



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 616 /2011

Data Registro: 06/05/2011

Data Ocorrência: 26/04/2011

Hora da Ocorrência: 08:57min

NOME: MARCOS ANTONIO DA SILVA

DATA NASC: 08/01/1990

RG: 2007271300 SSP CE

FILIAÇÃO: BENEDITO BOA AVENTURA DA SILVA BENEDITA MARIA DA SILVA

ENDEREÇO: SÍTIO BOQUEIRÃO DOS AUGUSTO, VIÇOSA DO CEARÁ-CE

PONTO DE REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO DEMÉTRIO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: DELITUOSA

LOCAL DA OCORRÊNCIA: NA SAÍDA DO DISTRITO DO QUATIGUABA, VIÇOSA DO CEARÁ-CE

TEL: SEM TELEFONE

HISTÓRICO: A VITIMA afirma que vinha por volta das 08:57min do dia 26 de abril de 2011, do distrito de Quatiguaba, em sua MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA, PLACA NYA 3103, ANO E MODELO 2010/2010, CHASSI 9C2JC4110AR632813, de propriedade de MARIA DO SOCORRO S. FIGUEIRA, que este ao perder o controle da motocicleta que o conduzia, caiu ao chão ficando o declarante com lesões corporais conforme o procedimento médico (doc. em anexo). Que nada mais disse, nem lhe foi perguntando, dando-se este termo por encerrado /////

É CRIME:

Art.299. Omitir, em documentos público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa do que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Antônio Freire Lima Filho  
Escrivão de polícia  
MF: 198.199-14

RESP. PELA INFORMAÇÃO: x Marcos Antonio da Silva:

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ

AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE  
FONE: (88) 3652-1100

**FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL**



Registrat:

Paciente: Marcos Antonio da Silva  
Sociedade: 21

Nº Prontuário:

Sex: ♂

DN: 08101190

Nome da Mãe: Doroteu Moura da Silva

Estado Civil:

Endereço: Rua Augusta

Nome do Pai: Benedita Boaventura da Sil

Data / Hora de atendimento: 26/10/11

Municipio: Ureca - coProfissão: Agricultor

08:57 Hores

Documento: 700 7271300-8

Religion:

2 12 03. 07

Assinatura do Paciente ou Responsável:

Sineis Vita/s:

SA  x  MM Hg FR  Inc/min FC  Bat/min Temp.  °C. Paso:

Queixa Principal:

[illegible]

Exame Fisico:



A presente fotocópia confere com o original. O referido é verdade e dou fé.

~~Vicosa do Ceará - CE~~

04 MAJ 2011

☒ Luciana Fontenele Magalhães Pacheco - Tabelião  
☒ Danilo Fontenele Magalhães - Substituto  
☒ Luciana Fontenele Magalhães - Substituto

**Hipótese Diagnóstica**

### Diagnóstico Definitivo

D.

Assinatura e Carimbo

GRAZIELA TAVARES (SR) 3534, 312 - JERUSALEM - CE - PAV/123

Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará - HMMVC - Prescrição Médica  
Enfermagem - Consumo de Material

[illegible][illegible]

### Controle de Exames Solicitados

# Controle de Exames Solicitados

Destino:

☐ Alta    ☐ À Pedido    ☐ Decisão Médica    ☐ Transferência para: \_\_\_\_\_  
☐ Óbito    ☐ IML    Atestado de Óbito, Data e Hora de Ocorrência: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA  
COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ – CE**

**PROCESSO Nº: 8011-32.2011.8.06.0182**

**CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A**, já qualificada, nos autos do processo em epígrafe, em que **MARCOS ANTONIO DA SILVA**, por meio de seus advogados que esta subscrevem vem respeitosamente a presença de V. Exa., requerer a juntada de comprovante de pagamento de Acordo e prestar esclarecimento sobre a guia de pagamento anexada.

Esclarecemos, excelência, que apesar de constar no comprovante de pagamento guia com timbre do Banco do Brasil, informamos que o ID para cumprimento da obrigação foi extraído de guia da Caixa Econômica Federal, conforme anexo. Estamos realizando acertos internos para retirada deste timbre do BB dos comprovante de pagamento.

Assim, o alvará deverá ser levantado pela parte autora na Caixa econômica Federal.

Nestes termos,  
Pede Deferimento.

VIÇOSA DO CEARA, 08 de junho de 2016.

  
**Rostand Inácio dos Santos**  
**OAB/PE 22.718**

# QUEIROZ CAVALCANTI

A D V O C A C I A



## GUIA - Ficha de Compensação

|                                 |            |                    |                   |                         |
|---------------------------------|------------|--------------------|-------------------|-------------------------|
| Nº DA PARCELA                   |            | DATA DO DEPÓSITO   | AGÊNCIA (PREF/DV) | Nº DA CONTA JUDICIAL    |
|                                 |            | 03-06-2016         | 0                 | 0                       |
| DATA DA GUIA                    | Nº DA GUIA | TIPO DE JUSTIÇA    |                   |                         |
| 03-06-2016                      | 10926530   | ESTADUAL           |                   |                         |
|                                 |            | NÚMERO DO PROCESSO |                   |                         |
|                                 |            | 80113220118060182  |                   |                         |
| UF/COMARCA                      |            | ORGÃO/VARA         | DEPOSITANTE       | VALOR DO DEPÓSITO (R\$) |
| CE/VIÇOSA DO CEARÁ              |            | ÚNICA/VC           | REU               | 3.245,00                |
| NOME DO RÉU/IMPETRADO           |            |                    | TIPO PESSOA       | CPF/CNPJ                |
| CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A |            |                    | JURÍDICA          | 42.516.278/0001-66      |
| NOME DO AUTOR/IMPETRANTE        |            |                    | TIPO PESSOA       | CPF/CNPJ                |
| MARCOS ANTONIO DA SILVA         |            |                    | FÍSICA            | 603.258.823-80          |
| AUTENTICAÇÃO ELETRÔNICA         |            |                    |                   |                         |
| AE04DA2BA6FAAC90                |            |                    |                   |                         |



Rua da Hora, 692, Espinheiro - Recife/PE - CEP: 52020-015. Fone: 81 2101.5757

[www.queirozcavalcanti.adv.br](http://www.queirozcavalcanti.adv.br)

PE • BA • CE • MA • PB

## RECIBO DO SACADO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |            |                                                        |  |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|--------------------------------------------------------|--|------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                        |                   | 104-0      | 10490.00076 40308.704549 16050.028857 8 00000000324500 |  |                                          |
| Cedente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |            | CPF/CNPJ                                               |  | Agência / Código do Cedente              |
| TJ CEARA VICOSA DO CEARA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                   |            | 09.444.530/0001-01                                     |  | 4030 / 403087000000007-4                 |
| Nº do documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nosso Número      | Vencimento | Valor do Documento                                     |  |                                          |
| 040078500151605267                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 804541605002885-4 |            | 3.245,00                                               |  |                                          |
| Intruições (Texto de Responsabilidade do Cedente):<br><br>GUIA DE DEPÓSITO JUDICIAL VIA BOLETO DE COBRANÇA<br>PROCESSO: 00080113220118060182 N° GUIA: 1<br>CONTA: 0785 040 01502745-5 IDENTIFICADOR DO DEPÓSITO - ID: 040078500151605267<br>JURISDICIONADOS: Marcos Antonio da Silva / Centauro Vida e Previdencia S/A |                   |            |                                                        |  | (-) Desconto                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |            |                                                        |  | (-) Outras Deduções/Abatimentos          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |            |                                                        |  | (+) Mora/Multa/Juros                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |            |                                                        |  | (+) Outros Acréscimos                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                   |            |                                                        |  | (=) Valor Cobrado                        |
| Sacado: CENTAURO VIDA E PREVIDENCIA S/A                                                                                                                                                                                                                                                                                |                   |            |                                                        |  | CPF/CNPJ: 42.516.278/0001-66<br>UF: CEP: |
| Sacador/Avalista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                   |            |                                                        |  | CPF/CNPJ:                                |

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações, reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474 (reclamações não solucionadas e denúncias)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                   |                                                        |                       |                                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                      |                    | 104-0             | 10490.00076 40308.704549 16050.028857 8 00000000324500 |                       |                                          |
| Local de pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                    |                   |                                                        |                       | Vencimento                               |
| PREFERENCIALMENTE NA REDE LOTERICA OU NAS AGENCIAS DA CAIXA                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                   |                                                        |                       |                                          |
| Cedente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                   | CPF/CNPJ                                               |                       | Agência / Código do Cedente              |
| TJ CEARA VICOSA DO CEARA                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                    |                   | 09.444.530/0001-01                                     |                       | 4030 / 403087000000007-4                 |
| Data do documento                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nº do documento    | Espécie de docto. | Aceite                                                 | Data do processamento | Nosso Número                             |
| 26/05/2016                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 040078500151605267 | DJ                | S                                                      | 26/05/2016            | 804541605002885-4                        |
| Uso do Banco                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Carteira           | Moeda             | Quantidade                                             | Valor                 | (=) Valor do Documento                   |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SR                 | R\$               |                                                        |                       | 3.245,00                                 |
| Intruições (Texto de Responsabilidade do Cedente):<br><br>GUIA DE DEPÓSITO JUDICIAL VIA BOLETO DE COBRANÇA<br>PROCESSO: 00080113220118060182 N° GUIA: 1<br>CONTA: 0785 040 01502745-5 IDENTIFICADOR DO DEPÓSITO - ID: 040078500151605267<br>JURISDICIONADOS: Marcos Antonio da Silva / Centauro Vida e Previdencia S/A |                    |                   |                                                        |                       | (-) Desconto                             |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                   |                                                        |                       | (-) Outras Deduções/Abatimentos          |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                   |                                                        |                       | (+) Mora/Multa/Juros                     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                   |                                                        |                       | (+) Outros Acréscimos                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                    |                   |                                                        |                       | (=) Valor Cobrado                        |
| Sacado: CENTAURO VIDA E PREVIDENCIA S/A                                                                                                                                                                                                                                                                                |                    |                   |                                                        |                       | CPF/CNPJ: 42.516.278/0001-66<br>UF: CEP: |
| Sacador/Avalista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                    |                   |                                                        |                       | CPF/CNPJ:                                |



Autenticação - Ficha de Compensação

**AVALIAÇÃO MÉDICA  
PARA FINS DE VERIFICAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ PERMANENTE**  
(Art. 31º da Lei 11.945 de 4/6/2009 que altera a Lei 8.194 de 14/12/1974)

**Informações da Vítima**

Nome completo: Marcos Antônio da Silva  
CPF: 603.258.823-80  
Endereço completo: Distrito de Quatiguaba

4A  
CNIS

**Informações do acidente**

Local: Viçosa do Ceará  
Data do Acidente: 26.04.2011

**Concordância com a realização da avaliação médica**

Declaro que as informações da vítima e do acidente, acima indicadas, são verdadeiras e que compareci por livre e espontânea vontade, para realização da avaliação médica para fins de verificação do grau de invalidez permanente em razão do processo judicial nº 8011-32.2011, para pagamento de indenização DPVAT por invalidez permanente, do qual figura como autor e que tramita na Vara Única da Comarca de Viçosa do Ceará/CE.

Viçosa do Ceará, 20 de maio de 2016

+ Marcos Antônio da Silva:  
Assinatura da vítima

**Avaliação Médica**

I) Há lesão cuja etiologia (origem causal) seja exclusivamente decorrente de acidente pessoal com veículo automotor de via terrestre?

☒ Sim ☐ Não ☐ Prejudicado

Se prosseguir em caso de resposta afirmativa

II) Descrever o quadro clínico atual informando:

a) qual (quais) região(ões) corporal(is) encontra(m) se acometida(s):

Membro inferior direito (tornozelo D)

b) as alterações (distúrbios) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma.

Fratura de Moleto D; tratamento cirúrgico.

III) Há indicação de algum tratamento (em curso, prescrito, a ser prescrito), incluindo medidas de reabilitação?

☐ Sim ☒ Não

Se SIM, descreva a(s) medida(s) terapêutica(s) indicada(s)

IV) Segundo o exame médico legal, pode-se afirmar que o quadro clínico cursa com

a) ☐ disfunções apenas temporárias

b) ☒ dano anatômico e/ou funcional definitivo (sequelas)

Em caso de dano anatômico e/ou funcional definitivo informar as limitações físicas irreparáveis e definitivas presentes no patrimônio físico da vítima.

lesões articulares Joelho direito: Hipertrofia muscular  
tubo de UNO; Dor crônica; Déficit força em UNO

V) Em virtude da evolução da lesão e/ou de tratamento, faz-se necessário exame complementar?

☐ Sim, em que prazo:

☒ Não

Em caso de enquadramento na opção "a" do item IV ou de resposta afirmativa ao item V, favor NÃO preencher os demais campos abaixo assinalados

VI) Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s) e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s) corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação.

Segmento corporal acometido:

a) ☐ Total

(Dano anatômico ou funcional permanente que comprometa a íntegra do patrimônio físico e/ou mental da vítima).

b) ☒ Parcial

(Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas parte do patrimônio físico e/ou mental da vítima). Em se tratando de dano parcial informar se o dano é:

b.1 ☐ Parcial Completo (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa de forma global algum segmento corporal da vítima).

b.2 ☒ Parcial Incompleto (Dano anatômico e/ou funcional permanente que comprometa apenas em parte um (ou mais de um) segmento corporal da vítima).

b.2.1) Informar o grau da incapacidade definitiva da vítima, segundo o previsto na alínea II, § 1º do art. 3º da Lei 6.194/74 com redação introduzida pelo artigo 31 da Lei 11.945/2009, correlacionando o percentual ao seu respectivo dano, em cada segmento corporal acometido.

