30 D Sexo: M - Est. Civil: Casado(n)

Identidade: 2003030048864 - SSP CE Raça/Cor: Parda CPF: 077.194.033-15 Ocupação: AGRICULTOR

Endereço: RUA - SAO FRANCISCO - 508 - LAGOA DO TOCO - RUSSAS - CE CEP: 62.900-000 Nat.: JAGUARIBE - CE

Contato: (88) 99430-9053 Mãe: MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA GOMES Pai: EDMILSON GOMES

Convênio: SUS - SUS Carteira: MAMEDI Validade:

Autorização: Sisprenatal: CNS: 160786025010009 Caráter Atend.: URGÊNCIA

Motivo: URGENCIA / EMER Especialidade: CLINICA MEDICA Profiss. Atend.: LEONARDO Setor: EMERGENCIA

OUTRAS ANOTAÇÕES (Enfermagem)

Peso: — KG. Temp.: — °C. Pressão: 120 x 80 mmHg. D. X.: —

Classificação de Risco: ☐ VERMELHO ☐ LARANJA ☒ AMARELO ☐ VERDE ☐ AZUL

## ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Paciente com quadro de queda de peso e  
olmeletrismo

há cerca de 15 dias de evolução  
e sintomatologia atípica e persistente

## HIPÓTESE DIAGNÓSTICO

trauma por queda de moto

## SAUÍ - EXAMES COMPLEMENTARES

☐ RAIO-X ☐ ULTRASSOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: —

## PRESCRIÇÃO

## APAZAMENTO

## EVOLUÇÃO

|                             |         |          |
|-----------------------------|---------|----------|
| 1) Exame de braço esquerdo  | 7/16/40 | paciente |
| 2) Exame de braço direito   | 7/16/40 | paciente |
| 3) Voltar para casa         | 7/16/40 | paciente |
| 4) SF 0,7% 1000ml de sangue | 7/16/40 | paciente |
| 5) Exame de braço           | 7/16/40 | paciente |
| 6) Exame de braço           | 7/16/40 | paciente |
| 7) Exame de braço           | 7/16/40 | paciente |
| 8) Exame de braço           | 7/16/40 | paciente |

## CONDUTA:

☐ ALTA POR DECISÃO MÉDICA  
☐ OBSERVAÇÃO (Até 24 Horas)  
☐ TRANSFERÊNCIA PARA:

☐ AMBULATÓRIO  
☐ ALTA A REVELIA

☒ ALTA A PEDIDO  
☒ INTERNAÇÃO

DATA E HORA DA SAÍDA/ALTA: 06/04/18 17:37

## ÓBITO

Antes do 1º Atendimento? ☐ SIM ☐ NÃO

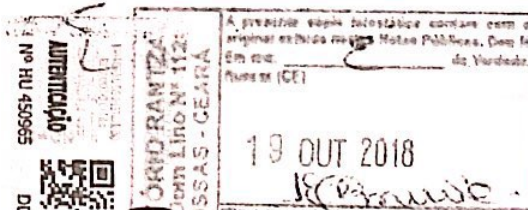
Destino: ☐ Família ☐ IML ☐ Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Leonardo de Silva Moreira  
Médico

Assinatura do Médico

Atendimento registrado por: MARCOS IVO





**HCSR**  
HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

*Uma História Cuidando de Vidas*

**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

**RESUMO DE ALTA**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Carlos Cesar de Oliveira Gomes

ENFERMARIA: 04 LEITO: 01 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

**RESUMO CLÍNICO:**

*Ata 1. Feb 18 de*  
*Xuxa*

**EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:**

**PROCEDIMENTO REALIZADO:**

*Exeto curado*

**TERAPÊUTICA UTILIZADA:**

ADMISSÃO: 02 / 02 / 2018 ALTA: 1 / 1 DIAS INTERN.: 1 / 1

**CONDIÇÕES DE ALTA:**

MOTIVO: CURADO ( ), MELHORADO (x), APEDIDO ( ), EVASÃO ( ), TRANSFERIDO ( ), ÓBITO ( )  
INALTERADO ( ), ADMINISTRATIVO ( )

**ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:**

DIAGNÓSTICO FINAL: *Xuxa ex de*

**OBSERVAÇÕES:**

MÉDICO RESPONSÁVEL

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

[www.hcsrussas.com.br](http://www.hcsrussas.com.br)

**HCSR**

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS

*Uma História Cuidando de Vidas***SANTAS  
CASAS  
UNIDAS****RESUMO DE ALTA****IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**NOME: Corbela Cordeiro de Oliveira GomesFls. 30ENFERMARIA: 21 LEITO: 3 PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_**RESUMO CLÍNICO:**hist. espont.**EXAMES REALIZADOS E RESULTADOS:**PS**PROCEDIMENTO REALIZADO:**Atendimento em juízo**TERAPÊUTICA UTILIZADA:**ADMISSÃO: 20/07/2012 ALTA: 31/07/2012 DIAS INTERN.: 11 / 11 / 11**CONDIÇÕES DE ALTA:**MOTIVO: CURADO ( ), MELHORADO ( ), APEDIDO ( ), EVASÃO ( ), TRANSFERIDO ( ), ÓBITO ( )  
INALTERADO ( ), ADMINISTRATIVO ( )**ENCAMINHANDO AO LABORATÓRIO:****DIAGNÓSTICO FINAL:**Atendimento em juízo**OBSERVAÇÕES:**

MÉDICO RESPONSÁVEL

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1436, RUSSAS-CE CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

[www.hcsrussas.com.br](http://www.hcsrussas.com.br)

06/04/2018

... Guia de Internação 01 ...



HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS  
Dr. José Ramalho, 1436 - Centro  
Russas / Ceará



1800240955

06/04/2018 16:40:29

GUIA DE ADMISSÃO ( )

GUIA DE ATENDIMENTO ( )

TRAUMA/CIRURGICO-02.021.005

Paciente

00013079 - CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES

Nascimento

07/07/1981 Id: 36 A 8 M 30 D 160786025010009 977.194.633-15

CNS

CPF

Documento

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Escolaridade

Ocupação

Identidade - 2003030048864 - SSP CE - 23/09/2003 M

Casado(a)

Parda -

AGRICULTOR

Endereço

RUA - SÃO FRANCISCO - 508 - LAGOA DO TOCO - RUSSAS - CE

CEP

62.900-000

Complemento

PROX GLOBO DE OURO

Naturalidade

JAGUARIBE - CE

Contatos

(08) 99430-9053

Pai

SisPreNatal

Mãe

MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA GOMES

EDMILSON GOMES MAMEDIO

Plano - Convênio

Carteira

Validade

Autorização

SUS - SUS

Caráter de Atendimento

Procedência

Especialidade

Profissional Solicitante

Urgência

TRAUMA/ORTOPEDIA

CID Principal

Procedimento Solicitado

Perm. Máxima (dias)

Fls. 317

## ANOTAÇÕES GERAIS

Parecer ( ) Exames Laboratoriais ( ) RX ( ) Ultrassonografia ( ) Prótese ( ) Mudança do Procedimento ( )

Convênio: Autorizado Até: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Prorrogado Até: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Outros ( ) Especificar: \_\_\_\_\_

Data da Saída: 09/04/18 Motivo: ( ) Curado ( ) A pedido ( ) Evasão ( ) Transferido ( ) Óbito

DIAGNÓSTICO PROVISÓRIO: trauma fechado por queda de moto

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: trauma fechado por queda de moto

## OPERAÇÃO

PRINCIPAL: \_\_\_\_\_

SECUNDÁRIA: \_\_\_\_\_

## HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL E EXAME FÍSICO

Paciente sofreu queda de moto avaliando com dor em  
MSE + dor em MEG. Paciente estava alcoolizado

