

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FELIPE MARTINS FERREIRA, Brasileiro,
solteiro, vendedor autônomo desempregado. Portador do RG
2007295-1758 SSP-CE e CPF 059.526.883-81. Residente
e domiciliado na Rua Prof. Amâncio Sobrinho, nº 17, bairro
Misericórdia em Crato-CE.

OUTORGADOS:

LUÍS VALTERLÊ SILVA, brasileiro, viúvo, Advogado, OAB/CE 8.077;
DANTHE RENIER DE SOUSA SILVA, brasileiro, casado, advogado, OAB/CE 20.896;
DEBORA COSTA SILVA, brasileira, solteira, Estagiária (Acadêmica de Direito), CPF/MF 010.905.403-29;
RODRIGO COSTA SILVA, brasileiro, solteiro, Estagiário (Acadêmico de Direito), CPF/MF 010.900.723-92, todos com escritório na Av. Castelo Branco, nº 3282, 1º andar, Novo Juazeiro, em Juazeiro do Norte/CE, fone-fax (088) 3587-2317, **onde recebem intimações.******

PODERES GERAIS:

Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para propor ação judicial em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT LTDA**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS

A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, **os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015 (Novo CPC).**

PODERES ESPECIAIS

Este instrumento tem como finalidade exclusiva a deflagração da competente **AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT (DIFERENÇA SEGURO DPVAT).**

Juazeiro do Norte/CE, 01 de Outubro de 2019.

• Felipe Martins Ferreira

DECLARAÇÃO

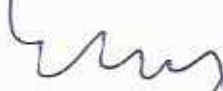
Eu, FELIPE MARTINS FERREIRA, Brasileiro, solteiro,
vendedor autônomo desempregado, portador do RG 2007
2951758 -CE e CPF 059.526.883-81. Residente e
domiciliado na Rua Prof. Amorim Sobrinho nº 17,
bairro Mibezicônia em Crato - CE.

_____, abaixo assinado, declaro nos termos da Lei nº 7115 de 29 de Agosto de 1.983, que dispõe sobre prova documental, c/c art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015, inclusive para fazer prova junto a Justiça Gratuita, que sou pobre e não posso custear com processo na Justiça, pelo que assumo inteira responsabilidade por esta declaração e nomeio como meus advogados dativos os Doutores LUIS VALTERLE SILVA, brasileiro, viúvo, advogado, OAB/CE nº 8.077 e DANTHE RENIER DE SOUSA SILVA, brasileiro, casado, advogado, OAB/CE nº 20896, ambos com escritório à Av. Castelo Branco, nº 3282, 1º Andar, Novo Juazeiro, Centro, em Juazeiro do Norte/CE, tendo os mesmos aceitado o encargo, conforme seus cientes abaixo.

Juazeiro do Norte/CE, 01 de Setembro de 2019.

 Felipe Martins Ferreira

Ciente de acordo



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1497344210 							
NOME FELIPE MARTINS FERREIRA DOC. EXIBIDAÇÃO / OBS. EMISSOR 20072951758 SP SP							
CPF 059.526.883-81 DATA NASCIMENTO 14/08/1994							
RELAÇÃO MARCONIO SEBASTIAO FERREIRA ROSENEIDE MARTINS							
PERMISSÃO ACC CITIVA							
Nº IDENTIFIC 05783536396 VALIDADE 21/03/2023 1ª EMISSÃO 20/05/2013							
CONDIÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;							
<i>Felipe Martins Ferreira</i> ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL CRAZO, CE DATA EMISSÃO 23/03/2018							
<i>[Assinatura]</i> ASSINATURA DO EMISSOR 29556881804 CE164276319							
CEARÁ							

Nº DO CLIENTE
9674745
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CUF 98.705.648-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 570222543

Rota 10 11000 03 068200 - 6 Data de Emissão 15/04/2019

Nome MARCONTO SEBASTIAO FERREIRA

End. Postal RU PRO AMORIM SOBRIERA 00017 MISERICORDIA - CRATO - 63100000

Medidor 6182248 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 163194908-02 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Abr/2019	15/04/2019	15/05/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda reverso desta conta.

Conjunta Fev/2019 EUSO 17,95

Mês DICRI = 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
51,40	27,68%	13,87

Padrão Individual			Apuração Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
5,19	16,38	20,77	0,00	0,00	0,00
DIC	3,23	6,47	12,93	0,00	0,00
DMIC	2,94				

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
 2056.4F22.3635.FEF2.4140.B429.5B46.3603

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
21958	21679	1,00	71	8,00	0,72297	51,40
15/04/19	16/03/19	90 dias	71			51,40

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	51,40
MULTA MORATORIA REF 03/2019	1,02
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,51
JUROS DO MES	1,16
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,37

VENCIMENTO 23/04/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 56,46

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,12
Transmissão	2,84
Distribuição	10,90
Encargos Setoriais	2,52
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	16,42
TOTAL	51,40

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

69	71	72	75	74	80	72	64	51	0	0	0
FEV	ABR	MAI	FEV	JAN	DEZ	NOV	AGO	AGO	AGO	AGO	AGO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido 27,72 Compensado 0,00 Consciência Ecológica (tCO₂)

CONTAS EM ATRASO

PREVIO Aviso

DEBITOS ANTERIORES

Des. Ant. Valor R\$

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LUIS VALTERLE SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/11/2019 às 17:45, sob o número 00089949220198060071. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0008994-92.2019.8.06.0071 e código 57D1DE5.



(1)

Buscar no site

A. COMPANHIA

SEGURO DPVAT

PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento)

CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS

SALA DE IMPRENSA

TRABALHE CONOSCO

CONTATO

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Novos Resultados

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados para a Seguradora Líder-DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190396952 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FELIPE MARTINS FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FELIPE MARTINS FERREIRA

CPF/CNPJ: 05952688381

Posição em 11-07-2019 20:22:19

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será realizado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/07/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/06/2019	Aviso de Sinistro	 https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/10Rf47v2OqqJC02IT0QuUQ==/api_key=ojQ3WIRpxnEXqB6Kfd3Bd4dklnY4BG__nREWxAedYpgY=

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

<https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8><https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital>

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 059.526.883-81 Nome completo da vítima: FELIPE MARTINS FERREIRA
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: FELIPE MARTINS FERREIRA CPF: 059.526.883-81
Profissão: PROFESSOR Endereço: PROFESSOR AMORIM SEBASTIÃO Número: 17 Complemento: _____
Bairro: SEMPARADO Cidade: CRATO Estado: CE CEP: 63100-000
E-mail: _____ Tel.(DDD): 85-996174242

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECLUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Banco do Brasil
AGÊNCIA: 1598 9 CONTA: 42489 7
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 5.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: CRATO 23 DE MAIO DE 2019
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Felipe Martins Ferreira
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: JARANE CABRAL DA SILVA
CPF: 067.206.293-36

Jarane Cabral da Silva
Assinatura

2ª | Nome: ANTONIA DUARTE DE ARAUJO
CPF: 248751-043-91

Antonia Duarte de Araujo
Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 5929 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/05/2019 12:37:08**
Data / Hora da Ocorrência: **24/03/2019 00:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CASTELO BRANCO**
Complemento:
Bairro: **TIRADENTES**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO RESTAURANTE QUINTAL CARIRI**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FELIPE MARTINS FERREIRA**
Nascimento: **14/08/1994** CPF: **059.526.883-81**
RG: **20072951758** Orgão Emissor:
Filiação: **ROSINEIDE MARTINS** UF:
MARCONIO SEBASTIÃO FERREIRA
Endereço: **RUA PROFESSOR AMORIM SOBREIRA, 17**
Bairro: **SEMINÁRIO**
Município: **CRATO/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9452-2606**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNL8845** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2KC2200JR164532 Renavam: **1156897561** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 FAN** Ano Fabricação:
2018 Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor:
BRANCA Proprietário: **JAIANE CABRAL DA SILVA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISÃO**