Segmento Anatômico

Marque aqui o percentual

1ª Lesão

membro inferior direito. ☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☒ 50% Média ☐ 75% Intensa

2ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

3ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

4ª Lesão

☐ 10% Residual ☐ 25% Leve ☐ 50% Média ☐ 75% Intensa

Observação: Havendo mais de quatro sequelas permanentes a serem quantificadas, especifique a respectiva graduação de acordo com os critérios ao lado apresentados:

Local e data da realização do exame médico:

Viçosa do Ceará, 20/05/2016

Assinatura do médico - CRM

Rosângela Albuquerque Carneiro  
Médica  
CRM 3612 - MS

Antônio de Sá  
Médico  
CRM 12.229

010.050.056.7

PARECER - ASSISTENTE TÉCNICO SEGURADORA LIDER-DPVAT

JUSTIFICATIVAS Empresa Médica:

CNIS

4c

VÍTIMA:

Faras Antonio de Jesus

PROCESSO:

8011322011

VARA:

PASTA:

JUSTIFICATIVA DE INDENIZAÇÃO COMPLEMENTAR:

Paciente sofreu fratura bimalar do maxilar direito com fratura da base do maxilar e fratura da base do maxilar direito. Hipótese muscular com dano do fôlego em 15% e de peso da mandíbula. 15% 50%

PREENCHER EM CASO DE DIVERGÊNCIA:

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

DATA:

20, 05, 2016

Roseany Albanice Carretoni  
Médica  
CRM 2612-MS

hauu

Assinatura- Nome do Médico Assistente Técnico - Carimbo com CRM



Prescrição: 0001

Data: 26/04/2011

Hora: 17:13

Convênio: SUS

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA

Setor: POSTO ENF 1

Prontuário: 105655/00

Quarto/Leitor: 105/00

CRM: 125

Data de Internação: 26/04/20

Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo S82 Frat da perna incl tornozelo

| Prescrição                                                    | Dosagem | Via  | Freq.   | Aproximadamente |
|---------------------------------------------------------------|---------|------|---------|-----------------|
| 01. DIETA GERAL BRANDA POS RECUPERAÇÃO ANESTESICA             |         |      |         | 10 BNM          |
| 02. SF0.9% 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS                          |         |      |         | SFO SFO         |
| 03. CEFALOTINA 1 G famp FAZER 2 GRAMAS EV DE 6 EM 6 HORAS     | SG/D    | E.V. | 06/06 H | 22/00 04:00     |
| 04. DIPIRONA 2 ML DILUIDO EM AD 8 ML EV LENTO DE 6 EM 6 HORAS |         |      |         | 22/00 04:00     |
| 05. TRAMADOL 50 MG VO DE 6 EM 6 HORAS SE DOR FORTE            |         |      |         | SIN             |
| 06. CONTROLE PERFUSÃO DISTAL                                  |         |      |         | ATENÇÃO         |
| 07. MANTER MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO CONTINUAMENTE      |         |      |         | ATENÇÃO         |
| 08. SINAIS VITAIS                                             |         |      |         | ATENÇÃO         |

9 fazer Rx no operatório

Evolução Clínica:

OPERADO REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA FRATURA TORNOZELO DIREITO

CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS

SOLICITO DEMAIS RX PARA REAVALIAÇÃO DO POLITRAUMA COMO TAMBÉM PARA DESCARTAR FRATURA LUXAÇÃO MAISONNEUVE

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

L. F. Fernando Panizza  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - CE 12525 - TESTE



Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA - 105655

Convênio: SUS

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

Idade: 21 Ano(s)

Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo

Leito: 105-0002

Data de Internação: 26/04/2011

Médico Responsável: LUIS FERNANDO PANIZZA

Resolução CFM 1.552/99: Art. 1º - A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH

Antibiótico(s) Solicitado(s)

CEFALOTINA 1 G

Dose Diária Dias Antibiótico(s) já usado(s) - última saída do item

8

2

Exames realizados nos últimos 30 dias (interno e externo)

Antibiogramas

Germe(s) identificado(s):

Justificativa para a Solicitação

nos operatorio fratura tornozelo com lesões importantes em pele

LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM 12525

so CCIH:

LUIS FERNANDO PANIZZA  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - RJ 12525



# HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

## Prescrição Médica

Página 001

27/04/2011 07:41

Prescrição: 0002

Data: 27/04/2011

Hora: 07:39

Convênio: SUS

Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo S82 Frat da perna incl tornozelo

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA

Setor: POSTO ENF 1

CI  
OK!

Prontuário: 105655/00

Quarto/Leito: 103/00

CRM: 125

Data de Internação: 26/04/2011

| Prescrição                                                    | Dosagem | Via  | Freq.   | Aprazamento                                  |
|---------------------------------------------------------------|---------|------|---------|----------------------------------------------|
| 01. DIETA GERAL                                               |         |      |         |                                              |
| 02. SF0,9% 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS                          |         |      |         |                                              |
| 03. CEFALOTINA 1 G famp FAZER 2 GRAMAS EV DE 6 EM 6 HORAS     | 8G/D    | E.V. | 06/06 H | <del>500</del> <del>500</del> <del>500</del> |
| 04. DAPIRONA 2 ML DILUIDO EM AD 8 ML EV LENTO DE 6 EM 6 HORAS |         |      |         | <del>10</del> <del>10</del> <del>22 09</del> |
| 05. TRAMADOL 50 MG VO DE 6 EM 6 HORAS SE DOR FORTE            |         |      |         | <del>10</del> <del>10</del> <del>22 09</del> |
| 06. CONTROLE PERFUSAO DISTAL                                  |         |      |         | SN                                           |
| 07. MANTER MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO CONTINUAMENTE      |         |      |         |                                              |
| 08. SINAIS VITAIS                                             |         |      |         | atenção<br>Rotina                            |

### Evolução Clínica:

1 POS OPERATORIO OSTEOSINTESE FRATURA DE TORNOZELO  
EF BEG BPP SEM DOR EXTENSÃO PASSIVA DE QUIRODACTILOS  
CD  
ANTIBIOTICOS  
ANALGESICOS

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525  
Luís Fernando Panizza  
CRM: 125601



PRONTUÁRIO REVISADO  
27/04/11

Fco. de Assis Menezes Costa  
Enfermeiro da CCIM Coren 144048  
Sociedade Beneficente São Camilo  
Hospital Maternidade Madalena Nunes

Prescrição Médica

Página 001

28/04/2011 07:50

Prescrição: 0003

Data: 26/04/2011

Hora: 07:49

Convênio: SUS

Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo S82 Frat da perna incl tornozelo

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA

Sector: POSTO ENF 1

Prontuário: 105855/000

Quarto/Leito: 103/000

CRM: 1252

Data de Internação: 26/04/2011

Prescrição

| 01. DIETA GERAL                                               | Dosagem | Via  | Freq.   | Aprazamento   |
|---------------------------------------------------------------|---------|------|---------|---------------|
| 02. SFC 0,9% 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS                        |         |      |         |               |
| 03. CEFALOTINA 1 G famp FAZER 2 GRAMAS EV DE 6 EM 6 HORAS     | 3G/D    | E.V. | 06/06 H | <del>15</del> |
| 04. DAPIRONA 2 ML DILUIDO EM AD 8 ML EV LENTO DE 6 EM 6 HORAS |         |      |         |               |
| 05. TRAMADOL 50 MG VO DE 6 EM 8 HORAS SE DOR FORTE            |         |      |         |               |
| 06. CONTROLE PERFUSAO DISTAL                                  |         |      |         |               |
| 07. MANTER MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO CONTINUAMENTE      |         |      |         |               |
| 08. SINAIS VITAIS                                             |         |      |         |               |
| 09. ALTA HOSPITALAR                                           |         |      |         |               |

*Apos curativo*

Evolução Clínica:

2 POS OPERATORIO OSTEOSINTESE FRATURA DE TORNOZELO  
EF BEG BPP  
CD  
ALTA HOSPITALAR

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM 112501



Impressão de Dados Clínicos

Prontuário: 105655  
Atendimento: 0002  
Dt. Atend.: 26/04/2011  
Convênio: SUS

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA D-E.  
Aposento: ENFERMARIA 270411  
Médico Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA  
Setor: POSTO ENF 1

Idade: 21 Ano(s)  
Q/Leito: 103-0001  
CRM: 12525

Diagnóstico: S82 Frac da perna incl tornozelo S82 Frac da perna incl tornozelo

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

ENFERMAGEM

EVOLUCAO ENFERMAGEM - 27/04/2011 04:10

1. 120/80MMHG T=36.0 CLIENTE EM REPOUSO NO LEITO AFEBRIL, SEM QUEIXAS DE ALGIAS NO MOMENTO, ORIENTADO VERBALIZA.  
MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SEGUE SOB CUIDADOS.

RESPONSÁVEL: TE: ULICLECIAS DE ARAUJO - COREN-CE 123456

OBS: OS PACIENTE DO DIA 26/04/11  
NÃO FORAM COLOCADOS NO  
SISTEMA motivo: falta no  
mesmo.

Grato

K107



**Impressão de Dados Clínicos**

|                                                                                |                                     |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Prontuário: 105655                                                             | Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA   | Idade: 21 Ano(s)                |
| Atendimento: 0002                                                              | Aposento: ENFERMARIA                | Q/Leito: 103-0001               |
| Dt. Atend.: 26/04/2011                                                         | Médico Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA | CRM: 12525                      |
| Convênio: SUS                                                                  | Setor: POSTO ENF 1                  | Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA |
| Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo S82 Frat da perna incl tornozelo |                                     |                                 |

**ENFERMAGEM**

EVOLUCAOENFERMAGEM - 27/04/2011 09:58

PA=110X70mmHg  
=36°C

PACIENTE ORIENTADO AFEBRIL EM REPOUSO NO LEITO FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES ACEITA DIETA SEM QUEIXAS DE ALGIAS NO  
MOMENTO SEGUE SOB CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

*Luciana*  
RESPONSÁVEL: TE: LUCIANA DE OLIVEIRA COSTA - COREN-CE 123456

EVOLUCAOENFERMAGEM - 27/04/2011 17:26

PA=130X80mmHg  
37,4°C

PACIENTE ORIENTADO AFEBRIL EM REPOUSO NO LEITO FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES ACEITA DIETA SEM QUEIXAS DE ALGIAS NO  
MOMENTO.

*Luciana*  
RESPONSÁVEL: TE: LUCIANA DE OLIVEIRA COSTA - COREN-CE 123456



**Impressão de Dados Clínicos**

Prontuário: 105655

Atendimento: 0002

Dt. Atend.: 26/04/2011

Convênio: SUS

Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo S82 Frat da perna incl tornozelo

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Aposento: ENFERMARIA

Médico Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA

Setor: POSTO ENF 1

Idade: 21 Ano(s)

Q/Leito: 103-0001

CRM: 12525

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

**ENFERMAGEM**

EVOLUCAOENFERMAGEM - 28/04/2011 05:24

PA=120x80mmHg  
TEM=37°C

PACIENTE ORIENTADO AFEBRIL EM REPOUSO NO LEITO FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES SEM QUEIXAS DE ALGIAS NO  
MOMENTO, MEDICADO SEGUE EM CUIDADO

RESPONSÁVEL: TE: MACIEL SILVA SANTOS - COREN-CE 445230



Onese • Protese • Materiali • Esperienze

CONFIDENTIAL 3231929 000011

Benjamin Franklin 1706-1790

12-000- Same. In. 100-100

Form FD-302a (Rev. 1-25-60)

COMUNICAÇÃO DE USO DE O.P.M.E. Nº 0885

Paciente: Walter Kratoch D.S. 19-1-50

DR (AT) : \* SUS ~~X~~ \* Particular : \* Comment :

Medico Responsavel \_\_\_\_\_

Procedimento Realizado: *US - testes de habilidade mental*

Date da Utilização do Material: 4/11/2011

OSHOW ASSOCIATES, INC.

## ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS UTILIZADOS NA CIRURGIA

**Ortopedia, Traumatologia**

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO  
CONFERE COM ORIGINAL  
23/8/51  
Arquivista

**Impressão de Dados Clínicos**

|                                                                                |                                     |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Prontuário: 105855                                                             | Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA   | Idade: 21 Ano(s)                |
| Atendimento: 0002                                                              | Aposento: ENFERMARIA                | Q/Leito: 103-00C                |
| Ot. Atend.: 28/04/2011                                                         | Médico Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA | CRM: 1252                       |
| Convênio: SUS                                                                  | Seton: POSTO ENF 1                  | Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA |
| Diagnóstico: S82 Frac da perna incl tornozelo S82 Frac da perna incl tornozelo |                                     |                                 |

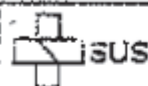
**ENFERMAGEM**

**EVOLUCAOENFERMAGEM - 28/04/2011 10:00**

Recebeu alta hospitalar com boa evolução do seu quadro clínico.

RESPONSÁVEL ENF: FRANCISCO DE ASSIS RIBEIRO COSTA - COREN-CE 144048





Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

4 - CNES

2 5 6 0 8 5 2

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Marcos Antonio da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

105659

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/01/90

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Benedita Maria da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Boqueirão do Augusto

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Uirapuru

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

66610000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Or 21/02/2012 - 10h - 11h  
Notas: febre. 38,5°C. Fator sang. 17 mm<sup>3</sup>.  
Boa perfusão periférica;  
Rx peria - fratura metacarpo medial  
- Semelhante ao fêmur. Integra

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura do crânio

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

A - C - E - F - R - X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura do crânio

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura do crânio

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408090570

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/04/11

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

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - CNPJ EMPRESA

38 - CNPJ EMPRESA

39 - Nº DO BILHETE

36 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPF

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

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

2311101727957



**SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES**

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá - CE  
Fone: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01  
www.saocamilotiangua.org.br

**FOLHA DE ANAMNESE**

Nome: marcos Antonio de Silva Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

| Idade | Sexo | Estado Civil | Naturalidade | Profissão | Procedência |
|-------|------|--------------|--------------|-----------|-------------|
|       |      |              |              |           |             |

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Definitivo: fratura tornozelo @ AP+L  
Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I - Histórico

Médico - Cremec

II - Exame Físico

III - Sumário - Impressões Diagnósticas - Sugestões

Acidente moto x feto  
CF dor das pernas  
+ Acidente fratura metatarsos medief  
de - Sem exames Radiografico  
naison neurol.