Dr. Leonardo da Silva Moreira  
Médico  
CREMEC 19110

Médico Responsável

Dr. Aluísio Figueiredo Lima  
Diretor Clínico  
CREMEC 19110

Diretor Responsável

Dr. Aluísio Figueiredo Lima  
Paciente ou Responsável

Paciente ou Responsável

Guia emitida por: MARCOS IVO

06/04/2018

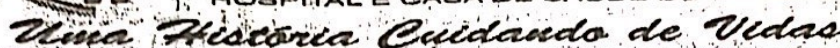
... Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

|                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                               |                                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Identificação do Estabelecimento de Saúde                                                                                                                                                                                |                                                         | 2 - CNES                      |                                                                             |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                                                                                                  |                                                         | 232800-3                      |                                                                             |
| HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS                                                                                                                                                                                       |                                                         |                               |                                                                             |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                                                                                                                                   |                                                         | 4 - CNES                      |                                                                             |
| HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS                                                                                                                                                                                       |                                                         | 232800-3                      |                                                                             |
| Identificação do Paciente                                                                                                                                                                                                |                                                         | 6 - Nº DO PROFISSIONAL        |                                                                             |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                     |                                                         | 00013079                      |                                                                             |
| CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES                                                                                                                                                                                           |                                                         |                               |                                                                             |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                                                                                                       | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                  | 9 - SEXO                      | 10 - RAÇA / COR                                                             |
| 160786025010009                                                                                                                                                                                                          | 07/07/1981                                              | 1 - Masculino                 | Parda                                                                       |
| 11 - NOME DA MÃE                                                                                                                                                                                                         | 12 - TELEFONE DE CONTATO                                |                               |                                                                             |
| MARIA DE FATIMA DE OLIVEIRA GOMES                                                                                                                                                                                        | (88) 99430-0053                                         |                               |                                                                             |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL                                                                                                                                                                                                 | 14 - TELEFONE DE CONTATO                                |                               |                                                                             |
| CARLOS CESAR DE OLIVEIRA GOMES                                                                                                                                                                                           | (88) 99430-0053                                         |                               |                                                                             |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                                                                                                                                          |                                                         |                               |                                                                             |
| RUA: SÃO FRANCISCO - 508 - PROX GLOBO DE OURO - LAGOA DO TOCO                                                                                                                                                            |                                                         |                               |                                                                             |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                                                                                                                             |                                                         | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO      | 18 - UF                                                                     |
| RUSSAS                                                                                                                                                                                                                   |                                                         | 231180                        | CE                                                                          |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | 19 - CEP                      | 82.900-000                                                                  |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                                                                                                                               |                                                         |                               |                                                                             |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                                                                                                                                                              |                                                         |                               |                                                                             |
| Paciente com quadro de nódulo calcificado a 2.º<br>com fratura de fêmur - luxação de ombro aguda<br>+ fraturas de crânio                                                                                                 |                                                         |                               |                                                                             |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                                                                                                                               |                                                         |                               |                                                                             |
| Risco de complicação                                                                                                                                                                                                     |                                                         |                               |                                                                             |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                                                                                                                      |                                                         |                               |                                                                             |
| Ressonância + exames físicos                                                                                                                                                                                             |                                                         |                               |                                                                             |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                                                                                                                 |                                                         | 24 - CID 10 PRINCIPAL         | 25 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                      |
| Injúria fechada                                                                                                                                                                                                          |                                                         | S06.8                         |                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS |                                                                             |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                                                                                                                                  |                                                         |                               |                                                                             |
| 27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                                                                                                            |                                                         | 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO   |                                                                             |
| Intervenção cirúrgica                                                                                                                                                                                                    |                                                         | D08010049                     |                                                                             |
| 29 - CLÍNICA                                                                                                                                                                                                             | 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                              | 31 - DOCUMENTO                | 32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE |
| TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                            | URGÊNCIA                                                |                               |                                                                             |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE                                                                                                                                                                       |                                                         | 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO      | 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)                     |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | 06/04/2018                    | Dr. Leonardo da Silva Moter<br>Médico                                       |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                                                                                                                                                           |                                                         |                               |                                                                             |
| 36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                                                                                       | 39 - CNPJ DA SEGURADORA                                 |                               | 40 - Nº. DO BILHETE                                                         |
| 37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                                                                                                                   |                                                         |                               | 41 - SEFOP                                                                  |
| 38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                                                                                                                  | 42 - CNPJ DA EMPRESA                                    |                               | 43 - CNAE DA EMPRESA                                                        |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                                                                                                                           |                                                         | 44 - CTPS                     |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO |                                                         |                               |                                                                             |
| AUTORIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                              |                                                         |                               |                                                                             |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                                                    |                                                         | 47 - COD. ORGÃO EMISSOR       | 52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                            |
|                                                                                                                                                                                                                          |                                                         |                               |                                                                             |
| 48 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                           | 49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR |                               |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF                                                                                                                                                                |                                                         |                               |                                                                             |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                 | 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO) |                               |                                                                             |
| 11/04/18                                                                                                                                                                                                                 | Médico Auditor CRM 9871                                 |                               |                                                                             |