Histórico

Comunica que quando trafegava na Moto de dados acima indicados, veio a cair de aludido veículo em razão de ter colidido com outra Moto que trafegava no mesmo sentido, em razão de uma manobra imprudente do condutor dessa última Motocicleta, causando-lhe fratura no braço esquerdo e lesões na mão esquerda; Uma equipe do SAMU socorreu-o para o Hospital Regional do Cariri, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, sendo que depois recebeu atendimento médico no Hospital São Raimundo, na vizinha cidade do Crato/CE, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: **Daniilo T. de Medeiros**
DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **K Felipe Sebastião Faria**

VISTO DO DELEGADO(A): **FRANCISCA SUERDA BEZERRA ULISSES - MAT.: 198424-1-X**

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Consolidado em: 22/05/2019 12:43:48

Pág. 1 de 1

Impresso em: 22/05/2019 12:43:48



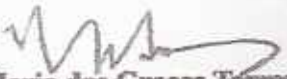
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria de Saúde

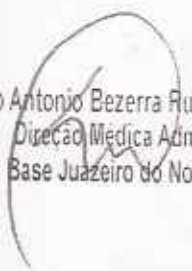


CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao Sr. **FELIPE MARTINS FERREIRA**, portador do RG n.º 20072951758, SSP-SP, inscrito no CPF n.º 059.526.883-81, no dia 24/03/2019, às 00h40, no município de Juazeiro do Norte, na Avenida Castelo Branco, Bairro Tiradentes, próximo ao Quintal Cariri, vítima de acidente de trânsito, colisão entre motocicletas, sendo removido para o **HRC - Hospital Regional do Cariri**. E para constar eu,  **Eliete Gomes Pereira** Loidola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 08 de abril de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Marco Antonio Bezerra Rulim
192 Base Juazeiro do Norte

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTERIO DAS CIDADES	
DETAM - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO Nº 014057162921			
CRDD	01	1156897561	0000000000 2018
JAIRANE CABRAL DA SILVA JUAZEIRO DO NORTE/CE			
06720629336	PLACA	PNL8945	
9C2KC2200JR164532	CE		
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. CASOL/ALCO			
HONDA/CG 160 FAN	CATEGORIA	2018	2018
2E/OCV/162CC	PARTIC	BRANCA	
AL. FID. ADMIN DE CONS NACIONAL HOND A LTDA;			
JUAZEIRO DO NORTE/CE			
04/07/2018			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTIVO		SEGURO DPVAT	
CE Nº 014057162921 BILHETE DE SEGURO DPVAT			
06720629336	PLACA	PNL8945	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradoralider.com.br			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
014057162921		14250761740	
01	06720629336	PLACA	PNL8945
1156897561	HONDA/CG 160 FAN		
2018	09	9C2KC2200JR164532	
PRÊMIO TARIFARIO			
CUSTO DO BILHETE (R\$)			
CUSTO DO SEGURO (R\$)			
DATA DE COTAÇÃO			
00/00/0000			
DESPACHANTE			
LOTE/DOE2TB1B8KA FIDECRETPVAT			
MOTOR: KC22E00Y64574980001-04			
DEZ-2017			

DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, JAIRANE CABRAL DA SILVA
 RG nº 20082574434, data de expedição 10/07/12
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 067.206.293-36
 com domicílio na cidade de CRATO, no Estado de CEARA
 onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Joazeiros Frazz, nº 318
 complemento SEMINARIO, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
FELIPE MARTINS FERREIRA, cujo o condutor era
FELIPE MARTINS FERREIRA
 Veículo: Honda Modelo: 2018 Ano: 2018
 Placa: PNL 8845 Chassi: 9C2KC220JR164532
 Data do Acidente: 24/03/2019

Local e Data: CRATO 23 DE MAIO DE 2019

* Jairane Cabral da Silva
 Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
 (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



Reconheço a(s) Firma(s) por Autenticidade
Jaiane Cabral da Silva
 Dou Fé Em Teste 1 da Verdade
 Crato (ce) 23 de 05 de 2019
Maria Madalena A. Menezes
☒ ALBERTO FIGUEIRA - Tabelião
☒ Lucila Fúlio de F. Araújo - Substituta
☒ Josélia Moura Matos - Escrevente
 VÁLIDAMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE



Organização Social mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: Felipe Antonio Teodoro PRONTUÁRIO:

A SECRETARIA DE SAÚDE

Paciente com fratura diagnóstica de
Ulna e Rádio, com outros quadros,
neurológicos preexistentes.

Paciente necessita de acompanhamento
em unidade hospitalar de baixo
custo, com possibilidade para seguimento
do caso.

542.3

Dr. Tassiano Sampaio
ORTOPEDISTA
CRM 10923

DATA: 24/03/19

MÉDICO | CREMEC

[Hospital Regional do Cariri | Rua Catulo da Paíde Coarense, s/n - Bairro: Triângulo | Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.043-162 | CNPJ: 05.268.526.0002-51]



NOTICE: JPEG image for reference.