*[Handwritten signature]*



*Cirurgia / Traumat*  
**SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**

**HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES**

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá - CE - CEP: 62320-000

Fone: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01

www.saocamilotiangua.org.br

## AVISO DE ALTA

Data: 28 / 04 / 2013

Às: 00.00 horas

Nome: Marco Antonio da Silva Reg. Nº: 105655

Endereço: Sítio Baquiarão dos Augustos Município: Sicora

Clínica: Ortopedia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: fr. op. fêmur tornozelo D Médico: \_\_\_\_\_

Assinado pelo Médico: \_\_\_\_\_

ALTA POR: Cura ☐ Melhorado ☒ Obito ☐  
Transferência ☐ Evasão ☐ A Pedido ☐

Assinatura da Enfermeira Chefe: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente / Responsável: \* Benedito Rosseto da Silva



09



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE  
2 - CNES  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
Hospital e Maternidade Madalena Nunes  
4 - CNES  
2 5 6 0 8 5 2

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE  
Francisco Antonio da Silva  
6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
105659  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
8 - DATA DE NASCIMENTO  
08/01/90  
9 - SEXO  
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
Benedicta Maria da Silva  
11 - TELEFONE DE CONTATO  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
Sítio Pacaembu dos Anjos  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Luziânia  
14 - COD. IBGE MUNICÍPIO  
CE 6 2 0 0 0 0 0

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
O 26/04/2011 - 11h - 12h  
11h - 12h - 13h - 14h - 15h - 16h - 17h - 18h - 19h - 20h - 21h - 22h - 23h - 24h  
Boa aparência física, boa perfuração pupilar, reflexos - pontos medulares medulares  
- Semelhante a f. bulbo - íntegra  
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
Falta de condições

## PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
A - ... + e + f + R x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL  
Falta de condições  
21 - CID 10 PRINCIPAL  
22 - CID 10 SECUNDÁRIAS  
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

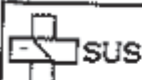
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO  
Falta de condições  
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO  
0408050570  
26 - CLÍNICA  
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CPF  
29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
26/04/11  
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - Nº DO BILHETE  
38 - SÉRIE  
39 - CNPJ EMPRESA  
40 - CNAE DA EMPRESA  
41 - CBOR  
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR  
45 - DOCUMENTO  
( ) CNS ( ) CPF  
46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO  
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
2311101727957  
Lutz Prado Pires Filho  
Auditor



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

4 - CNES

2 5 6 0 8 5 2

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Manoel Antonio da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

105655

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/01/90

9 - SEXO

Masculino

10 - FEM

3

11 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Benedita Maria da Silva

DDC

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Bequerim dos Augustos

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Licorá

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - Cód. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - Cód. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSA ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - Cód. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI, EIOU, DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - Cód. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO



39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

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

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

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

515 ✓

DADOS DO PACIENTE

Nome : MARCOS ANTONIO DA SILVA Prontuário: 105655/0002  
Data de Nascimento : 08/01/1990 Local : VICOSA DO CEARÁ Idade : 21 Ano(s)  
Sexo : Masculino Estado Civil : Solteiro(a) Cor : Branca  
CPF : 2099273008 País Nacido : Brasil  
Residência : STTO BOQUEIRAO DOS AUGUSTOS, SN ZONA RURAL CEP: 62300-000  
Município: VICOSA DO CEARÁ-CR  
Profissão : AGRICULTOR  
Fone Empresa: ( ) -  
Fone Resp. : ( ) -  
Responsável : MARCOS Conjuge:  
Endereço : BOQUEIRAO DOS AUGUSTOS, SN CAS  
Pai: BENEDITO BOAVENTURA DA SILVA  
Mãe: BENEDITA MARIA DA SILVA CPF do Responsável:  
Relação :

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora : 26/04/2011 11:50 Leito: 105-0002 Aposento: ENFERMARIA  
Clínica : TRAUMA-ORTOPEDIA Setor : POSTO ENF 1  
Convênio : SUS Matrícula:  
Observação :

Diagnóstico : Luis FERNANDO PEREIRA Dias: 0 Guia:  
Etiologia : S82 Frac da perna incl tornozelo CRM : 12525  
Evolução : S82 Frac da perna incl tornozelo  
Tratamento : CHARLIANE COSTA DE MOURA Sispre-natal :  
Procedimento SUS :

Data Saída : 28/04/11 Hora: 10:00 Condições de Saída: Curada

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Abaixo assinatura \_\_\_\_\_, pessoa  
responsável pelo doente \_\_\_\_\_, DA PLENA  
AUTORIZAÇÃO aos médicos do HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES,  
para o assistirem, para fazerem investigações necessárias ao diagnóstico para  
execução e tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições  
contidas no regulamento do estabelecimento.

3: O Hospital se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou  
acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

ANUA, 26 de abril de 2011.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Assinatura do responsável: CHARLIANE COSTA DE MOURA





# SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

## HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá - CE - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.1352  
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE

### FOLHA DE OPERAÇÃO

|                            |  |                          |  |                                   |  |
|----------------------------|--|--------------------------|--|-----------------------------------|--|
| PACIENTE                   |  | MARCOS ANTONIO DA SILVA  |  | Nº REG. 105655/2                  |  |
| DATA DA OPERAÇÃO           |  | 26/4/11                  |  | ENF.                              |  |
| OPERADOR                   |  | Dr. Lj                   |  | 1º AUXILIAR                       |  |
| 2º AUXILIAR                |  | 3º AUXILIAR              |  | INSTRUMENTADOR                    |  |
| ANESTESISTA                |  | Dr. Jorge Almeida Filho  |  | TIPO DE ANESTESIA Raqui anestesia |  |
| DIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO |  | CHREMEC 9650             |  | fratura torçoel                   |  |
| TIPO DE OPERAÇÃO           |  | Redução Aberta + fixação |  | Interna                           |  |
| DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO |  |                          |  |                                   |  |

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLOGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO



### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA  
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS

1) PC em D.D.H. sob Raqui anestesia  
2) Preparo Halitup  
3) Incisão em Hemiflora medial medial  
4) Visualização fratura Medial  
5) Redução e fixação com 2 parafusos  
6) 3,5 e parafusos  
7) Verificado IntenSidade do Anus Rx  
8) Verificado Ausência Emprimento  
9) Musculatura com parafusos para  
10) Verificação IntenSidade

Dr. Fernando Parizet  
Ortopedia e Traumatologia  
RM - CE 12345 - TERC.



# Sociedade Beneficente São Camilo

## Hospital e Maternidade Madalena Nunes

|                               |      |                        |               |             |           |          |                         |                             |
|-------------------------------|------|------------------------|---------------|-------------|-----------|----------|-------------------------|-----------------------------|
| NOME: MARCOS ANTONIO DA SILVA |      | PRONTUÁRIO Nº 105635/2 |               |             |           |          |                         |                             |
| CLÍNICA: oftalmologia         |      | CATEGORIA: SUS         | QT/ENF. LEITO |             |           |          |                         |                             |
| IDADE: 21                     | PESO | ALTURA                 | SEXO: M       | TEMP.       | PULSO: 84 | RESP: 12 | PR. ART. MX/MIN: 120x80 | DATA DA ANESTESIA: 26.04.11 |
| Tipo Sanguíneo                |      | Hemácias               | Hemoglobina   | Hematócrito | Glicemia  | Urdia    | Urdia                   |                             |

|                        |                         |
|------------------------|-------------------------|
| Ap. Respiratório       | 9                       |
| Ap. Circulatório       | 4/9                     |
| Ap. Digestivo          | 9                       |
| Ap. Urinário           |                         |
| Diagnóstico Pré-Op.    |                         |
| Anestésias Anteriores  | Risco                   |
| Medição Pré-Anestésica | 17.30 18.30 19.30 20.30 |

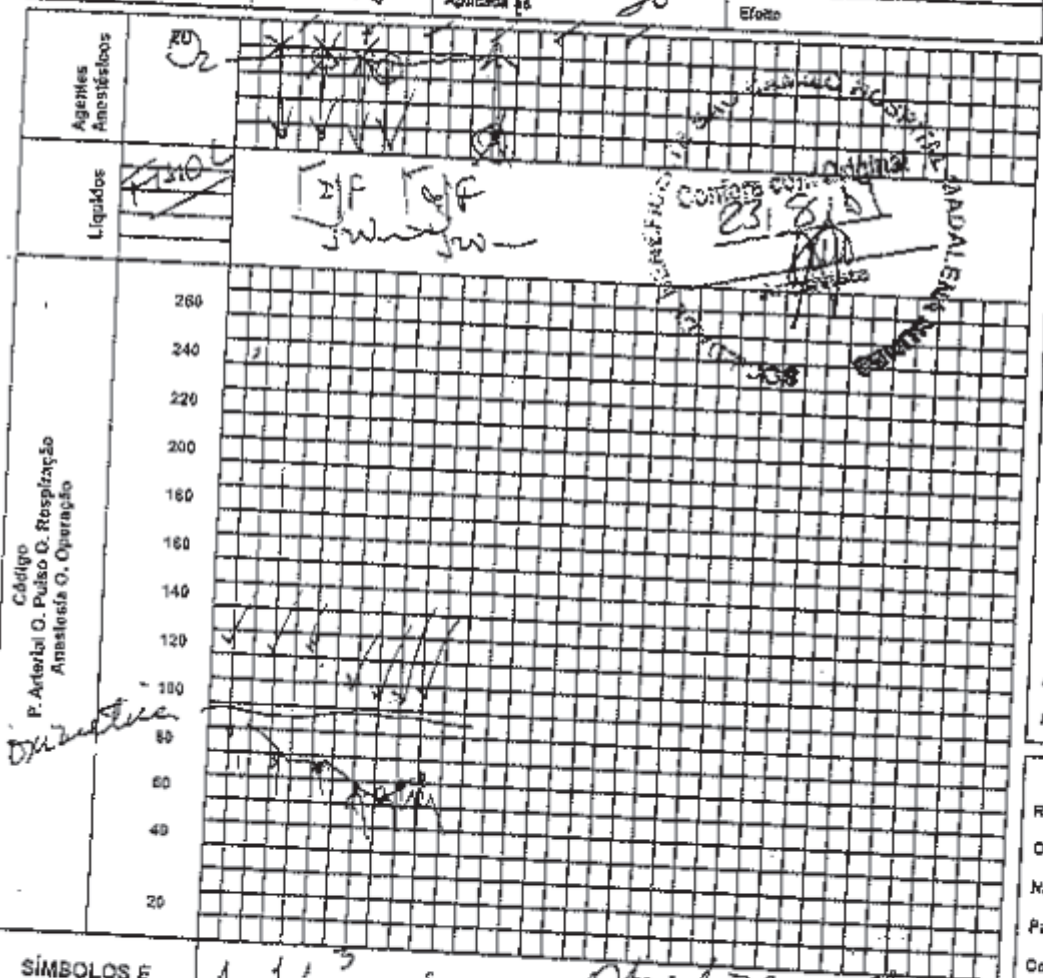
|               |               |
|---------------|---------------|
| Asma          | Bronquite     |
| ECG           |               |
| Alergia       |               |
| Estado Mental | lúcida        |
| Ataxias       |               |
| Contusões     |               |
| Hipertensões  | Outras Drogas |

|                |       |         |
|----------------|-------|---------|
| INDUÇÃO        |       |         |
| Satuf.         | Excl. | Tosse   |
| Laringoespasmo |       | Lenta   |
| Náuseas        |       | Vômitos |
| Outros         |       |         |

|                             |                                                                      |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| MANUTENÇÃO                  |                                                                      |
| 1 - neocaina 0.5% pesada    |                                                                      |
| 2 - O <sub>2</sub> - 2l/min |                                                                      |
| 3 - cefazolin - 1.0g        |                                                                      |
| 4 - fentanil - 50µg         |                                                                      |
| 5 - midazolam 10µg/kg       |                                                                      |
| Anestesia Satisfatória      | <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Não, porque?                |                                                                      |

|                       |                                                                      |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| DESPERTAR             |                                                                      |
| Reflexos na S. O.     |                                                                      |
| Oscr.                 | Co? Excl.                                                            |
| Náuseas               | Vômitos Outros                                                       |
| Para leito com Cânula | <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Condições             |                                                                      |

|                               |                      |
|-------------------------------|----------------------|
| Perdas Sanguíneas Aproximadas | ml                   |
| Volume Sanguíneo Reposto      | ml                   |
| TEMPO DE ANESTESIA            | 17.30 a 15.00 70 min |
| Dr. Jorge Almeida Filho       |                      |
| CRM 9659                      |                      |
| Anestesiologista              | CRM                  |



neocaina 0.5% pesada, fentanil, midazolam

Rachadura anestesia e sedação venosa

tratamento completo de fratura de maléolo medial direito

Dr. Luis



| Fios            |       |      |
|-----------------|-------|------|
| Nome            | Unid. | Qte. |
| Aciflex         | env.  |      |
| Algodão         | env.  |      |
| Catgut Cromado  | env.  |      |
| Catgut Cromado  | env.  |      |
| Catgut Suppiles | env.  |      |
| Catgut Simples  | env.  |      |
| Ethibond        | env.  |      |
| Ethibond        | env.  |      |
| Monoceryl       | env.  |      |
| Monoceryl       | env.  |      |
| Mononylon       | env.  |      |
| Mononylon       | env.  |      |
| Mononylon       | env.  |      |
| Mononylon 3-0   | env.  | 112  |
| Polycot         | env.  |      |
| Polycot         | env.  |      |
| Prolene         | env.  |      |
| Prolene         | env.  |      |
| Seda            | env.  |      |
| Seda            | env.  |      |
| Sicryl          | env.  |      |
| Sicryl          | env.  |      |

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO DO HOSPITAL

Compare com Original

23/8/2011

10/08/2011

SOCIEDADE DE MEDICINA

NUMERO

| Equipamentos             |       | Soluções              |       |
|--------------------------|-------|-----------------------|-------|
| Nome                     | Unid. | Nome                  | Unid. |
| Aparelho de Endoscopia   | hora  | Água Destilada        | Garf  |
| Atroscopia               | hora  | Água Oxigenada        | ml    |
| Bisturi Elétrico         | hora  | Alcool                | ml    |
| Filae                    |       | Asseptol              | ml    |
| Gás Carbônico (Co2)      | min.  | Clorhex               | ml    |
| Histeroscopia            | hora  | Contraste             | ml    |
| Intensificador de Imagem | hora  | Eter                  | ml    |
| Microscópio Cirúrgico    | hora  | Formol                | ml    |
| Videolaparoscopia        | min.  | Glutarol              | ml    |
|                          |       | Povidine Degermanite  | ml    |
|                          |       | Povidine Tópico       | ml    |
|                          |       | Sorapex               | ml    |
|                          |       | Soro Fisiológico 0,9% | 250ml |



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polígono Direito

*Marcos Antonio da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007271300 - 8

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/03/2009

NOME MARCOS ANTONIO DA SILVA

FILIAÇÃO BENEDITO BOAVENTURA DA SILVA

BENEDITA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE VIÇOSA DO CEARÁ - CE

DATA DE NASCIMENTO 08/01/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: V. QUATIGUABA TERMO: 3106 FOLHA: 277V

LIVRO: A-03 VIÇOSA DO CEARÁ - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 05/06/03

P.: 14

Receita Federal

**CPF**

603.258.823-80

MARCOS ANTONIO DA SILVA

Nascimento 08/01/1990

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

06/27/2005

**CORREIOS**

www.correios.com.br

**Poder Judiciário**  
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

**@-SAJ Portal de Serviços**

CADXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

**Identificar-se**

> Bem-vindo > Consultas > Processos de 1º Grau

MENU

## Processos de 1º Grau

### Orientações

- Processos distribuídos no mesmo dia podem ser localizados se buscados pelo número do processo, com o seu foro selecionado.
- Dúvidas? Clique aqui para mais informações sobre como pesquisar.
- Processos baixados, em segredo de justiça ou distribuídos no mesmo dia serão apresentados somente na pesquisa pelo número do processo.