**SANTAS  
CASAS  
UNIDAS**

## FICHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:**

NOME: Carlon Cesar de Oliveira Gomes

Fls. 33

**DIAGNÓSTICO DO PACIENTE:**

POLITRANMA (Luxes) de ombro e + Fatura de clavícula + Fêmur Femur

| DATA     | HORÁRIO | EVOLUÇÃO                                                                             |
|----------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 06/04/18 |         | + GROWING MÉDICA +<br>paciente vítima de politrauma com múltiplas<br>fraturas. (     |
|          |         | to para: Glasgow 15. Imobilização de<br>MIE + braço 6                                |
|          |         | + CD: 1) internado hospitalar<br>2) resolver o caso de ombro<br>3) iniciar ortopedia |
|          |         | Dr. Leonard da Silva<br>Médico<br>CREMEC 19110                                       |
| 08/04/18 |         | paciente com<br>contusão                                                             |
|          |         | CRM-CE: 4078<br>DR. CLAUDIO EUFRÁSIO<br>ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA                    |
| 08/04/18 |         | paciente com<br>contusão                                                             |
|          |         | CRM-CE: 4078<br>DR. CLAUDIO EUFRÁSIO<br>ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA                    |

HOSPITAL E CASA DE SAÚDE DE RUSSAS - RUA DR. JOSE RAMALHO Nº 1438, RUSSAS-CE, CNPJ: 07.770.001/0001-64 Tel.: (088) 3411-0147 / Telefax (088) 3411-6611

[www.hcsrussas.com.br](http://www.hcsrussas.com.br)



CNPJ: 07.770.001/0001-64

## RECEITUÁRIO

Nome: Luís Carlos deEnd.: Almeida

em 12/12/14  
 NÍVEL 100-100-100  
 Tm 180  
 12/12/14  
 Data: 12/12/14 Médico - CRM [assinatura]

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE  
 Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611



CNPJ: 07.770.001/0001-64

## RECEITUÁRIO

Nome: Luís Carlos deEnd.: Almeida

0.500mg consulte  
 em UNIMME  
 BASTA DE FÓRMULA  
 PARA CONTROLE  
 DA PRESSÃO  
 ARTERIAL

Data: 20/12/14Médico - CRM [assinatura]

Rua Dr. José Ramalho, 1436, Centro - CEP: 62.900-000 - Russas/CE  
 Fone: (88) 3411.0147 - Fax: (88) 3411.6611

TOMBO  
Registrei a presente ação sob n° 6893/19  
do livro n° 01 da SECRETARIA  
Russas-CE, 28, 02, 19  
7/ *[Signature]*  
Diretor(a) de Secretaria

CONCLUSÃO  
Ao(s) 13/03/19, faço estes  
autos conclusos ao Ministério de Direito.  
7/ *[Signature]*  
Diretor(a) de Secretaria