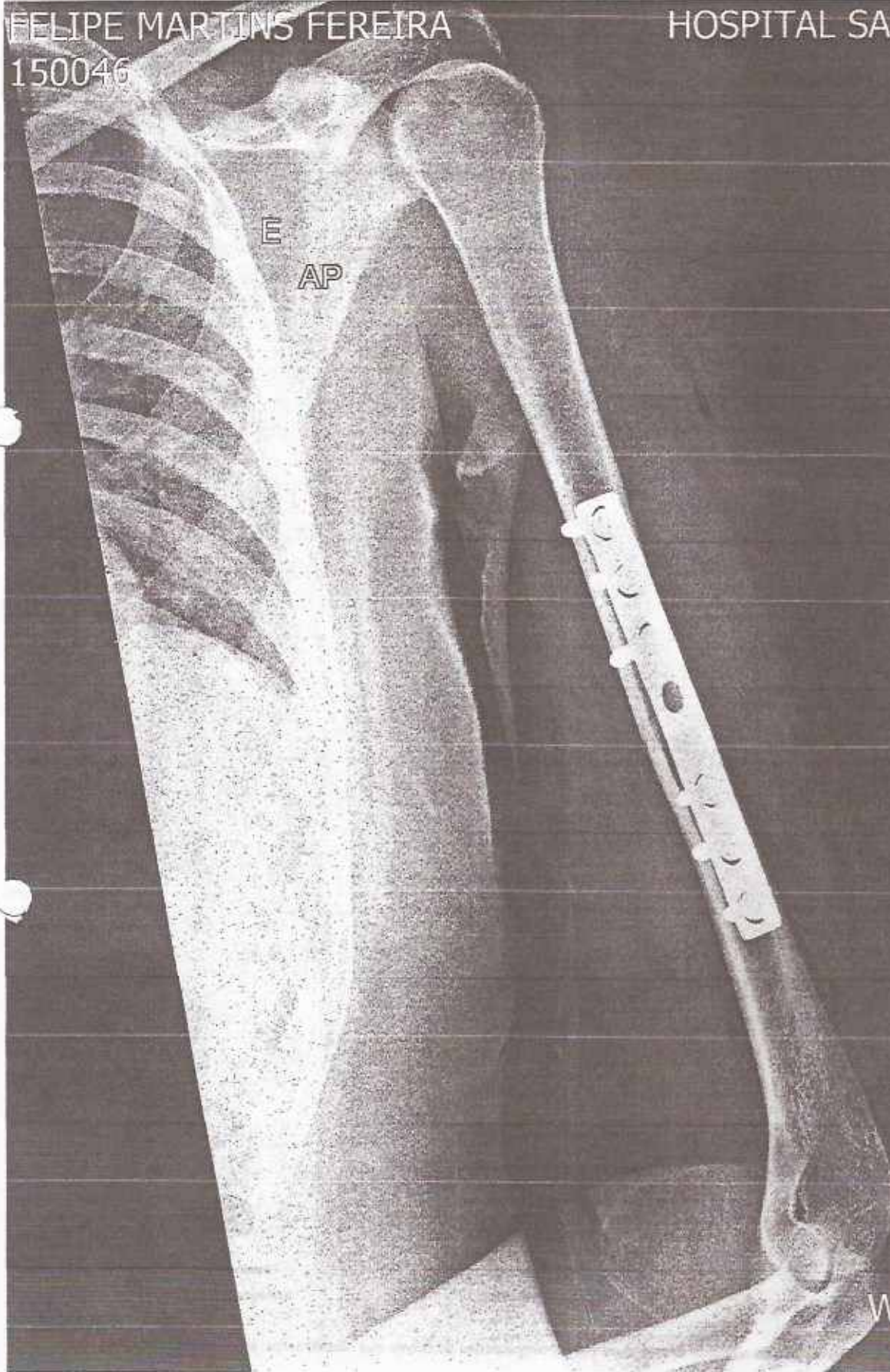


NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

FELIPE MARTINS FERREIRA
150046

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

09/04/2019
01:33:11



Z: 100%
W:4096 L:2048

NOTÍCIA TIPO: Sumário por referência

DATA ATEND	24/03/2019	Nº ATEND	547159
PACIENTE	FELIPE MARTINS FERREIRA	SEXO	MASCULINO
DATA NASC	14/08/1994	IDADE	24
RG	20072951759	CPF	059.526.883-81
MÃE	ROSINEIDE MARTINS	BAIRRO	SEMINARIO
ENDEREÇO	RUA PROFESSOR AMORIM SOBREIRA 17 CASA	CEP	63132070
CIDADE	CRATO	UF	CE
TELEFONE 1	88994286851	TELEFONE 2	
PLANO DE SAÚDE	BPA SUS	MATRÍCULA	898001970989817
		Tipo de Atend	CONSULTA

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Início da Classificação: 24/03/2019 14:49	Término da Classificação: <B046XXXX> 14:53
Classificador.....: MAIRA SILVA DE SAMPAIO	Coren: 279315
Porta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA	
GRUPO DE PERGUNTAS: TOLIFE	
QUEIXA: TRAUMATISMO EM BRAÇO ESQ	
ORIGEM: CASA	
TIPO DE CHEGADA: PRONTO ATENDIMENTO	
ENCAMINHAMENTO: HRC	
INÍCIO DO EPISÓDIO: ONTEM A NOITE	

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE
TRAUMA EM MSE HÁ APROX. 18 HORAS EM ACIDENTE MOTOCICLISTICO. NEGA OUTRAS QUEIXAS. DEU ENTRADA NO HRC E FOI ENCAMINHADO PARA ESTE SERVIÇO.

NEGA COMORBIDADES

NEGA ALERGIAS

EXAME FÍSICO
ABCD TRAUMA NORMAL

DOR E EDEMA EM BRAÇO ESQ.

PULSOS DISTAIS PRESENTES

DÉFICIT DE EXTENSÃO DO PUNHO E DEDOS

EXAMES COMPLEMENTARES
RAIO X MOSTRA FRAT DIAFISÁRIA DO ÚMERO ESQ.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA
FRATURA DIAFISE DO ÚMERO ESQ.
LESÃO DO NERVO RADIAL ESQ.

CONDUTA
VPM

Assinatura e Carimbo do Médico

Marcelo Parente Oliveira
Ortopedia / Traumatologia
CREMEC 13172

Ass. Paciente / Responsável

Prontuário 150046
Internação 549715

Impresso 08/04/2019 02:03

DADOS DO PACIENTE

Paciente FELIPE MARTINS FERREIRA

Nasc. 14/08/1994 Idade 24

Sexo M

Matrícula 898001970989817
Endereço RUA PROFESSOR AMORIM SOBREIRA
Cidade CRATO
Mãe ROSINEIDE MARTINS
CPF 059.526.883-81
Natural SAO PAULO
Profissão

Responsável FELIPE MARTINS FERREIRA
Bairro SEMINARIO Cep 63132-97
Telefone 88994286851994522606
Pai MARCONIO SEBASTIAO FERREIRA
RG 20072951759 CE SSP
Raça PARDO
Est.Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico DIEGO TEIXEIRA BRITO
Clínica INTERN. CIRURGICA
Setor POSTO MASCULINO
Acomodação AM02
Leito AM2.03

Data/Hora 08/04/2019 02:01
Convênio SUS INTERNADOS
Caráter ELETIVA
Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA
Atendente MARILENE

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA -

Fratura limpa + lesão no Nervos Radial

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS ()

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FÍSICO -

SINAIS VITAIS

PA =

FP =

FR =

TA =

ACV

AR

ABDOMEN

NEUROLÓGICO

G

AO =

RV =

RM =

PUPLOS

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

Internar em

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Fratura limpa

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS

13150024-529

ASSINATURA

Murilo 08/04/19

TRANSF. P/ MÉDICO

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

Dr. Diego Teixeira Brito
Ortopedista / Traumatologista
Clínica de Ortopedia e Coluna
CRM-CE 19167 - TEOT 15440

Médico(a): 19167 DIEGO TEIXEIRA BRITO

Paciente/Responsável

BOLETTI DI CHIRURGIA

[illegible]

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: FELIPE MARTINS FERREIRA Admissão: 24/03/2019 01:06
Pront.: 172591 Data Nasc.: 14/08/1994 Idade: 24 ano(s) 7 mes(es) e 10 dia(s) Tel.: 88 99428-6851
Mãe: ROSINEIDE MARTINS FERREIRA
Sexo: Masculino RG: Município: CRATO
CEP 63113-000 Bairro: SEMINARIO
Endereço: RUA PROFESSOR AMORIM SOBREIRA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador ANTONIA RAFAELA PEQUENO DA ROCHA Horário 24/03/2019 01:06
Queixa: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO REFERE DOR EM MSE E ABDOME
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MONDEYV FREITAS PASCOAL CRM: 13877 Nº: 477394 Horário 24/03/2019 01:12
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstica: MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM OUTROS ACIDENTES DE TRANSPORTE E EM ACIDENTES DE TRANSPORTE NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA / Exame Físico:
PACIENTE COMPARCE AO SERVIÇO COM HISTÓRICO DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU... AO EXAME FÍSICO:
A - VIAS ÁREAS PERVIAS, SE SINAIS DE OBSTRUÇÃO.
B- PACIENTE EUPNEICO, AUSÊNCIAS DE HEMATOMAS OU CONTUSÕES EM TÓRAX. N EGA DOR VENTILATÓRI DEPENDENTE.
C- HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, AUSÊNCIA DE SANGRAMENTO ATIVO.
D- GLASGLOW 15.
E- PRESENÇA DE ESCORIAÇÕES EM MEMBRO SUPERIOR COM SUSPEITA DE FRATURA DE UMEMO ESQUERDA.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
24/03/201 01:08	TRAUMA MAIOR	MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	ANTONIA RAFAELA PEQUENO DA ROCHA



INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: FELIPE MARTINS FERREIRA Admissão: 24/03/2019 01:06
Pront.: 172591 Data Nasc.: 14/08/1994 Idade: 24 ano(s) 7 mes(es) e 10 dia(s) Tel.: 88 99428-6851
Mãe: ROSINEIDE MARTINS FERREIRA
Sexo: Masculino RG: Município: CRATO
CEP 63113-000 Bairro: SEMINARIO
Endereço: RUA PROFESSOR AMORIM SOBREIRA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX TORAX PA (0204030170)	24/03/2019 01:14	Não	Realizado
RX COTOVELO E AP/P (0204040078)	24/03/2019 01:14	Não	Realizado
RAIO-X UMEROS AP/P (OSSOS LONGOS) (020404005-1)	24/03/2019 01:14	Não	Realizado

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

PRESCRIÇÃO

Médico: STENIO SANTOS MOURA CRM 18170 24/03/19 11:58

Prescrição	Horário:
ALTA DA CIRURGIA GERAL - AOS CUIDADOS DA ORTOPEDIA	
DIETA ORAL - DIETA GERAL	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE DOR	
OMEPRAZOL 20MG - CAP ADMINISTRAR 1 CAP / ORAL / 24/24 H EM JEJUM	
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA/VÔMITO	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 6/6 H SE DOR	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H SE DOR	
CAPTOPRIL 25MG- COMP ADMINISTRAR 1 CP / ORAL SE PA >= 180 X 110 MMHG	
TRAMADOL 50MG/ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H SE DOR	
OMEPRAZOL 20MG - CAP ADMINISTRAR 1 CAP / ORAL / 24/24 H EM JEJUM	
METOCLOPRAMIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H SE NÁUSEA/VÔMITO	
HEPARINA SODICA 5000UI/0,25ML - AMP ADMINISTRAR 1 AMP / SUBCUTÂNEA / 8/8 H	
DIPIRONA 500MG/ML - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA /	



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549715
Enfermeiro(a): VALDERLANIA

Data/Hora: 08/04/2019 09:34

MANHÃ

CLIENTE JOVEM EM PRE OPERATORIO, SEGUE EVOLUINDO CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, EM DIETA ZERO, AFEBRIL T:36.9°C, COOPERATIVO, NORMOTENSO PA:120X90mmHg. SEGUE NO LEITO AGUARDANDO PROCEDIMENTO CIRURGICO.

*CLIENTE ENCAMINHADO AO CENTRO CIRURGICO. CLIENTE AINDA SE ENCONTRA NO CENTRO CIRURGICO. VALDERLANIA-1034093.

Valderlania
Tecnico(a): MARIA VALDERLANIA NUNES VIANA
COREN:1034093-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549715
Enfermeiro(a): MARIARITA

Data/Hora: 08/04/2019 TARDE

RETORNOU DO CC APÓS SUBMETER-SE AUM CIRURGIA DE FRATURA DE UMEMO ESQUERDO. CONSCIENTE, SOBRE EFEITO ANESTESICO, EM HIDRATAÇÃO VENOSA PERIFERICA. CURATIVO OCLOSIVO LIMPO, MEDICADO CPM. SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Maria Rita
Tecnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN:551295-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 150046
Médico: DIEGO

Leito: AM2.03 Atend.: 549715
Data/Hora: 08/04/2019 13:17

POI DE OST DE UERO DIAFISARIO + EXPLORAÇÃO DO NERVO RADIAL

PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

CD: ANALGESIA + ALTA AMANHÃ

Médico(a): DIEGO TEIXEIRA BRITO
CRM:19167-CE

Dr. Diego Teixeira Brito
Ortopedista / Traumatologista
Cirurgião do Ombro e Cotovelo
CRM-CE 19167 - TEO 15440

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03
Enfermeiro(a): JULIA

Atend.: 549715
Data/Hora: 08/04/2019 02:05

PACIENTE READMITIDO PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE UERO ESQUERDO COM DRº DIEGO, CONSCIENTE E ORIENTADO, ENCAMINHADO SANGUE AO HEMOCE, PREPARADO AGUARDA PROCEDIMENTO.

Técnico(a): MARIA JULIA SOARES LIMA
COREN:805476-CE

FICHA C 1520 SALA
CENTRO CIRÚRGICO

M E D I C A M E N T O S

[illegible]

Relatório Médico

NOMES

Filipe Martins Ferreira

[illegible]

Dt Nasc: 14/08/1994 24A 7M 25D
 Prescrição: 134107
 Leito: AM2.03

Via Freqüência Saída Horários

Dose	Via	Frequência	Qtde	Total	Salda	Horários
1	1	1	1	1	1	1

1	FRP EV ESPECIAL	3	
---	-----------------	---	--

1	ERP EV	24/24	1	10
---	--------	-------	---	---------------

1	AMP EV	06/06	4	12
---	--------	-------	---	----

1	CAP VO	1
---	--------	---

1	AMP	08/08	3
---	-----	-------	---

1	AMP EV	24/24	1	ESTOQ 13
---	--------	-------	---	----------

Frequência

1944

Dr. Diégo Takreha Bino
Cirurgião de Ombro e Colarvelo
CRM-CE 19167 - TEOL. 15433

Impresso em 06/04/2019 13:15:32 pelo usuário DÍEGO

09/02/19 ~~pt~~

Dr. Francisco Pedraza Sampedro
Trombosis-Oncología
Calle 47, 887

Medicção Administrada Por:
B. A. CARMEN SS/1995
Horário 8:00 Data 1/1

Medição Administrada Por:
Fonolac-GRM
Horário do uso: 08/04/19

241.00
021.00
06.00

DATA

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

SUT

P
EC

R

PA

HGT

ORAL

SNG

DIURESE

SONDAS

08.04 Paciente admitido na sala para

99% 100

157/103

na procedimento cirúrgico com

99% 97

146/88

Dr. Diego, anestesiado Dr. João

Túcia, mesa de cirurgia, foi moni-

99% 96

136/73

torado, feita medição de profe-

lático, glicose, procedimento

na internação, paciente

indemnidade para o de

sujeito bem consciente, sinais

de vida estáveis de anestesia,

respirando de ambiente, ver-

balizando seus sinais vitais


15/11/2019

EXAME REALIZADOS: RX () ECG () USG () TC () LAB. ()

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LUIS VALTERLE SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/11/2019 às 17:45, sob o número 00089949220198060071. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0008994-92/2019.8.06.0071 e código 57D1DEB.