### Dados para pesquisa

|                            |                                                                         |
|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| <b>Foro</b>                | Viçosa do Ceará                                                         |
| <b>Pesquisar por:</b>      | Número do Processo                                                      |
|                            | <input checked="" type="radio"/> Unificado <input type="radio"/> Outros |
| <b>Número do Processo:</b> | 0008011-32.2011 8.06 0182                                               |

### Dados do processo

**Processo:** 0008011-32.2011.8.06.0182 **Arquivado definitivamente**

**Classe:** Procedimento Comum  
Área: Cível

**Assunto:** Seguro

**Local Físico:** 14/02/2012 00:00 - Local de Conversão - Encaminhado Automaticamente Após Distribuição/Redistribuição do Processo para VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ 160919 - P ARQ VOL 3

**Distribuição:** 13/02/2012 às 12:48 - Encaminhamento  
Vara Única da Comarca de Viçosa do Ceará - Viçosa do Ceará

**Juiz:** Moisés Brisamar Freire

**Valor da ação:** R\$ 6.918,75

### Partes do processo

Advogada: Lorena Fernandes da Cunha

### Movimentações

Exibindo todas as movimentações. [»Listar somente as 5 últimas.](#)

| Data       | Movimento                                                                                                                                                             |
|------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 07/10/2016 | Arquivado Definitivamente<br>ARQUIVADO DEFINITIVAMENTE NÚMERO DE VOLUMES: 00 NÚMERO DE APENSOS: 00 CAIXA 471 800752 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ |
| 07/10/2016 | Juntada de documento<br>JUNTADA DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: CERTIDÃO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                            |
| 07/10/2016 | Expedição de documento<br>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO CERTIDÃO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                             |
| 07/10/2016 | Recebimento pelo Arquivo<br>RECEBIMENTO PELO ARQUIVO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                |
| 07/10/2016 | Remessa dos autos<br>REMESSA DOS AUTOS DESTINO: AO SETOR DE ARQUIVO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                 |
| 19/09/2016 | Baixa Definitiva<br>BAIXA DEFINITIVA - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                                |
| 19/09/2016 | Juntada de documento<br>JUNTADA DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: 2ª VIA DE ALVARÁ - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                    |
| 31/08/2016 | Juntada de documento<br>JUNTADA DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: OUTROS PETIÇÃO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                      |
| 11/07/2016 | Juntada de documento<br>JUNTADA DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: OUTROS COMPROVANTE DE DEPÓSITO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                      |
| 27/06/2016 | Certificação de Processo enquadrado em meta do CNJ<br>CERTIFICAÇÃO DE PROCESSO ENQUADRADO EM META DO CNJ - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ            |
| 17/06/2016 | Concluso ao juiz<br>CONCLUSO AO JUIZ TIPO DE CONCLUSÃO: DESPACHO/DECISÃO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                            |
| 15/06/2016 | Juntada de documento<br>JUNTADA DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: OUTROS PETIÇÃO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                      |

| <b>Data</b> | <b>Movimento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 14/06/2016  | Juntada de documento<br><i>JUNTADA DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: CERTIDÃO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                                    |
| 14/06/2016  | Transitado em julgado<br><i>TRANSITADO EM JULGADO DATA: 14/06/2016 PARA QUEM: PARA O PROCESSO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                  |
| 08/06/2016  | Julgado procedente o pedido<br><i>JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO JULGADA PROCEDENTE A AÇÃO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                          |
| 27/05/2016  | Juntada de documento<br><i>JUNTADA DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: OUTROS LAUDO PERICIAL - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                       |
| 27/05/2016  | Juntada de documento<br><i>JUNTADA DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: OUTROS TERMO DE AUDIÊNCIA. - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                  |
| 18/05/2016  | Audiência de conciliação realizada<br><i>AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO REALIZADA Resultado : CONCILIADO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                             |
| 18/05/2016  | Audiência de conciliação designada<br><i>AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA DATA DA AUDIENCIA: 18/05/2016 HORA DA AUDIENCIA: 17:41 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                             |
| 06/05/2016  | Despacho/decisão disponibilizado no diário da justiça eletrônico<br><i>DESPACHO/DECISÃO DISPONIBILIZADO NO DIÁRIO DA JUSTIÇA ELETRÔNICO DATA INICIAL DO PRAZO: 09/05/2016 DATA FINAL DO PRAZO: 16/05/2016 REALIZAÇÃO DO 1º MUTIRÃO DE AVALIAÇÃO MÉDICA E CONCILIAÇÕES - DPVAT - DIA 16/05/2016 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i> |
| 03/05/2016  | Despacho/decisão enviado para disponibilização no diário da justiça eletrônico<br><i>DESPACHO/DECISÃO ENVIADO PARA DISPONIBILIZAÇÃO NO DIÁRIO DA JUSTIÇA ELETRÔNICO exp 672 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                    |
| 03/05/2016  | Despacho/decisão enviado para disponibilização no diário da justiça eletrônico<br><i>DESPACHO/DECISÃO ENVIADO PARA DISPONIBILIZAÇÃO NO DIÁRIO DA JUSTIÇA ELETRÔNICO exp 672 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                    |
| 10/07/2015  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO AG PRAZO 5 730 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                               |
| 29/06/2015  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO MOV VOL 03 730 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                               |
| 24/06/2015  | Despacho/decisão enviado para disponibilização no diário da justiça eletrônico<br><i>DESPACHO/DECISÃO ENVIADO PARA DISPONIBILIZAÇÃO NO DIÁRIO DA JUSTIÇA ELETRÔNICO ag pub dj - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                  |
| 22/06/2015  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO EXP SIST VOL 01 730 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                          |
| 18/08/2014  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO DPVAT SEM LAUDO VOL 04 730 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                   |
| 17/07/2014  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO DPVAT SEM LAUDO VOL. 04 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                      |
| 06/05/2014  | Concluso ao juiz<br><i>CONCLUSO AO JUIZ TIPO DE CONCLUSÃO: DESPACHO/DECISÃO DPVAT - DESPACHO - VOL 5 - JE* 730 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                 |
| 23/09/2013  | Concluso ao juiz<br><i>CONCLUSO AO JUIZ TIPO DE CONCLUSÃO: DESPACHO/DECISÃO DPVAT VOL 5 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                        |
| 10/10/2012  | Concluso ao juiz<br><i>CONCLUSO AO JUIZ TIPO DE CONCLUSÃO: DESPACHO/DECISÃO DPVAT VOL 2 730 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                    |
| 10/10/2012  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO 801639-MOV V4 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                |
| 10/10/2012  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO MESA AURELIO,701564 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                          |
| 05/10/2012  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO AURICÉLIO/JUNTAR - JE - 725 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                  |
| 05/10/2012  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO MESA/FERNANDO/ASSINAR - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                        |
| 02/10/2012  | Audiência de conciliação realizada<br><i>AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO REALIZADA Resultado : NÃO CONCILIADO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                         |
| 17/09/2012  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO AG.AUD 730 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                   |
| 17/09/2012  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO MOV/VOL 5 730 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                |
| 11/09/2012  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO AG.AUD JE 730 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                                |
| 10/09/2012  | Expedição de documento<br><i>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO MOV VOL 06 - 081668 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ</i>                                                                                                                                                                                          |

| 25/05/2020 | Portal de Serviços e-SAJ                                                                                                                                                                                                         |
|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Data       | Movimento                                                                                                                                                                                                                        |
| 10/09/2012 | Mandado devolvido cumprido com finalidade atingida<br>MANDADO DEVOLVIDO CUMPRIDO COM FINALIDADE ATINGIDA - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                       |
| 29/08/2012 | Recebido o Mandado para Cumprimento<br>RECEBIDO O MANDADO PARA CUMPRIMENTO POR QUEM: OF.JUST 730 JUIZADO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                       |
| 24/08/2012 | Despacho/decisão disponibilizado no diário da justiça eletrônico<br>DESPACHO/DECISÃO DISPONIBILIZADO NO DIÁRIO DA JUSTIÇA ELETRÔNICO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                           |
| 24/08/2012 | Expedição de documento<br>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO AG OFICIAL DE JUSTIÇA REC. V1/701564 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                            |
| 24/08/2012 | Expedição de documento<br>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: CARTA DE CITAÇÃO MESA FERNANDO - 725 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                       |
| 24/08/2012 | Expedição de documento<br>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: MANDADO DE INTIMAÇÃO MESA FERNANDO - 725 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                   |
| 22/08/2012 | Despacho/decisão enviado para disponibilização no diário da justiça eletrônico<br>DESPACHO/DECISÃO ENVIADO PARA DISPONIBILIZAÇÃO NO DIÁRIO DA JUSTIÇA ELETRÔNICO MESA/PLENÁRIO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ |
| 16/08/2012 | Audiência de conciliação designada<br>AUDIÊNCIA DE CONCILIAÇÃO DESIGNADA DATA DA AUDIENCIA: 02/10/2012 HORA DA AUDIENCIA: 12:30 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                |
| 24/07/2012 | Expedição de documento<br>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO DESIGNAR AUDIÊNCIA JE /V2 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                       |
| 24/07/2012 | Expedição de documento<br>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO DESIGNAR AUDIÊNCIA /V2 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                          |
| 24/07/2012 | Expedição de documento<br>EXPEDIÇÃO DE DOCUMENTO TIPO DE DOCUMENTO: INFORMAÇÃO DESIGNAR AUDIÊNCIA JE - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                           |
| 21/05/2012 | Concluso ao juiz<br>CONCLUSO AO JUIZ TIPO DE CONCLUSÃO: DESPACHO/DECISÃO DPVAT VOL.1 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                                           |
| 14/03/2012 | Concluso ao juiz<br>CONCLUSO AO JUIZ TIPO DE CONCLUSÃO: DESPACHO/DECISÃO LOCALIZAÇÃO - DPVAT - VOLUME 03 - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                       |
| 05/03/2012 | Concluso ao juiz<br>CONCLUSO AO JUIZ TIPO DE CONCLUSÃO: DESPACHO/DECISÃO CONCLUSO DPVAT - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                                        |
| 16/02/2012 | Concluso ao juiz<br>CONCLUSO AO JUIZ TIPO DE CONCLUSÃO: DESPACHO/DECISÃO novos autuados - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                                        |
| 14/02/2012 | Autuação<br>AUTUAÇÃO DOCUMENTO ATUAL: PROCESSO - Local: VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                                                                                 |
| 13/02/2012 | Distribuição por encaminhamento<br>DISTRIBUIÇÃO POR ENCAMINHAMENTO - Sistema distribuiu automaticamente por Encaminhamento - Motivo: Competência Exclusiva - Local: DIVISAO DE PROTOCOLO DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ           |
| 13/02/2012 | Processo apto a ser distribuído<br>PROCESSO APTO A SER DISTRIBUÍDO - Local: DIVISAO DE PROTOCOLO DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                                                   |
| 13/02/2012 | Em classificação<br>EM CLASSIFICAÇÃO - Local: DIVISAO DE PROTOCOLO DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                                                                                 |
| 13/12/2011 | Protocolizada Petição<br>PROTOCOLIZADA PETIÇÃO - Local: DIVISAO DE PROTOCOLO DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                                                                       |

Petições diversas

Não há petições diversas vinculadas a este processo.

Incidentes, ações incidentais, recursos e execuções de sentenças

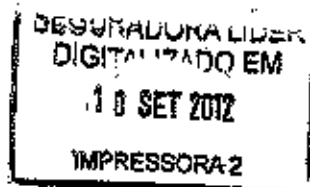
Não há incidentes, ações incidentais, recursos ou execuções de sentenças vinculados a este processo.

Apensos, Entranhados e Unificados

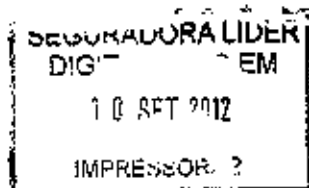
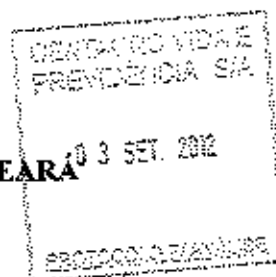
Não há processos apensados, entranhados e unificados a este processo.

Audiências

| Data       | Audiência   | Situação  | Qt. Pessoas |
|------------|-------------|-----------|-------------|
| 02/10/2012 | Conciliação | Realizada | 0           |
| 18/05/2016 | Conciliação | Realizada | 0           |



ESTADO DO CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
TRIBUNAL DE JUSTIÇA  
VARA ÚNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ  
(Juizado Especial)



CARTA CITACÃO - PELOS CORREIOS

Viçosa do Ceará, 24 de Agosto de 2012.

Prezado Senhor,

Em cumprimento ao que determinou O DOUTOR LUIZ AUGUSTO DE VASCONCELOS, MM. Juiz de Direito do Juizado Especial Cível e Criminal da Comarca de Tianguá/Ceará, ora respondendo por esta Comarca de Viçosa do Ceará, nos autos do processo infra caracterizado, fica Vossa Senhoria através desta CITADO do inteiro teor da Petição Inicial e documentos de fls. 02/41, cujas cópias seguem em anexo, desta fazendo parte integrante, ficando ainda Intimado(a) para que compareça à audiência de conciliação designada para o dia 02/10/2012, às 12:30 horas, a se realizar na sala das audiências do Fórum Francisco Caldas da Silveira, sito à Praça Destrino Carneiros Passos, s/nº - Viçosa do Ceará - CE, ocasião em que poderá oferecer, querendo, sua defesa. Cientifico ainda, que o não comparecimento ao ato audiencial designado, importará em serem consideradas verdadeiras as alegações iniciais e proferido julgamento de plano.

N.º DO PROCESSO

VALOR DA CAUSA

|                                                                                                                                                                                                                |                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 8011-32.2011.8.06.0182                                                                                                                                                                                         | Valor da Causa R\$ 6.918,75 |
| Espécie: Cobrança de Diferença de Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT                                                                                                                                      |                             |
| Parte Promoventes: MARCOS ANTÔNIO DA SILVA, brasileiro(a), solteiro(a), agricultor(a), CPF nº 603.258.823-80, residente e domiciliado(a) no Sítio Boqueirão dos Augustos - Zona Rural - Viçosa do Ceará/Ceará. |                             |
| Advogado(a) da Parte Promovente: Dra. Lorena Fernandes da Cunha, OAB - TO 4225, com escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16 - esquina com a Rua Maestro Quincas Bezerril - Centro - Tianguá - CE.    |                             |
| Promovido: CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A - por seu representante legal, localizado na rua Nilo Cairo, 171 - Centro - Curitiba/ Paraná, CEP: 80.060-050                                                       |                             |

Atenciosamente,

Francisco Antonio Fernando Frota Carneiro  
Diretor de Secretaria



Ao Senhor Representante Legal do(a)  
CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A - por seu representante legal, localizado na rua Nilo Cairo, 171 - Centro - Curitiba/ Paraná, CEP: 80.060-050

EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DO JUIZADO  
ESPECIAL DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ - CE. *2ª Via*

MARCOS ANTONIO DA SILVA, brasileiro, solteiro, agricultor, portador do RG nº 2007.271.300-8 SSP/CE e CPF nº 603.258.823-80, residente e domiciliado no Sítio Boqueirão dos Augustos, s/n, Zona Rural, no município de Viçosa do Ceará - CE, CEP: 62.300-000, por intermédio de sua advogada que esta subscreve, inscrita na OAB/CE nº 23.467-A, com escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá-CE, vem muito respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, propor

AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO  
DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA  
TERRESTRE - DPVAT, face a

CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA S/A (seguradora integrante do Convênio DPVAT), pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº 42.516.278/0001-66, com sede na Rua Nilo Cairo, nº 171, centro, CEP. 80.060-050, na cidade e comarca de Curitiba-Paraná, pelos motivos a seguir expostos:

I - DOS FATOS

O requerente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em 26/04/2011, conforme Boletim de Ocorrência nº 616/2011 registrado na Delegacia de Polícia Civil da cidade de Viçosa do Ceará - CE. Como

consequência do evento o requerente adquiriu uma debilidade permanente da função do Membro Inferior Direito e ainda resultou numa incapacidade para a função laborativa.

Diante de tal circunstância, tornou-se ele beneficiário da indenização por invalidez permanente prevista no art 3º, inciso II da Lei nº 6.194/74, que trata do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT. Ciente dessa condição, iniciou-se em 16 de setembro de 2011 procedimento administrativo para receber mencionada indenização, o que aconteceu, em parte, no dia 13 de outubro de 2011, quando se dirigiu ao Banco em que é correntista e efetuou saque no valor de R\$ 2.531,25 (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), que fora depositado em sua conta particular, conforme se depreende da correspondência enviada pela Seguradora Líder (em anexo).

Ocorre Excelência, que o valor pago não corresponde àquele previsto pela legislação reguladora do Seguro DPVAT, de tal modo que o beneficiário recebeu quantia inferior àquela que deveras tem direito, como demonstramos na sequência.

## II - DO DIREITO

### **a) A Indenização por invalidez permanente no seguro DPVAT**

O Seguro DPVAT tem como um de seus escopos, dentre outros, fornecer uma indenização em dinheiro àqueles que experimentam danos pessoais oriundos de acidente de trânsito. Aliás, essa cobertura por invalidez permanente está expressa no já citado art. 3º da Lei nº 6.194/74 em

consonância com a Tabela anexada a este dispositivo legislativo, inserido pela Lei nº 11.945.

Por seu turno, o art. 4º, § 3º do mesmo diploma nos indica a quem deve ser paga tal indenização:

Art. 4º [...]

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

A situação do requerente se subsume perfeitamente ao dispositivo supracitado, pois foi vítima de acidente automobilístico, sendo indiscutível, então, sua qualidade de beneficiário do seguro em comento.

Assim, fixado esse entendimento, resta agora determinarmos qual o correto valor a que tem direito.

É, uma vez mais, a Lei nº 6.194/74 que nos esclarece a esse respeito:

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

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

Cabe lembrar Excelência, que o valor da indenização a ser paga, deve também cumprimento à tabela legal, "hoje" já prevista em Lei, o que

anteriormente não se verificava. Portanto, apenas se requer o cumprimento da lei, determinando que sejam atendidas as disposições legais do instituto. Senão vejamos.

Ora Excelência, tamanha a gravidade das seqüelas que suporta o Requerente (Fratura de Tornozelo Direito) que se torna hilário o valor da indenização atribuída, uma vez que já verificada a irreversibilidade de sua saúde norma. Vale observar a Tabela abaixo, que determina o quantum a ser pago a título de invalidez.

ANEXO à Lei 6.194/74  
(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009)  
(Produção de efeitos)

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

| Danos Corporais Totais                                                                                                                                                                                                                         | Percentual da Perda |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico                                                                                                                                                                                                    |                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                                                                                                                           | 100                 |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                                                                                                                    |                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                                                                                                                          |                     |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                                                                                                                     |                     |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental                                                                                                                                                                          |                     |
| alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre                                                                                                                                                                       |                     |
| deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d)                                                                                                                                                                        |                     |
| comprometimento de função vital ou autonômica                                                                                                                                                                                                  |                     |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de |                     |

qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital

| Danos Corporais Segmentares (Parciais)                                                                 |                        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores                                              | Percentuais das Perdas |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos              | 70                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                   |                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                  | 50                     |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                       | 25                     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornózeλο                                        |                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                   | 10                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                 |                        |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais)                                                                 |                        |
| Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais                                                   | Percentuais das Perdas |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho | 50                     |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                        | 25                     |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baco                                                            | 10                     |

Ademais Douto Julgador, quantificar as seqüelas existentes, atribuindo a cada órgão ou membro um valor taxativo, é visivelmente um ato, no mínimo abstrato, uma vez que é impossível, no caso em tela, por exemplo, precisar que o requerente não sofreu lesão grave e irreparável em seu Membro Inferior Direito, que venha inclusive a comprometer toda a função de tal membro.

Resta patente, então, que a indenização por invalidez permanente no Seguro DPVAT corresponde a até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e considerando a aplicação de malfadada Tabela (acima

exposta) conclui-se ser o requerente merecedor de uma indenização de, no mínimo, R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinquenta reais), uma vez que, para tais seqüelas se atribui 70% (setenta por cento) do valor total, conforme se observa acima.

Insta salientar, que as seqüelas obtidas pela vítima do respectivo acidente de trânsito, caracterizando invalidez permanente, restam inequívocas, visto que já foram devidamente atestadas em laudo médico expedido para este fim, constatando incapacidade funcional permanente do Membro Inferior Direito, conforme laudo pericial traumatológico que muniu o procedimento administrativo inaugural desta pretensão e esta exordial. Tal incapacidade torna o requerente credor da quantia total indenizável, ao menos nos termos que determina a Lei vigente.

Importantíssimo atentar para o fato de que a inexistência de Auto de Exame de Corpo de Delito ou Laudo Pericial no processo não afasta o direito à complementação devida, já que é de comum entendimento jurisprudencial que o simples pagamento parcial da indenização, mediante procedimento administrativo, já é suficiente para a constatação de invalidez. Ora Excelência, se a própria seguradora efetuou indenização, incluindo o requerente no rol dos beneficiários e o indenizando nos termos do Art. 3º, II da Lei 6.194/74 (invalidez permanente) após realização de perícia médica pelo próprio convênio DPVAT, resta inequívoca a qualidade de inválido do requerente. Portanto, trata-se aqui apenas de matéria de direito onde deve ser analisada a legalidade do ato normativo quantificador do instituto DPVAT.

**"CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO  
INOMINADO. SEGURO (DPVAT). PRELIMINAR.  
CARÊNCIA DE AÇÃO. FALTA DE LAUDO E DE  
EXAME DE CORPO DE DELITO. INCOERÊNCIA. O**

**Laudo do Instituto Médico Legal não de faz imprescindível para a análise do caso em tela. (...) (Recurso Cível, Proc. Nº. 2007.0029.9881-3/1. 2ª Turma Recursal dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do Estado do Ceará, Rel. Mário Parente Teófilo Neto)"**

O requerente, como demonstra a correspondência enviada pela Seguradora Líder em anexo, recebeu no dia 13/10/2011, a importância de R\$ 2.531,25 (dois mil, quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos), obtida com a aplicação dos percentuais estabelecidos pela resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP), segundo demonstrativo da seguradora. Ora, esse cálculo apresenta duas impropriedades: a primeira, como vimos há pouco, é a utilização de percentual de tabela que não traz justiça alguma em seu escopo; a segunda é o fato de que, mesmo que admitíssemos a aplicação de referida tabela, aplicando assim o percentual de 70% (porcentagem prevista para este tipo de lesão), alcançaríamos o montante de R\$ 9.450,00 e não R\$ 2.531,25, como deveras se indenizou. Ou seja: sob todos os aspectos a indenização paga está incorreta.

**Tal entendimento ressalta o principal alicerce jurídico desta pretensão.**

**Logo, o valor que deveria ter sido pago era de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), nos termos do art. 3º, inciso II da Lei nº 6.194/74.**

O laudo pericial que instruiu o procedimento administrativo aponta sem titubeios que o requerente tornou-se portador, em razão do acidente automobilístico, de debilidade permanente da função laborativa e deformidade permanente, além do perigo de vida. Extraí-se ainda do Laudo Médico que o acidente resultou: Incapacidade Funcional Irreversível

7 

com Limitação Tornozelo Direito em 100%(cem por cento), tanto que a requerida o indenizou, embora em termos equivocados. Portanto, diante da gravidade da situação, a indenização a que faz jus é aquela correspondente ao máximo previsto na lei vigente ao tempo do acidente: R\$ 9.450,00 (nove mil quatrocentos e cinqüenta reais).

O quadro abaixo ilustra ainda mais o disparate da situação:

|                                                      |              |
|------------------------------------------------------|--------------|
| Valor legal (Art. 3º, II, Lei 6.194/74 - Anexo a Lei | R\$ 9.450,00 |
| Valor Pago pela requerida (R\$)                      | R\$ 2.531,25 |
| Diferença paga a menor (R\$)                         | R\$ 6.918,75 |

Vê-se, portanto, que o requerente recebeu quantia inferior àquela que legalmente lhe era devida. Essa postura constitui evidente afronta aos ditames normativos e não deve prosperar, mormente o entendimento jurisprudencial a pouco externado, de tal sorte que agora deve receber a diferença à época não paga.

Com isso torna-se notório seu direito de receber a importância de R\$ 6.918,75 (seis mil, novecentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos), correspondente à diferença que a requerida indevidamente deixou de lhe pagar.

É mister consignarmos, ainda, que essa importância é devida mesmo que o beneficiário tenha assinado recibo dando plena quitação à requerida, o que de fato não ocorreu. Essa postura é assente em nossos tribunais:

QUITACÃO. - A quitação é limitada ao valor recebido, não abrangendo o direito à complementação da indenização, cujo valor decorre de lei. (SÚMULA Nº 14.

Turmas Recursais dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do Estado do Rio Grande do Sul).

**Legitimidade Passiva:**

Qualquer companhia seguradora é parte legítima para figurar no pólo passivo de ações decorrentes de Seguro DPVAT. Esta assertiva é corroborada pela mais inteligente jurisprudência:

**CONSÓRCIO OBRIGATÓRIO.** - O consórcio obrigatório do seguro DPVAT institui solidariedade entre as seguradoras participantes, de modo que, independentemente de qual delas tenha liquidado administrativamente o sinistro, qualquer uma poderá ser demandada pela respectiva complementação de indenização, inocorrendo ilegitimidade passiva por esse motivo. (SÚMULA Nº 14. Turmas Recursais dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do Estado do Rio Grande do Sul).

A requerida, como companhia seguradora que é, tem total legitimidade para integrar a relação processual que agora se instaura. Como forma de corroborar ainda mais essa posição, basta citarmos que a análise da documentação acostada tem o condão de demonstrar que todo o trâmite administrativo foi por ela realizado.

**Da competência dos Juizados Especiais:**

Descabe cogitar incompetência dos Juizados para a análise do presente feito alegando complexidade da matéria, posto que inequívoca a qualidade de beneficiário do requerente. Pedimos, mais uma vez, licença para citar excerto de exemplar sentença prolatada pelo Douto Magistrado Hevilázio

Moreira Gadelha, titular do Juizado Especial Cível e Criminal da Comarca de Viçosa do Ceará-CE ao analisar a questão:

A Incompetência dos Juizados Especiais Cíveis, em matéria que necessite de prova pericial concernente ao seguro DPVAT, também deve ser rechaçada, quando nos autos já exista documentos que comprovem as seqüelas do acidente e a positividade da incapacidade da vítima. (Processo nº 9701/2007; Autor: Francisco Pereira de Sousa. Ré: Sul América Companhia Nacional de Seguros; Sentenciado em 15/07/2008).

"CÍVEL. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. COMPETÊNCIA DOS JUIZADOS ESPECIAIS CÍVEIS E CRIMINAIS. Não há necessidade de perícia técnica, posto que se trata de matéria de fato e de direito, cujos fatos já se encontram comprovados na existência da lesão permanente e o pagamento parcial no âmbito administrativo" (R. Civil, Proc. Nº. 2007.0029.5846-3/1, 1ª T. Recursal dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do Estado do Ceará. Rel. José Edmilson de Oliveira).

## 2.2 Documentos exigidos para o pagamento da indenização:

Para o recebimento da indenização por invalidez permanente prevista no Seguro DPVAT o requerente deverá apresentar documentos capazes de demonstrar o fato, o dano dele resultante e sua qualidade de beneficiário.

Essa a exigência do art. 5º, § 1º, letra "b", da Lei nº 6.194/74:

**Art. 5º** O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

**§ 1º** A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:

**b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente – no caso de danos pessoais;**

Além desses documentos, para a comprovação de invalidez permanente é exigida também a apresentação de laudo do Instituto Médico Legal da circunscrição do acidente, esta devidamente substituída pelo Laudo Pericial ou Médico realizado por médicos locais, comprovando as referidas seqüelas, visto que esta comarca não possui IML.