FICHA G-15 TO SALA
CENTRO CIRÚRGICO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LUIS VALTERLE SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/11/2019 às 17:45, sob o número 00089949220198060071. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0008994-92.2019.8.06.0071 e código 57D1DEB

DESCARTAVEIS

Name: Felipe Martinez Fernandez

Enf: <u>A.M.</u>	Leito: <u>2.03</u>
------------------	--------------------

Date: 04/11/19

Responsável:

Ent.: 2.03	Leito: 2.03	Data: 04/19	Responsável:		
DESCRIÇÃO	TAM	QUANT.	DESCRIÇÃO	TAM	QUANT.
ABOCATH	20	01	GAZE ESTERIL 7,5X7,5	24	10
AGULHA DESCART 40x12	2,5x8	05/02	LAMINA BISTURI	24	02
ATADURA CREPOM	15/20	9/12	SONDA FOLEY		
ATADURA GESSADA			SONDA URETRAL		
ALGODÃO ORTOPEDICO			SONDA NASOG.		
ALCIL IODADO	60ml		SERINGA DESCART. 3 ML		02
CATETER INTRACATH			SERINGA DESCART. 5 ML		05
CATETER DE OXIGÊNIO	01		SERINGA DESCART. 10 ML		03
COLETOR DE URINA			SERINGA DESCART. 20 ML		01
DRENO PENROSE			POLIFIX 2 VIAS		10
DRENO TORAX			PRO-PES		05
DRENO DE SUÇÃO			TOUCA		05
DRENO "T"			MASCARA DESCART.		04
EQUIPO HEMOTRANS			ESCOVA DESCART.		
ELETRODOS P/E.C.G	05		TUBO ENDOTRAQUEAL		
EQUIPO COMUM	01		CAPA P/ VIDEO LAPAROSCOPIO		
EQUIPO P/BOMBAS DE INF.			ALCOOL 1000 ML		30ml
ESPARADRAPO MICROP.			AGULHA STIMUPLEX "A" 50		
ESPARADRAPO 10X4,5 CM	60cm		AGULHA ESPINAL		
FIO STEINMAN					
FIO KIRSCHNER					
FIO DE AÇO P/ CERCILAGEM					



RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)		ANESTESIA - (Ocorrências Principais)	
1. Petição em DDT sob bloqueio 2. Anestesia + Administração + Col - Ligação Longa distal 3. Via lateral linear 4. Exploração Nervos Radial Observação Nervos inteiros porém com sinais de aderência 5. Redução de tendão + Mobilização 6. Desbridamento + Fixação de tendão com placa + parafusos 4,5 mm 4. Sutura + Curativo Data 08/04/19		Data Ass. e carimbo do Anestesiologista	
Cirurgião Dr. Diego Teixeira Brito Ortopedista / Traumatologista Cirurgião do Ombro e do Cotovelo CRM-CE 19187 - TEOD 1544D	1º Auxiliar	Ass. e carimbo do Anestesiologista	
2º Auxiliar Ass. e Carimbo do Cirurgião	3º Auxiliar Ass. e Carimbo	Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM	

NOME DO PACIENTE
FELIX MARTIN FARIAS

IDADE 24

DATA 8/8/2019

CLÍNICA

APTO./LEITO

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

81:20

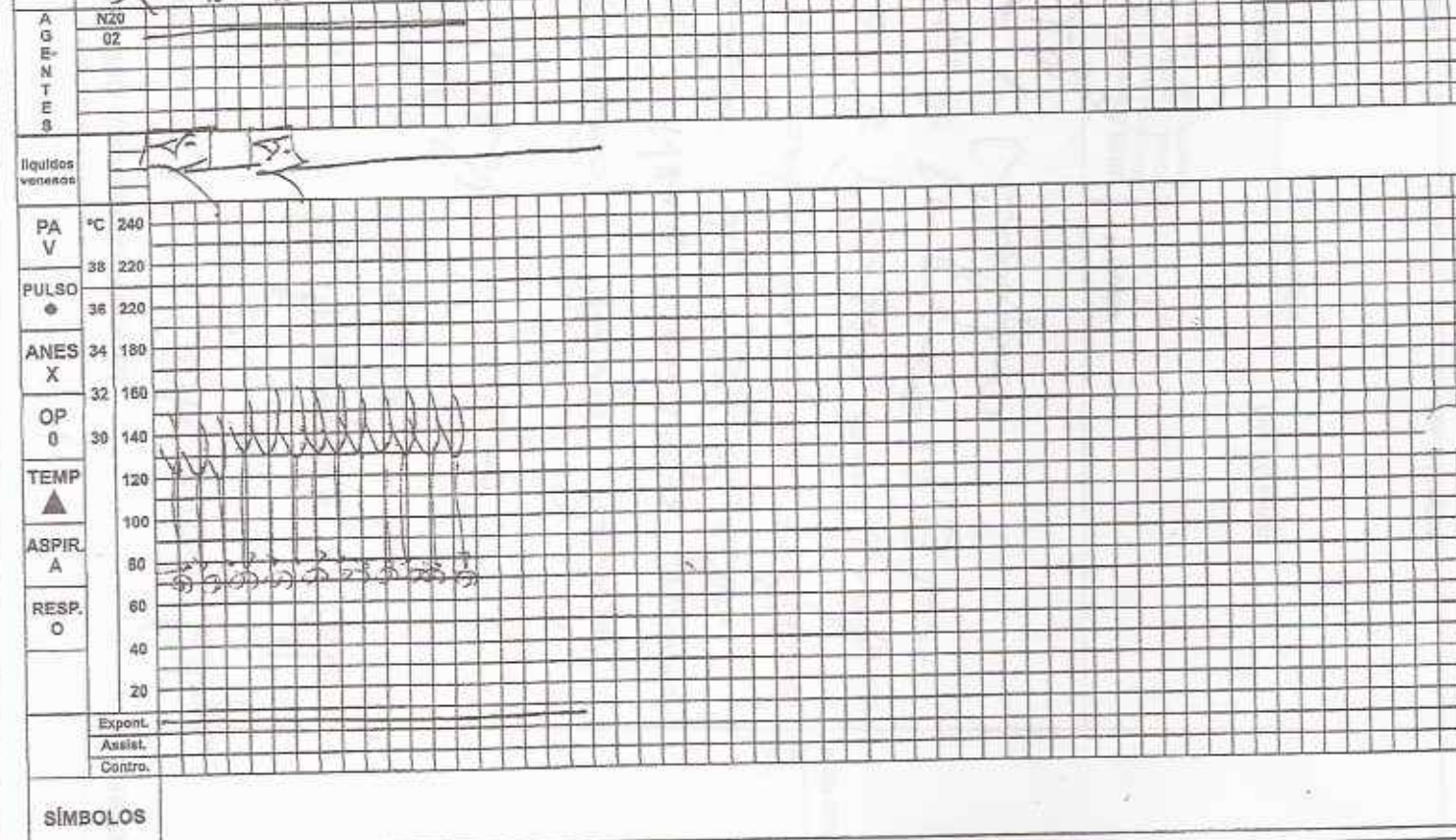
12:20

Leticia M. Ribeiro Dantas Landim

MÉDICA

CRM 3488

OPF 128.097.17



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>
B. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>
C. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>
D. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>
E. <i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>	<i>[Handwritten]</i>
F.			<i>[Handwritten]</i>
G.			<i>[Handwritten]</i>
LÍQUIDOS		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OROTRAQUEAL - CEGA BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESISTA		CIRURGIÃO	

Prontuário 150046
Internação 549099

Impresso 03/04/2019 20:11

DADOS DO PACIENTE

Paciente FELIPE MARTINS FERREIRA Nasc. 14/08/1994 Idade 24 Sexo M
Matricula 898001970989817 Responsável FELIPE MARTINS FERREIRA
Endereço RUA PROFESSOR AMORIM SOBREIRA Bairro SEMINARIO Cep 631320-7
Cidade CRATO Telefone 88994286851994522606
Mãe ROSINEIDE MARTINS Pai MARCONIO SEBASTIAO FERREIRA
CPF 059.526.883-81 RG 20072951759 CE SSP
Natural SAO PAULO Raça PARDO
Profissão Est.Civil SOLTEIRO

DADOS DE ATENDIMENTO

Médico ITALO BRITO ALENCAR ALVES Data/Hora 03/04/2019 20:06
Clínica INTERN. CLINICA Convênio SUS INTERNADOS
Setor POSTO MASCULINO Caráter URGENCIA
Acomodação AM02 Tipo Acomod ENFERMARIA CLINICA
Atendente GILVAN

RESUMO DE TRATAMENTO

HDA - Dor e edema em
brazo.

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

EXAME FISICO -

SINAIS VITAIS PA = FP = FR = TA =

ACV RCR em VT

AR MU@

ABDOMEN RHA@

UROLOGICO Along. 15.

ECG AO = RV =

PUPLOS RM = Fatigado 14/04/19

DIAGNÓSTICO

CONDUTA - manuseio cirurgico
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO Fract. Unilob.

RESERVADO A RECEPÇÃO

Nº DO UNISUS 13150024463

TRANSF. P/ MÉDICO

ASSINATURA Gilma 04-04-19

CONDIÇÕES DE ALTA

ALTA EM

08/04/2019

Paciente/Responsável Felipe Martins Ferreira

Médico(a): 13476 ITALO BRITO ALENCAR ALVES

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Prescrição: 133796
Í-EÄ(1

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Data Solic.: 03/04/2019 20:43:11
Data Pr Ini: 03/04/2019 21H
Data Atend.: 03/04/2019 20:06:00

Sexo: MASCULINO
Convênio: SUS INTERNADOS
Data Pr Enc: 04/04/2019 21H
Atendimento: 549099(J)
Dt Nasci: 14/08/1994 24h 7m 20s
Prescrição: 133796
Leito: AM2.03

Dieta		Via Freqüência	
Item Código	Descrição		
001	DIETA GERAL		

Medicações		Nome da Segurança		Dose		Unid Via Freqüência Qtde Total		Saída	
Item	Ele Descrição								
002 01	DIFIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML DE 06/06H8 -			4	AMP EV	4			

Cuidados		Dose		Unid Via Freqüência Qtde Total	
Item Código	Descrição				
003	SINUS VITAIS				

Ass. Prestador: DR. MARCEL PAPA
MARCEL PAPA
Impresso em 03/04/2019 20:43:11 pelo usuário MARCEL PAPA

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)
HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Prescrição: 133805
1-F%[]

Paciente: **FELIPE MARTINS FERREIRA**
Data Solic.: 04/04/2019 05:51:34
Data Pr Ini.: 04/04/2019 10H
Data Atend.: 03/04/2019 20:06:00

Sexo: **MASCULINO**
Convênio: **SUS INTERNADOS**
Data Pr Enc.: 05/04/2019 10H
Atendimento: 349099 (I)
Dt Nasc: 14/08/1994 24h 7m 21d
Prescrição: 133805
Leito: **AM2.03**

Dietas		Via Frequência	
Item Código	Descrição		
001	DIETA GERAL		

Medicações		Nome da Segurança		Dose		Unl Via Frequência Qtde Total		Salda
Item	Item Descrição							
002	01 DIFIRONA SODICA; 500MG/NL AMPOLA 2ML DE 06/06HS -			4	AMP EV	4		
003	01 DICLOFENACO 50MG COMPRIMIDO			1	CPR VO	1		

Cuidados		Dose		Unl Via Frequência Qtde Total	
Item Código	Descrição				
004	SINAIS VITAIS				

Ass. Prestador: **Dr. Fábio Brito Alencar**
CEL. 99999-9999
Impresso em 04/04/2019 05:51:54 pelo usuário **ISRAPO**

Medicação Administrada Por:
Valdineide RIBEIRO
Horário **10:00** Data **1/1**

Medicação Administrada Por:
SILVIA ARAUJO
Horário **16:00** Data **01/04/19**

Medicação Administrada Por:
ROSELIANE SILVA
Horário **22:00** Data **01/04/19**
04

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 150046 Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Médico: MARCEL Data/Hora: 03/04/2019 20:47

PACIENTE COM NEUROPRAXIA DE RADIAL. SOLICITO TRATAMENTO CIRURGICO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO

DR. MARCEL PITA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 12515

Médico(a): MARCEL DE ALENCAR PITA
CRM 010671-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Enfermeiro(a): EMERSON Data/Hora: 03/04/2019 22:00

cliente admitido proveniente do P.A
com fratura em mse umero, evolui conciente
orientado, nega dor, recusou medicação,
verifico ssvv, tem rx anexo ao prontuario

Tecnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA
COREN: 911652-CE

Fco. Emerson Pereira de Franca
Téc. de enfermagem
COREN 911652

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA

Leito: AM2.03

Atend.: 549099

Conv.....: SUS INTERNADOS

Enfermeiro(a): SANDRA

Data/Hora: 04/04/2019 TARDE

TARDE:

PACIENTE SEGUE EM TRATAMENTO CLINICO POR DR. ITALO. EM USO DE TALA GESSADA EM MEMBRO FRATURADO + TIPOIA. EVOLUINDO ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, ACEITA DIETA OFERECIDA, DIURESE ESPONTANEO, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, RELATA ALGIA EM MEMBRO FRATURADO, MANTÉM AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, FOI MEDICADO NO HORARIO, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM, COLHEU EXAME LABORATORIAL, AGUARDA RESULTADO, AGUARDA REALIZAR ECG, SEGUE AGUARDANDO DEFINIR DATA DE CIRURGIA.



Técnico(a): SANDRA REGINA DE SOUSA ALVES
COREN: 936564-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA

Leito: AM2.03

Atend.: 549099

Conv.....: SUS INTERNADOS

Enfermeiro(a): DLUCAS

Data/Hora: 04/04/2019 20:10

NOITE:

PACIENTE ADULTO, SEGUE COM E.G BOM, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, MANTEM VENÓCLISE PARA SOROTERAPIA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SEM QUEIXAS NO PERIODO, AFERIDO SSVV ESTAVEIS, ACEITA DIETA V.O, PELE INTEGRAL NORMAL, ACOMODADO NO LEITO E SEGUE EM CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Técnico(a): FRANCISCO DLUCAS FERREIRA DE SANTANA
COREN: 1206287-CE



Francisco D. Lucas
TÉCNICO DE ENFERMAGEM
COREN: 1206287

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 150046 Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Médico: ITALO Data/Hora: 04/04/2019 05:52

PACIENTE COM NEUROPRAXIA DE RADIAL. SOLICITO TRATAMENTO CIRURGICO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO.
SOLICITO EX. PRE OP.