Vale salientar que, no decorrer do procedimento administrativo de pedido de indenização, o requerente sequer foi submetido à perícia médica como normalmente ocorre, realizada pela própria seguradora, que conclui ou não pela existência de invalidez e debilidade permanentes do requerente, no entanto, não o indenizando nos termos legais a que sua situação de fato lhe dá direito. Daí o entendimento de que o fato de ter a requerida indenizado o requerente já é fato suficiente para comprovação de invalidez permanente, pois se assim não fosse não teria o indenizado nos termos do Art. 3º, II da Lei 6.194/74, portanto não se faz imprescindível para a análise do caso em tela, conforme entendimento de nossas Turmas Recursais:

CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO INOMINADO. SEGURO (DPVAT). PRELIMINAR. CARÊNCIA DE AÇÃO. FALTA DE LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO. INOCORRÊNCIA. O laudo do Instituto Médico Legal não se faz imprescindível para a análise do caso em tela. (Recurso Cível. Proc. Nº 2007.0025.8621-3/1. 4ª Turma Recursal dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do estado do Ceará. Rel. Antônio Giovanni de Alencar).

Seguindo essa orientação o requerente instrui a exordial com o Boletim de Ocorrência registrado na Delegacia de Polícia Civil de Viçosa do Ceará - CE; com Laudo Médico Pericial expedido pelo Dr. Luiz Fernando Panizza - CRM: 12.525/CE; com documentos pessoais; e, é claro, com o comprovante de recebimento de valor inferior ao legal.

Contudo, durante o trâmite administrativo, outros documentos foram requisitados, como uma Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de sinistro DPVAT, uma certidão do órgão policial e comprovante de endereço.

## II - DOS PEDIDOS

Na vertente das considerações narradas, requer:

- a) a citação da requerida no endereço supracitado, por correspondência com AR, para, querendo, contestar o presente feito, sob pena de revelia;
- b) sua condenação ao pagamento da importância de R\$ 6.918,75 (seis mil, novecentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos), valor este referente à diferença que deixou de pagar ao requerente em decorrência da indenização por invalidez permanente, oriunda do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos

Automotores de Vias Terrestres - DPVAT, requerendo, ainda, atualização monetária até a data da efetiva quitação;

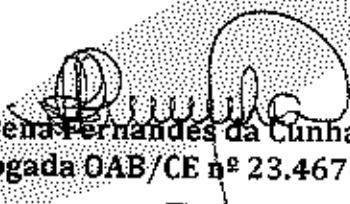
c) sua condenação ao pagamento de honorários advocatícios e custas processuais; e

d) a prova de todas as assertivas apresentadas por todos os meios em Direito admitidos.

Dá-se à causa o valor de R\$ 6.918,75 (seis mil, novecentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos).

Termos em que,  
Pede deferimento

Tianguá - CE, 01 de dezembro de 2011.



Lorena Fernandes da Cunha  
Advogada OAB/CE nº 23.467-A

## PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

Nome: Marcos Antonio da Silva  
nacionalidade brasileira, estado civil solteiro  
profissão Agricultor, RG nº 20072413008 SSP/      
CPF nº 603.258.823-30, residente e domiciliado(a) na  
rua Boqueirão dos Augustos, nº 13/91  
bairro zona rural, na cidade de Vicosa da Gramma.

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada, **Dr.ª LORENA FERNANDES DA CUNHA**, advogada regularmente inscrito na OAB/TO 4225, com escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tiangua – CE.

A quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad-judícia", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, ação ordinária, procedimento sumário, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, para o fim do disposto nos artigos nº.s 447 do Código de Processo Civil, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

Tiangua – CE, 01 de Dezembro de 2011.

Marcos Antonio da Silva  
OUTORGANTE

**Menu Principal**

Saiba Mais  
Cobertura  
Habilitação de Postagem  
Onde dar entrada  
Formulários  
Tire suas dúvidas  
Projeto Corretor  
Solicitar Envelopes

Voltar

**Processo**

Megadata: 2011/374108  
Processo: 340208  
Natureza: NVALIDEZ  
Data sinistro: 26/4/2011  
Nome: MARCOS ANTONIO DA SILVA  
Situação: Processo liberado o pagamento

**Beneficiários**

Nome  
MARCOS ANTONIO DA SILVA

**Históricos**

| Data/hora  | Situação                                    | Observações                                    |
|------------|---------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 15/8/2011  | Pré-Cadastro não analisado                  |                                                |
| 16/8/2011  | Pré-Cadastro com restrições                 | FAVOR ENVIAR FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO |
| 27/9/2011  | Pré-Cadastro analisado e aprovado (R)       |                                                |
| 28/9/2011  | Pré-Cadastro analisado e aprovado (L)       |                                                |
| 28/9/2011  | Proc enviado pr Seguradora Liger pr análise |                                                |
| 10/10/2011 | Processo liberado o pagamento               | Data crédito: 13/10/2011 - R\$ 2631,25         |

**Restrições**

| Descrição                                           | Situação  |
|-----------------------------------------------------|-----------|
| FICHA DE AUTORIZAÇÃO DE CREDITO NÃO FOI APRESENTADA | Resolvido |

Mais Informações

Virtual Informância para Seguros

# RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA: Marcelo Antonio da Silva NUMERO DO SINISTRO: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 26/04/2011 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 26/04/2011

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: Dr. J. S. P. Ramalho CRM: 12525 TEST: 12025

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE: Clínico Radiológico: Fratura torozelo direita, Diagnóstico (males do Medula Isolado) + Encefalopatia Andromeda. Compartimental

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS): 26/04/2011 cirurgia  
Osteossíntese fratura medula com fixação  
2 parafusos, 3/5 espongiosos. Internado até 28/04/2011

EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ☐ SIM ☒ NÃO

### COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- ☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.  
☒ A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

### GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

1º Limitação torozelo Direita 100% (doença congênita / Se primária)  
2º Roturada medula paravertebral  
3º \_\_\_\_\_  
4º \_\_\_\_\_  
5º \_\_\_\_\_

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 26/04/2011 a 26/08/2011 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.  
Ortopedia Trauma LOCAL: 26.08.2011 DATA: TEST 12025  
ASSINATURA E CARIMBO: [Assinatura]

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DA VITIMA: X Marcelo Antonio da Silva

# HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Gela de atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 100055

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA

RG: 20072713008

Pai: BENEDITO BOAVENTURA DA SILVA

Endereço: SÍTIO BOQUEIRAO DOS AUGUSTOS, SN

Setor: ZONA RURAL

Profissão: AGRICULTOR

Convênio: SUS

Cônjuge:

Endereço: SÍTIO BOQUEIRAO DOS AUGUSTOS, SN

Data Atendimento: 26/04/2011

Hora: 09:47

CID:

Médico: OLINTO LAGO JUNIOR

Tipo Atendimento: ENCAMINHADO P/CONSULTA

Transfêrencia:

Vitais: T (°C):

P (bpm):

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

*Queda no fêmur*  
*com fratura*

*fratura fêmur direita AP/H.*  
*fratura pé direito ro.*  
*fratura braço AP/H.*

*fratura móbiles - muleta*  
*e dor*

OLINTO LAGO JUNIOR - CRM: 10775

MATERIAIS E MEDICAMENTOS



*Volturen - 1mg - 100 (mexa alergia)*

*Seringa 10ml 01*

*agulha 25x07 01*

*diclofenaco ampola 01*

*atrodina de 100mg 10ml 03*

*1 - 20ml 02*

*1 - 20cm 03*

*Marcos Antonio da Silva*  
Assinatura Paciente/Responsável

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polígono Direto

*Marcos Antonio da Silva*

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007271300 - 8

DATA DE EXPEDIÇÃO 12/03/2009

NOME MARCOS ANTONIO DA SILVA

FILIAÇÃO BENEDITO BOAVENTURA DA SILVA

BENEDITA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE VIÇOSA DO CEARÁ - CE

DATA DE NASCIMENTO 08/01/1990

DOC. ORGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: V. QUATIGUABA TERMO: 3106 FOLHA: 277V

LIVRO: A-03 VIÇOSA DO CEARÁ - CE

CPF

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 25/06/63

P. 14

República Federal

**CPF**

603.258.823-80

MARCOS ANTONIO DA SILVA

06/27/2005

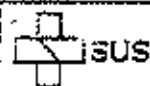
Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

06/27/2005

**CORREIOS**

www.correios.com.br



Sistema  
Único de  
Saúde

Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

4 - CNES

2 5 6 0 8 5 2

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Manoel Antonio da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

105659

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/01/90

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Benedita Maria da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

DDD

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Boqueirão do Augusto

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Uirapuru

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

666100000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

At 21/03/2010 - 10h  
Notas: febre. 38,5°C. Fator de risco 17 anos.  
Boa perfusão periférica.  
Rx perna - fratura malar mediana  
- Sindrôme de fíbula íntegra

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura da fíbula íntegra

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

A - ... + E - f + R x

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura da fíbula íntegra

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura da fíbula íntegra

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408090578

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/04/11

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

Dr. ...

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS ( ) CPP

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

2311101727957



**SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES**

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá - CE  
Fone: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01  
www.saocamilotiangua.org.br

**FOLHA DE ANAMNESE**

Nome: marcos Antonio de Silva Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

| Idade | Sexo | Estado Civil | Naturalidade | Profissão | Procedência |
|-------|------|--------------|--------------|-----------|-------------|
|       |      |              |              |           |             |

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Definitivo: fratura tornozelo @ AP+L  
Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I - Histórico

Médico - Cremec

II - Exame Físico

III - Sumário - Impressões Diagnósticas - Sugestões

Acidente moto x feto  
CF dor das pernas  
+ Achado fratura metatarsal mediana  
de - Sem lesões Radiográficas



*Cirurgia / Traumat*  
**SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**

**HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES**

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá - CE - CEP: 62320-000

Fone: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01

www.saocamilotiangua.org.br

## AVISO DE ALTA

Data: 23 / 04 / 23

Às: 00.00 horas

Nome: Marco Antonio da Silva Reg. Nº: 105655

Endereço: Sítio Bequirão dos Augustos Município: Sicora

Clínica: Ortopedia Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: fr. op. fêmur tornozelo D Médico: \_\_\_\_\_

Assinado pelo Médico: \_\_\_\_\_

ALTA POR: Cura ☐ Melhorado ☒ Obito ☐  
Transferência ☐ Evasão ☐ A Pedido ☐

Assinatura da Enfermeira Chefe: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente / Responsável: Benedito Assunção da Silva



09



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

4 - CNES

2 5 6 0 8 5 2

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Marcos Antonio da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

105659

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/01/90

9 - SEXO

Masculino

Feminino

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Benedicta Maria da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Pacatubá dos Anjos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Chicoa

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

CE 66200000

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

08/26/2003 - 11h30 - 14h30 - 17h30 - 20h30  
11h30 - 14h30 - 17h30 - 20h30  
Boa aparência geral,   
Reflexos - patentes, membros inferiores   
Isolados   
- Semelhante a fibrose, íntegra

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

fratura da crura

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

A - - - - - + e + f + R x

Confere com Original

23/8/03

Arquivado

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura da 1ª costela

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIA

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura da 1ª costela

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0408090570

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

26/04/11

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

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

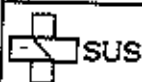
47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Luiz Inácio Pires Filho  
Auditor

2311101727957



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha 1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

4 - CNES

2 5 6 0 8 5 2

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Manoel Antonio da Silva

6 - N° DO PRONTUÁRIO

105655

7 - DATA DE NASCIMENTO

08/01/90

8 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Benedita Maria da Silva

10 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Boqueirão dos Augustos

11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Silveira

12 - COD. IBGE MUNICÍPIO

13 - UF

14 - CEP

17 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

19 - COD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

20 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

21 - COD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

22 - DIAGNÓSTICO INICIAL

23 - CID 10 PRINCIPAL

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSA ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

27 - COD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

28 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI, E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO I

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO II

☐ DIÁRIA DE UTI TIPO III

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

30 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

31 - QTD

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - COD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD

38 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO



39 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

PROFISSIONAL SOLICITANTE

40 - DOCUMENTO

41 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

43 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

45 - DOCUMENTO

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

( ) CNS ( ) CPF

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

515 C

DADOS DO PACIENTE

Nome : MARCOS ANTONIO DA SILVA Prontuário: 105655/0002  
Data de Nascimento : 08/01/1990 Local : VICOSA DO CEARÁ Idade : 21 Ano(s)  
Sexo : Masculino Estado Civil : Solteiro(a) Cor : Branca  
CPF : 20972713008 País Nacido : Brasil  
Residência : SÍTIO BOQUEIRAO DOS AUGUSTOS, SN ZONA RURAL CEP: 62300-000  
Município: VICOSA DO CEARÁ-CE  
Profissão : AGRICULTOR  
Fone Empresa: ( ) -  
Fone Resp. : ( ) -  
Responsável : MARCOS Conjuge:  
Endereço : BOQUEIRAO DOS AUGUSTOS, SN CAS  
Pai: BENEDITO BOAVENTURA DA SILVA  
Mãe: BENEDITA MARIA DA SILVA CPF do Responsável:  
Relação :

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora : 26/04/2011 11:50 Leito: 105-0002 Aposento: ENFERMARIA  
Clínica : TRAUMA-ORTOPEDIA Setor : POSTO ENF 1  
Convênio : SUS Matrícula:  
Observação :

Intubação : Dias: 0 Guia:  
Médico : LUIS FERNANDO PEREIRA CRM : 12525  
Principal : S82 Frac da perna incl tornozelo  
Secundária : S82 Frac da perna incl tornozelo  
Mecanismo : CHARLIANE COSTA DE MOURA Sisprenatal :  
Procedimento SUS :  
Data Saída : 28/04/11 Hora: 10:00 Condições de Saída: Euvada

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Abaixo assinatura \_\_\_\_\_, pessoa  
responsável pelo doente \_\_\_\_\_, DA PLENA  
AUTORIZAÇÃO aos médicos do HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES,  
para o assistirem, para fazerem investigações necessárias ao diagnóstico para  
execução e tratamento, comprometendo-se a respeitar todas as disposições  
contidas no regulamento do estabelecimento.

3: O Hospital se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou  
companheiros, quando guardados na Tesouraria.

ANUVA, 26 de abril de 2011.