Dr. Italo Brito Alencar Alves
CRM: 13476-CE

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES
CRM: 13476-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Enfermeiro(a): AILDA Data/Hora: 04/04/2019 MANHÃ

PCT CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXA, EM USO DE TALA GESSADA, AVP, MCB. REALIZADO EXAMES LAB. SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Técnico(a): AILDA RIBEIRO SILVA
COREN: 971296-CE

PRESCRIÇÃO (LETRÔNICA DO PACIENTE)

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

fls. 55

Prescrição: 133890
I-FZZI

Paciente: **FELIPE MARTINS FERREIRA**

Sexo: **MASCULINO**

DT Nasc: 14/08/1994 24h 7m 22s

Data Solic: 05/04/2019 05:48:44

Convênio: **SUS INTERMEDIOS**

Prescrição: 133890

Data Pr In: 05/04/2019 10h

Data Pr Enc: 06/04/2019 10h

Data Atend: 03/04/2019 20:06:00

Atendimento: 549099(I)

Leito: **AM2.03**

Dietas

Item Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtde Total
-------------	-----------	------	-----	------------	------------

001	DIETA GERAL			1	
-----	-------------	--	--	---	--

Medicações

Item Código	Descrição	Opção Comercial	Dose	Unidade	Via	Frequência	Qtde Total
-------------	-----------	-----------------	------	---------	-----	------------	------------

002	00010065	DIPIRONA SODICA, 500MG/ML AMPOLA 2ML DE 06/06RS -	DIPIRONA SODICA	4	AMP	EV	4
-----	----------	---	-----------------	---	-----	----	---

003	00010190	DICLOFENACO 50MG COMPRIMIDO	DICLOFENACO DE SODICO	1	CPR	VO	1
-----	----------	-----------------------------	-----------------------	---	-----	----	---

Cuidados

Item Código	Descrição	Dose	Unidade	Via	Frequência	Qtde Total
-------------	-----------	------	---------	-----	------------	------------

004	SINAIS VITAIS					
-----	---------------	--	--	--	--	--

Medicação Administrada Por:
Endereço: COREN 10340935
Horário: 10:00 Data: 1/1

Medicação Administrada Por:
SAUDA COREN 938564
Horário: 16:00 Data: 05/04/19

Medicação Administrada Por:
Júlia 805446
22/04/19 15:41:19

Ass. Prestador:

ITALIO BRITO ALENCAR ALVES (CRM 13476)

PRESCRIÇÃO LETRÔNICA DO PACIENTE (MEDICA)
HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Prescrição: 133903
I-G#VÍ

Paciente: **FELIPE MARTINS FERREIRA**
Data Solic.: 05/04/2019 06:08:29
Data Pr Ini.: 05/04/2019 10H
Data Atend.: 03/04/2019 20:06:00

Sexo: **MASCULINO**
Convênio: **SUS INTERNADOS**
Data Pr Enc.: 06/04/2019 10H
Atendimento: 549099(1)

Dt Nasc: 14/08/1994 24h 7m 22s
Prescrição: 133903

Idco: **AM2.03**

Medicações		Presc	Item	Elem	Código	Descrição	Dose	Unl	Via	Frequência	Qtda	Total	Início	Fim
549099	133903	001	01	00010031	CEFTRIAXONA; FRASCO-PO 1GR PO		1	FRP	EV	1	1	05/04/2019	06/04/2019	

Ass. Prestador: **ITALO BRITO ALMEIDA ALVES (CRM 13476)**

Impresso em 06/04/2019 06:08:55 pelo usuário ITALO

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 150046 Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Médico: ITALO Data/Hora: 05/04/2019 05:49

PACIENTE COM NEUROPRAXIA DE RADIAL. SOLICITO TRATAMENTO CIRURGICO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO.
SOLICITO EX. PRE OP.


Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES
CRM: 13476-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Enfermeiro(a): AILDA Data/Hora: 05/04/2019 MANHÃ

PCT CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, DEAMBULANDO, VERBALIZANDO, SEM QUEIXA, EM USO DE TAPALGESSADA, AVP, MCP, REALIZADO EXAMES LAB. SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.
AGUARDA DATA.
PA=100X60
T=35.2


Técnico(a): AILDA RIBEIRO SILVA
COREN: 971296-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

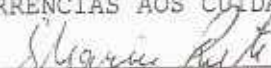
Leito: AM2.03

Atend.: 549099

Enfermeiro(a): MARIARITA

Data/Hora: 05/04/2019 TARDE

EVOLUI EM TRATAMENTO CLINICO COM DR ITALO, FRATURA DE UMEROS ESQUERDO, CONSCIENTE, ORIENTADO, SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES. ACEITA BEM DIETA OFERECIDA. SEGUE SEM INTERCORRENCIAS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.


Técnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN: 551295-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03

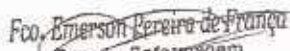
Atend.: 549099

Enfermeiro(a): EMERSON

Data/Hora: 05/04/2019 21:00

CLIENTE EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADO, NORMOTENSO, AFEBRIL, MCPM, MANTEM AVP F/TERAPIAS MEDICAMENTOSA, SEM INTERCORRENCIA, AGUARDA CIRURGIA, SEGUE SOBRE CUIDADOS DA EQUIPE.

P.A: 120X80
T: 36


Téc. de Enfermagem
COREN 911652

Técnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA
COREN: 911652-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes**Ficha de Evolução Médica**

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 150046 Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Médico: ITALO Data/Hora: 06/04/2019 05:57

PACIENTE COM NEUROPRAXIA DE RADIAL. SOLICITO TRATAMENTO CIRURGICO PARA TRATAMENTO DEFINITIVO.
SEGUE COM LEUCOCITOSE, EM USO DE CEFTRIAXONA.
AG. CIRURGIA.

Dr. Italo Brito Alencar
CRM: 13476-CE

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES
CRM: 13476-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes**ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM**

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Enfermeiro(a): VALDERLANIA

Data/Hora: 06/04/2019 11:05

MANHÃ

CLIENTE JOVEM EM TRATAMENTO CLINICO, SEGUE EVOLUINDO CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, ACEITA A DIETA ORAL OFERECIDA, DEAMBULANDO, AFEBRIL T:35.6°C, NORMOTENSO PA:100X60mmHg. EM VENOCLOSE POR AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA. SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. **AGUARDA DEFINIR DATA DO PROCEDIMENTO. VALDERLANIA-1034093.

Valderlania
Técnico(a): MARIA VALDERLANIA NUNES VIANA
COREN: 1034093-CE

Prescrição: 133960
I-G/M

Sexo: MASCULINO Dt Nasc: 14/08/1994 24h 7m 23s
Convênio: SUS INTERMEDIADOS Prescrição: 133960
Data Pr Enc: 07/04/2019 10h
Atendimento: 54909 (1) Leito: AM2.03

Via Frequênciã

001 DIETA GERAL

Modifications

Item Item Descrição

Nome da Seguradora

Dose	Unl	Via	Frequência	Qtda	Total	Saída

002 01 CEE TRIAONA; FRASCO-PO 1GR PO

1 FRD EV

2

003 01 DIFERONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML
DE 06/06HS -

AMP EV

4

004 01 DICTOFENACO 50MG COMPRIMIDO

1
CPR VO

2

Cuidados	Item Código	Descrição
----------	-------------	-----------

Dose	Unl	Via Freqüência	Qtdo Total
1	1	1	1
2	1	1	1
3	1	1	1
4	1	1	1
5	1	1	1
6	1	1	1
7	1	1	1
8	1	1	1
9	1	1	1
10	1	1	1
11	1	1	1
12	1	1	1
13	1	1	1
14	1	1	1
15	1	1	1
16	1	1	1
17	1	1	1
18	1	1	1
19	1	1	1
20	1	1	1
21	1	1	1
22	1	1	1
23	1	1	1
24	1	1	1
25	1	1	1
26	1	1	1
27	1	1	1
28	1	1	1
29	1	1	1
30	1	1	1
31	1	1	1
32	1	1	1
33	1	1	1
34	1	1	1
35	1	1	1
36	1	1	1
37	1	1	1
38	1	1	1
39	1	1	1
40	1	1	1
41	1	1	1
42	1	1	1
43	1	1	1
44	1	1	1
45	1	1	1
46	1	1	1
47	1	1	1
48	1	1	1
49	1	1	1
50	1	1	1
51	1	1	1
52	1	1	1
53	1	1	1
54	1	1	1
55	1	1	1
56	1	1	1
57	1	1	1
58	1	1	1
59	1	1	1
60	1	1	1
61	1	1	1
62	1	1	1
63	1	1	1
64	1	1	1
65	1	1	1
66	1	1	1
67	1	1	1
68	1	1	1
69	1	1	1
70	1	1	1
71	1	1	1
72	1	1	1
73	1	1	1
74	1	1	1
75	1	1	1
76	1	1	1
77	1	1	1
78	1	1	1
79	1	1	1
80	1	1	1
81	1	1	1
82	1	1	1
83	1	1	1
84	1	1	1
85	1	1	1
86	1	1	1
87	1	1	1
88	1	1	1
89	1	1	1
90	1	1	1
91	1	1	1
92	1	1	1
93	1	1	1
94	1	1	1
95	1	1	1
96	1	1	1
97	1	1	1
98	1	1	1
99	1	1	1
100	1	1	1