Assinatura do paciente

Assinatura do responsável

Assinatura do responsável: CHARLIANE COSTA DE MOURA





# SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO

HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá - CE - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.1352  
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DE SAÚDE

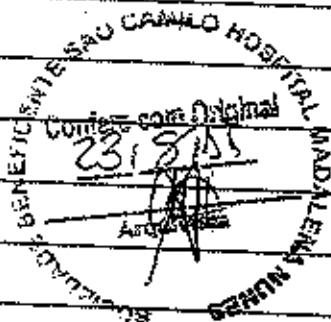
## FOLHA DE OPERAÇÃO

|                            |                                |      |                   |                 |          |
|----------------------------|--------------------------------|------|-------------------|-----------------|----------|
| PACIENTE                   | Marcelo Antonio da Silva       |      |                   | Nº REG.         | 105655/2 |
| DATA DA OPERAÇÃO           | 76/4/11                        | ENF. |                   | LEITO           |          |
| OPERADOR                   | Dr. L.                         |      | 1º AUXILIAR       |                 |          |
| 2º AUXILIAR                |                                |      | 3º AUXILIAR       |                 |          |
| ANESTESISTA                | Dr. Jorge Almeida Filho        |      | TIPO DE ANESTESIA | Razguianestesia |          |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | fratura torçoel                |      |                   |                 |          |
| TIPO DE OPERAÇÃO           | Reduz Alerte + fixação interna |      |                   |                 |          |
| DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO |                                |      |                   |                 |          |

RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

EXAME RADIOLOGICO NO ATO

ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO



## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÊC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA  
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS

1) PC em D.D.H. por Razguianestesia  
2) Preparo Halitup  
3) Incisão em Hemiflora medial medial  
4) Visualização fratura Medial  
5) Reduz e fixação com 2 parafusos  
6) 3,5 e parafusos  
7) Verificação Inten Sucesso O Arroz Rx  
8) Verificação Presença Em pontoamento  
9) Masculatura com parafusos para  
10) Verificação Inten Sucesso



# Sociedade Beneficente São Camilo

## Hospital e Maternidade Madalena Nunes

|                               |      |                        |               |             |           |          |                         |                             |
|-------------------------------|------|------------------------|---------------|-------------|-----------|----------|-------------------------|-----------------------------|
| NOME: MARCOS ANTONIO DA SILVA |      | PRONTUÁRIO Nº 105635/2 |               |             |           |          |                         |                             |
| CLÍNICA: ortopedia            |      | CATEGORIA: SUS         | QT/ENF. LEITO |             |           |          |                         |                             |
| IDADE: 21                     | PESO | ALTURA                 | SEXO: M       | TEMP.       | PULSO: 84 | RESP: 12 | PR. ART. MX/MIN: 120x80 | DATA DA ANESTESIA: 26-04-11 |
| Tipo Sanguíneo                |      | Hemácias               | Hemoglobina   | Hematócrito | Glicemia  | Ureia    | Urina                   |                             |

|                        |                  |               |              |        |         |
|------------------------|------------------|---------------|--------------|--------|---------|
| Ap. Respiratório       | Ap. Circulatório | Ap. Digestivo | Ap. Urinário | Dentes | Postoço |
| Diagnóstico Pré-Op.    |                  |               |              |        |         |
| Anestésias Anteriores  |                  |               |              |        |         |
| Medição Pré-Anestésica |                  |               |              |        |         |

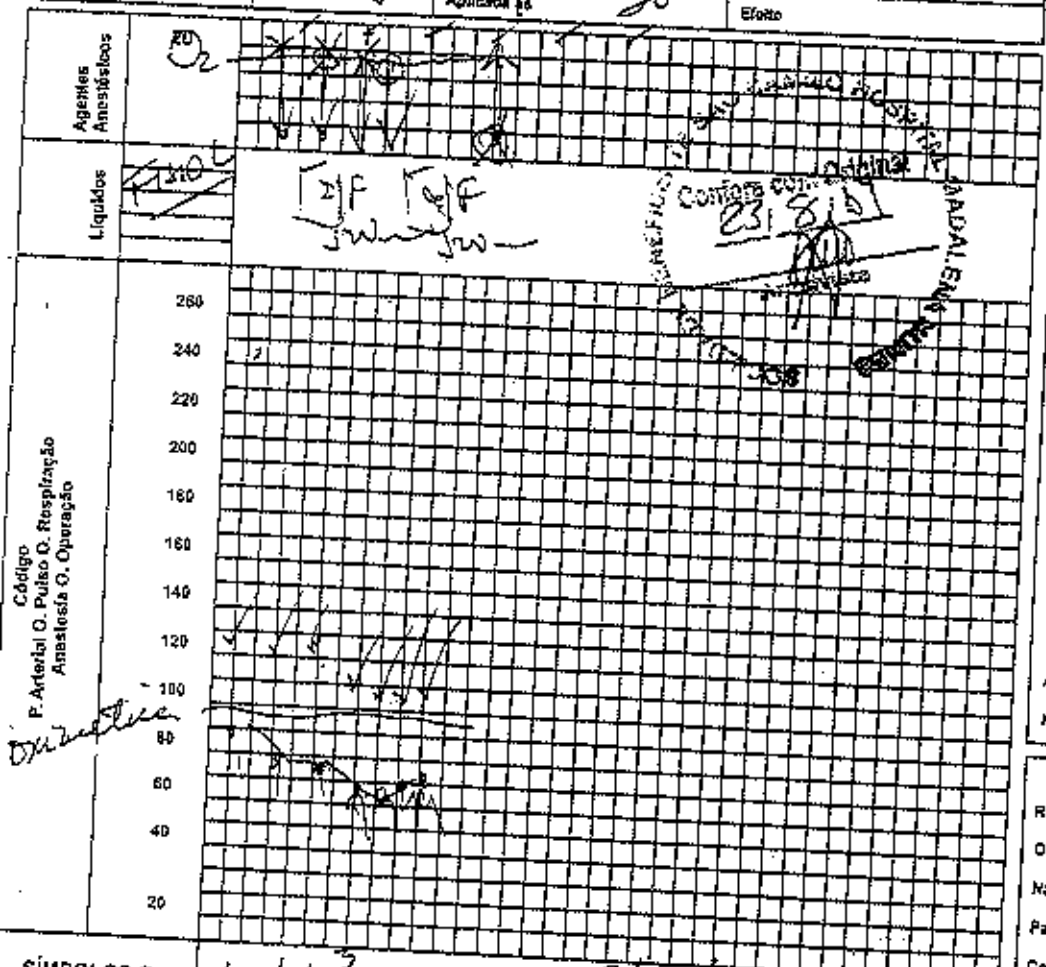
|                       |               |
|-----------------------|---------------|
| Asma                  | Bronquite     |
| ECG                   |               |
| Alergia               |               |
| Estado Mental: lúcida |               |
| Ataxicos              |               |
| Corticóides           |               |
| Hipotensores          | Outras Drogas |

|           |         |       |
|-----------|---------|-------|
| INDUÇÃO   |         |       |
| Satisf.   | Exclt.  | Tosse |
| Laríngeas | pauses  | Leito |
| Náuseas   | Vômitos |       |
| Outros    |         |       |

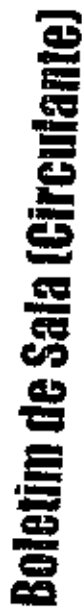
|                             |                                                                      |
|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| MANUTENÇÃO                  |                                                                      |
| 1- neocaina 0,5% pesada     |                                                                      |
| 2- O <sub>2</sub> - 2 l/min |                                                                      |
| 3- cefazolin - 1,0          |                                                                      |
| 4- fentanil - 50 µg         |                                                                      |
| 5- midazolam - 10 µg        |                                                                      |
| Anestésias Satisfatórias    | <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Não, porque?                |                                                                      |

|                       |                                                                      |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| DESPERTAR             |                                                                      |
| Reflexos na S. O.     |                                                                      |
| Osteo.                | Coel. Exclt.                                                         |
| Náuseas               | Vômitos Outros                                                       |
| Para leito com Cânula | <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| Condições             |                                                                      |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| Perdas Sanguíneas Aproximadas     | ml  |
| Volume Sanguíneo Reposado         | ml  |
| TEMPO DE ANESTESIA: 17:30 a 15:00 |     |
| Dr. Jorge Almeida Filho           |     |
| CRM 9659                          |     |
| Anestesiologista                  | CRM |



|                      |                                                          |
|----------------------|----------------------------------------------------------|
| SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES | 1 1 1 2 4 5                                              |
| OSIÇÃO               | supina                                                   |
| GENES                | neocaina 0,5% pesada, fentanil, midazolam                |
| CLÍNICA              | raquianestesia e sedação venosa                          |
| PERIÓDICO            | tratamento completo de fratura de maléolo medial direito |
| URGENTES             | Dr. Luis                                                 |
| TESTES/STAS          |                                                          |

Prontuário: 105655

| Nome                | Unid. | Qde. | Nome             | Unid. | Qde. |
|---------------------|-------|------|------------------|-------|------|
| dão Hidrófilo       | gr.   |      | Penicilina 3mg   |       | 01   |
| dão Otopélico       | und   |      | Penicilina 5mg   |       | 01   |
| un de Crepom 15 cm  | und   | 03   | Penicilina 10mg  |       | 02   |
| un de Crepom 20 cm  | und   | 03   | Agulha 25x08     |       | 03   |
| na Gessada          | und   |      | Agulha 25x07     |       | 02   |
| or Aberto de Urina  | und   |      | Agulha pinag. 25 |       | 03   |
| or Fechado de Urina | und   |      |                  |       |      |
| ressa Grande        | und   | 02   |                  |       |      |
| ressa Pequena       | und   |      |                  |       |      |
| unol's              | und   |      |                  |       |      |
| Aspiração / Vácuo   | und   |      |                  |       |      |
| de KHEIR#           | und   |      |                  |       |      |
| de PENROSE#         | und   |      |                  |       |      |
| Tórax               | und   |      |                  |       |      |
| diapno 10 cm        | cm    | 30   |                  |       |      |
| de Smarck           | und   |      |                  |       |      |
| 15 x 7,5 cm         | und   |      |                  |       |      |
| colchoada 15x30 cm  | und   |      |                  |       |      |
| il                  | gr.   |      |                  |       |      |
| Descartável         | und   | 06   |                  |       |      |
| x                   | und   |      |                  |       |      |
| de Bisturi 2x       | und   | 01   |                  |       |      |
| de Bisturi          | und   |      |                  |       |      |
| escart. 6,5         | par   |      |                  |       |      |
| escart. 7,0         | par   | 02   |                  |       |      |
| escart. 7,5         | par   | 03   |                  |       |      |
| escart. 8,0         | par   | 02   |                  |       |      |
| escart. 8,5         | par   | 01   |                  |       |      |
| Descartável         | und   | 05   |                  |       |      |
| re                  | cm    |      |                  |       |      |
| Descartável         | par   | 06   |                  |       |      |
| olley Vias#         | und   |      |                  |       |      |
| retal               | und   |      |                  |       |      |
|                     | fe    |      |                  |       |      |
| Vaginal             | und   |      |                  |       |      |
| Martex              | und   |      |                  |       |      |
| Esterilizada        | tubo  |      |                  |       |      |
| a Grelha            | gr.   |      |                  |       |      |

[illegible]

Circulante: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

| Equipamentos                     |       | Soluções              |             |
|----------------------------------|-------|-----------------------|-------------|
| Nome                             | Unid. | Nome                  | Unid.       |
| Aparelho de Endoscopia           | hora  | Água Destilada        | Garf        |
| Artroscopia                      | hora  | Água Oxigenada        | ml          |
| Bisturi Elétrico                 | hora  | Alcool                | ml          |
| Filme                            |       | Asseptol              | ml          |
| Gás Carbônico (Co <sub>2</sub> ) | min.  | Clobex                | ml          |
| Histeroscopia                    | hora  | Contraste             | ml          |
| Intensificador de Imagem         | hora  | Eter                  | ml          |
| Microscópio Cirúrgico            | hora  | Pomol                 | ml          |
| Videolaparoscopia                | min.  | Glutaron              | ml          |
|                                  |       | Povidine Degermante   | ml          |
|                                  |       | Povidine Tópico       | ml          |
|                                  |       | Sonapex               | ml          |
|                                  |       | Soro Fisiológico 0,9% | 250ml       |
|                                  |       | <b>SS</b>             | <b>80ml</b> |

[illegible]



**SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**  
**HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES**

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá - CE  
Fone: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01  
www.saocamilotiangua.org.br

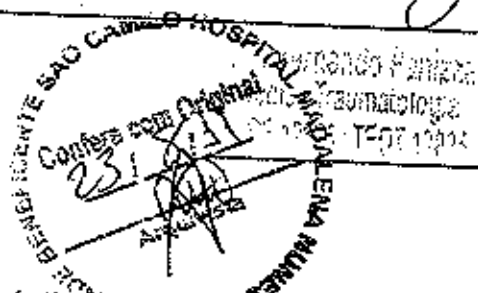
**FOLHA DE ANAMNESE**

Nome: Marcos Antonio de Silva Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

| Idade | Sexo | Estado Civil | Naturalidade | Profissão | Procedência |
|-------|------|--------------|--------------|-----------|-------------|
|       |      |              |              |           |             |

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico Definitivo: fratura tornozelo @ AP+L  
Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_  
I - Histórico  
II - Exame Físico  
III - Sumário - Impressões Diagnósticas - Sugestões



Acidente moto x Auto  
EF dor desproporcional  
Ex fratura metatarsal mediana  
de - Sem exames Radiográficos

Marcos Antonio de Silva  
Tratado  
Tratado



# HOSPITAL MATERNIDADE MADALENA NUNES

## Prescrição Médica

Página 001

26/04/2011 17:16

Prescrição: 0001

Data: 26/04/2011

Hora: 17:13

Convênio: SUS

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA

Setor: POSTO ENF 1

Prontuário: 105655/00

Quarto/Leito: 105/00

CRM: 125

Data de Internação: 26/04/20

Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo S82 Frat da perna incl tornozelo

| Prescrição                                                    | Dosagem | Via  | Freq.   | Apazamento  |
|---------------------------------------------------------------|---------|------|---------|-------------|
| 01. DIETA GERAL BRANDA POS RECUPERACAO ANESTESICA             |         |      |         | ① BMSWM     |
| 02. SF0.9% 500 ML EV DE 6 EM 8 HORAS                          |         |      |         | S/O S/O     |
| 03. CEFALOTINA 1 G famp FAZER 2 GRAMAS EV DE 6 EM 6 HORAS     | SG/D    | E.V. | 06/06 H | 22/00 04:00 |
| 04. DIPIRONA 2 ML DILUIDO EM AD 8 ML EV LENTO DE 6 EM 6 HORAS |         |      |         | 22/00 04:00 |
| 05. TRAMADOL 50 MG VO DE 6 EM 6 HORAS SE DOR FORTE            |         |      |         | S/N         |
| 06. CONTROLE PERFUSAO DISTAL                                  |         |      |         | ATENÇÃO     |
| 07. MANTER MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO CONTINUAMENTE      |         |      |         | ATENÇÃO     |
| 08. SINAIS VITAIS                                             |         |      |         | ATENÇÃO     |

9 fazer Rx pos operatório

### Evolução Clínica:

OPERADO REDUÇAO ABERTA E FIXACAO INTERNA FRATURA TORNOZELO DIREITO

CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS

SOLICITO DEMAIS RX PARA REAVALIACAO DO POLITRAUMA COMO TAMBEM PARA DESCARTAR FRATURA LUXACAO MAISONNEUVE

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

L. F. Fernando Panizza  
Ortopedia / Traumatologia  
CRM - CE 12525 - TESTE



Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA - 105655

Convênio: SUS

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

Idade: 21 Ano(s)

Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo

Leito: 105-0002

Data de Internação: 26/04/2011

Médico Responsável: LUIS FERNANDO PANIZZA

Resolução CFM 1.852/99: Art. 1º - A prescrição de antibióticos nas unidades hospitalares obedecerá às normas emanadas da CCIH

Antibiótico(s) Solicitado(s)

CEFALOTINA 1 G

Dose Diária Dias Antibiótico(s) já usado(s) - última saída do item

8

2

Exames realizados nos últimos 30 dias (interno e externo)

Antibiogramas

Germe(s) identificado(s):

Justificativa para a Solicitação

Os operatorio fratura tornozelo com lesões importantes em pele

LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM 12526

so CCIH:

LUIS FERNANDO PANIZZA  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM - RJ 12526-7



# HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Prescrição Médica

Página 001

27/04/2011 07:41

Prescrição: 0002

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Data: 27/04/2011

Aposento: ENFERMARIA

Hora: 07:39

Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA

Convênio: SUS

Setor: POSTO ENF 1

Prontuário: 105655/00

Quarto/Leito: 103/00

CRM: 125

Data de Internação: 26/04/20

Diagnóstico: S82 Fratura da perna incl tomazelo S82 Fratura da perna incl tomazelo

CI  
OK!

| Prescrição                                                    | Dosagem | Via  | Freq.   | Aprazamento                                     |
|---------------------------------------------------------------|---------|------|---------|-------------------------------------------------|
| 01. DIETA GERAL                                               |         |      |         |                                                 |
| 02. SF0,9% 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS                          |         |      |         |                                                 |
| 03. CEFALOTINA 1 G famp FAZER 2 GRAMAS EV DE 6 EM 6 HORAS     | 8G/D    | E.V. | 06/06 H | <del>5/00</del> <del>5/00</del> <del>5/00</del> |
| 04. DAPIRONA 2 ML DILUIDO EM AD 8 ML EV LENTO DE 6 EM 6 HORAS |         |      |         | <del>10</del> <del>10</del> <del>22 09</del>    |
| 05. TRAMADOL 50 MG VO DE 6 EM 6 HORAS SE DOR FORTE            |         |      |         | <del>10</del> <del>10</del> <del>22 09</del>    |
| 06. CONTROLE PERFUSAO DISTAL                                  |         |      |         | SN                                              |
| 07. MANTER MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO CONTINUAMENTE      |         |      |         |                                                 |
| 08. SINAIS VITAIS                                             |         |      |         | atenção<br>Rótula                               |

## Evolução Clínica:

1 POS OPERATORIO OSTEOSINTESE FRATURA DE TORNOZELO  
EF BEG BPP SEM DOR EXTENSAO PASSIVA DE QUIRODACTILOS  
CD  
ANTIBIOTICOS  
ANALGESICOS

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525  
Luis Fernando Panizza  
CRM: 125601



PRONTUÁRIO REVISADO  
27/04/11

Fco. de Assis Menezes Costa  
Enfermeiro da CCIH Coren 144048  
Sociedade Beneficente São Camilo  
Hospital Maternidade Madalena Nunes

28/04/2011 07:50

Prescrição: 0003

Data: 26/04/2011

Hora: 07:49

Convênio: SUS

Diagnóstico: S82 Frat da perna Incl tornozelo S82 Frat da perna Incl tornozelo

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA

Sector: POSTO ENF 1

Prontuário: 105855/000

Quarto/Leito: 103/000

CRM: 1252

Data de Internação: 26/04/2011

| Prescrição                                                    | Dosagem | Via  | Freq.   | Aprazamento   |
|---------------------------------------------------------------|---------|------|---------|---------------|
| 01. DIETA GERAL                                               |         |      |         |               |
| 02. SFC 0,9% 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS                        |         |      |         |               |
| 03. CEFALOTINA 1 G famp FAZER 2 GRAMAS EV DE 6 EM 6 HORAS     | 3G/10   | E.V. | 06/06 H | <del>15</del> |
| 04. DAPIRONA 2 ML DILUIDO EM AD 8 ML EV LENTO DE 6 EM 6 HORAS |         |      |         |               |
| 05. TRAMADOL 50 MG VO DE 6 EM 8 HORAS SE DOR FORTE            |         |      |         |               |
| 06. CONTROLE PERFUSAO DISTAL                                  |         |      |         |               |
| 07. MANTER MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO CONTINUAMENTE      |         |      |         |               |
| 08. SINAIS VITAIS                                             |         |      |         |               |
| 09. ALTA HOSPITALAR                                           |         |      |         |               |

*Apos curativo*

Evolução Clínica:

2 POS OPERATORIO OSTEOSINTESE FRATURA DE TORNOZELO  
EF BEG BPP  
CD  
ALTA HOSPITALAR

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM: 12522  
CRM: 112601



**Impressão de Dados Clínicos**

Prontuário: 105655  
Atendimento: 0002  
Dt. Atend.: 26/04/2011  
Convênio: SUS

Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA D-E.  
Aposento: ENFERMARIA 270411  
Médico Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA  
Setor: POSTO ENF 1

Idade: 21 Ano(s)  
Q/Leito: 103-0001  
CRM: 12525

Diagnóstico: S82 Frac da perna incl tornozelo S82 Frac da perna incl tornozelo

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

**ENFERMAGEM**

EVOLUCAOENFERMAGEM - 27/04/2011 04:10

1. 1. 6X70MMHG T=36.0 CLIENTE EM REPOUSO NO LEITO AFEBRIL, SEM QUEIXAS DE ALGIAS NO MOMENTO, ORIENTADO VERBALIZA,  
MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SEGUE SOB CUIDADOS.

RESPONSÁVEL: TE: ULICLECIAS DE ARAUJO - COREN-CE 123456

OBS: OS PACIENTE DO DIA 26/04/11  
NÃO FORAM COLOCADOS NO  
SISTEMA motivo: falta no  
mesmo.

Grato

K107



**Impressão de Dados Clínicos**

|                                                                                |                                     |                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|
| Prontuário: 105655                                                             | Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA   | Idade: 21 Ano(s)                |
| Atendimento: 0002                                                              | Aposento: ENFERMARIA                | Q/Leito: 103-0001               |
| Dt. Atend.: 26/04/2011                                                         | Médico Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA | CRM: 12525                      |
| Convênio: SUS                                                                  | Setor: POSTO ENF 1                  | Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA |
| Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo S82 Frat da perna incl tornozelo |                                     |                                 |

**ENFERMAGEM**

EVOLUCAOENFERMAGEM - 27/04/2011 09:58

PA=110X70mmHg  
=36°C

PACIENTE ORIENTADO AFEBRIL EM REPOUSO NO LEITO FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES ACEITA DIETA SEM QUEIXAS DE ALGIAS NO  
MOMENTO SEGUE SOB CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

*Luciana*  
RESPONSÁVEL: TE: LUCIANA DE OLIVEIRA COSTA - COREN-CE 123456

EVOLUCAOENFERMAGEM - 27/04/2011 17:25

PA=130X80mmHg  
37,4°C

PACIENTE ORIENTADO AFEBRIL EM REPOUSO NO LEITO FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES ACEITA DIETA SEM QUEIXAS DE ALGIAS NO  
MOMENTO.

*Luciana*  
RESPONSÁVEL: TE: LUCIANA DE OLIVEIRA COSTA - COREN-CE 123456



**Impressão de Dados Clínicos**

Prontuário: 105655 Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA Idade: 21 Ano(s)  
Atendimento: 0002 Aposento: ENFERMARIA Q/Leito: 103-0001  
Dt. Atend.: 26/04/2011 Médico Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA CRM: 12525  
Convênio: SUS Setor: POSTO ENF 1 Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA  
Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo S82 Frat da perna incl tornozelo

**ENFERMAGEM**

EVOLUCAOENFERMAGEM - 28/04/2011 05:24

PA=120X80mmHg  
TEMP=37°C

PACIENTE ORIENTADO AFEBRIL EM REPOUSO NO LEITO FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES SEM QUEIXAS DE ALGIAS NO  
MOMENTO, MEDICADO SEGUE EM CUIDADO

RESPONSÁVEL TE: MACIEL SILVA SANTOS - COREN-CE 445830



Onese - Protese - Meta - e - Extras

**Figure 1**

Paciente: Wanda L. Silva

PRIVAT( ) \* SUS ~~( )~~ \* Particular + = Convenio

Medico Response: \_\_\_\_\_

Procedimento Realizado: *Exame físico completo*

Data da Utilização do Material: 11/11/11

Oficina de Asesoría Médica

## ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS UTILIZADOS NA CIRURGIA

~~Ortopedia, frenata e  
CRM. Per il 2012~~

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO  
BENEFICENTE SAC CANAL 6 HOSPITAL MADALENA NUNES

Compare com Original  
23/8/11  
Arquivista

**Impressão de Dados Clínicos**

|                                                                                |                                     |                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|
| Prontuário: 105855                                                             | Paciente: MARCOS ANTONIO DA SILVA   | Idade: 21 Ano()                |
| Atendimento: 0002                                                              | Aposento: ENFERMARIA                | Q/Leito: 103-00C               |
| Ot. Atend.: 26/04/2011                                                         | Médico Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA | CRM: 1252                      |
| Convênio: SUS                                                                  | Sefor: FOSTO ENF 1                  | Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDI |
| Diagnóstico: S82 Frat da perna incl tornozelo S82 Frat da perna incl tornozelo |                                     |                                |

**ENFERMAGEM**

**EVOLUCAOENFERMAGEM - 28/04/2011 10:00**

Recebeu alta hospitalar com boa evolução do seu quadro clínico.

RESPONSÁVEL ENF: FRANCISCO DE ASSIS MENEZES COSTA - COREN-CE 144048





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 616 /2011

Data Registro: 06/05/2011

Data Ocorrência: 26/04/2011

Hora da Ocorrência: 08:57min

NOME: MARCOS ANTONIO DA SILVA

DATA NASC: 08/01/1990

RG: 2007271300 SSP CE

FILIAÇÃO: BENEDITO BOA AVENTURA DA SILVA BENEDITA MARIA DA SILVA

ENDEREÇO: SÍTIO BOQUEIRÃO DOS AUGUSTO, VIÇOSA DO CEARÁ-CE

PONTO DE REFERÊNCIA: PRÓXIMO AO DEMÉTRIO

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: DELITUOSA

LOCAL DA OCORRÊNCIA: NA SAÍDA DO DISTRITO DO QUATIGUABA, VIÇOSA DO CEARÁ-CE

TEL: SEM TELEFONE

HISTÓRICO: A VITIMA afirma que vinha por volta das 08:57min do dia 26 de abril de 2011, do distrito de Quatiguaba, em sua MOTOCICLETA HONDA/CG 125 FAN KS, COR PRETA, PLACA NYA 3103, ANO E MODELO 2010/2010, CHASSI 9C2JC4110AR632813, de propriedade de MARIA DO SOCORRO S. FIGUEIRA, que este ao perder o controle da motocicleta que o conduzia, caiu ao chão ficando o declarante com lesões corporais conforme o procedimento médico (doc. em anexo). Que nada mais disse, nem lhe foi perguntando, dando-se este termo por encerrado /////

É CRIME:

Art.299. Omitir, em documentos público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa do que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Antônio Freire Lima Filho  
Escrivão de polícia  
MF: 198.199-14

RESP. PELA INFORMAÇÃO: x Marcos Antonio da Silva:

VISTO DO DELEGADO(A): \_\_\_\_\_



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE  
FONE: (88) 3652.1118

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



Registro:

Paciente: Marco Antonio da Silva

Nº Prontuário:

Sexo: M

DN: 08/01/190

Nome da Mãe: Benedito Maria da Silva

Estado Civil:

Endereço: Rua Augusto

Nome do Pai: Benedito Boaventura da Silva

Data / Hora do atendimento: 26/04/11

Município: Viçosa do Ceará

Profissão: Agricultor

08:57 Horas

Documento: 700 7271300-8

Religião:

a 13.03.09

Assinatura do Paciente ou Responsável

Sinais Vitais:

PA  x  MM Hg FR  Inc/min FC  Bat/min Temp  °C, Peso:

Queixa Principal:

HDA: Paciente com dor abdominal tipo cólica  
na região da pelve esquerda, iniciando há alguns dias  
depois de uma alimentação inadequada, com o uso de  
medicamentos e alimentos gordurosos.

Exame Físico:



A presente fotocópia confere com o original. O referido é verdade e dou fé.

Viçosa do Ceará - CE

04 MAIO 2011

Luciana Fontenele Magalhães Pacheco - Tabeliã  
☐ Luciana Fontenele Magalhães - Substituta  
☐ Luciana Fontenele Magalhães - Substituta

Hipótese Diagnóstica

Diagnóstico Definitivo

D.:

Assinatura e Carimbo

SECRETARIA DE SAÚDE  
VIÇOSA DO CEARÁ

GRATICA TAVARES (58) 3654.1314 - JUAZARA - CE / PWC322

- Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará - HMMVC - Prescrição Médica  
Enfermagem - Consumo de Material

[illegible][illegible]

### Controle de Exames Solicitados

Controle de Exames Solicitados

Destino:

☐ Alta    ☐ À Pedido    ☐ Decisão Médica    ☐ Transferência para: \_\_\_\_\_  
☐ Óbito    ☐ IML    Atestado de Óbito, Data e Hora de Ocorrência: \_\_\_\_\_

Assinatura e Carimbo do Médico