005 SINAI'S VITNAIS

Asss. Prestador:

ITALO BRITO ALENCAR ALVES (CRM 13476)

Impresso em 06/04/2019 05:57:09 ~~DATA~~ = 06/04/2019 ~~ORA~~ = 05:57:09
 Usuário: ITALO

Medicação Administrada Por:

Horario: 08:00 Data: 06/04/15
(b:0)

Medicação Administrada Por:

Horário 24:00 Data 05/04/19

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Enfermeiro(a): VALDERLANIA

Data/Hora: 06/04/2019 14:19

TARDE

CLIENTE EM ACOMPANHAMENTO CLINICO, EVOLUI CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, ACEITA A DIETA ORAL OFERECIDA, DEAMBULANDO, COOPERATIVO, AFEBRIL T:36°C, NORMOTENSO PA:110X70mmHg. EM VENOCLOSE POR AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA. SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM. **AGUARDA PROVAVEL CIRURGIA PARA SEGUNDA DIA 08.04.2019. VALDERLANIA-1034093.

Valderlania

Tecnico(a): MARIA VALDERLANIA NUNES VIANA
COREN:1034093-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Enfermeiro(a): DLUCAS

Data/Hora: 06/04/2019 20:15

NOITE:

PACIENTE ADULTO, SEGUE COM E.G BOM, CONSCIENTE E ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, ACEITA DIETA V.O, MANTEM VENÓCLISE PARA SOROTERAPIA + TERAPIA MEDICAMENTOSA, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA, SEM QUEIXAS NO PERÍODO, AFERIDO SSVV ESTAVEIS, PELE INTEGRAL NORMAL E SEGUE EM CUIDADOS DA EQUIPE.

Tecnico(a): FRANCISCO DLUCAS FERREIRA DE SANTANA
COREN:1206287-CE

Francisco D. Lucas
TECNICO DE ENFERMAGEM
COREN: 1206287

Prescrição: 134020
J-H46I

Letto: AM2.03

Centro de Custo

part

Int. J. 070101

07/04/2019 08/04/2019

04

07/04/2015-08/04/2019

Saída Horário

Page 1

At John

1000
1000
1000

205476
71419
27
04

~~Dr. Roberto Davila Valencia~~



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Enfermeiro(a): MARIARITA

Data/Hora: 07/05/2019 TARDE

EVOLUI SEM INTERCORRENCIAS, MANTENDO TRATAMENTO CLINICO COM DR ITALO. CIRURGIA AMANHA.

Tecnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR
COREN: 551295-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM2.03 Atend.: 549099
Enfermeiro(a): EMERSON

Data/Hora: 07/04/2019 21:00

CLIENTE EVOLUI CONCIENTE ORIENTADO, NORMOTENSO, AFEBRIL, MCPM, MANTEM AVP P/TERAPIAS MEDICAMENTOSA, VERIFI CADO SSVV, TEM TALA EM MSE, SEGUE SOBRE CUIDADOS DA EQUIPE.

P. A: 120X80
T: 36

Fco. Emerson Pereira de França
Téc. de Enfermagem
COREN 911652

Tecnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA
COREN: 911652-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra

FICHA DE EVOLUÇÃO ENFERMAGEM

Paciente: FELIPE MARTINS FERREIRA
Convênio: SUS INTERNADOS

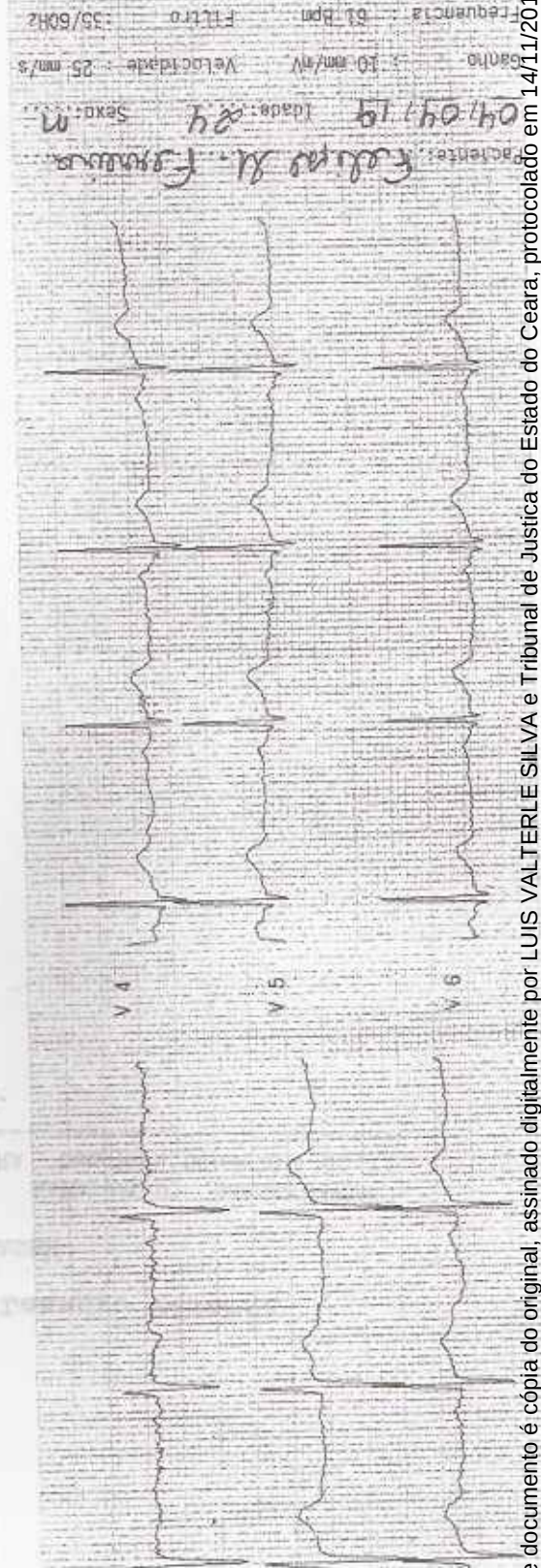
Prontuario.....: 150046

Leito: AM2.03 Atend.: 549099

Enfermeiro(a): MAIRA Data/Hora: 08/04/2019 00:11

ALTA PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.


Enfermeiro(a): MAIRA SILVA DE SAMPAIO
COREN: 279315-CE



Nome: Felipe M. Ferreira

Identidade: _____ Prontuário: _____

Sexo: M Idade: 24

Diagnóstico: _____

Solicitação: _____

Data: 04/04/19

RELATÓRIO

Conclusão: _____

[Assinatura]

Dr. Mano Henrique Ribeiro Junior
CARDIOLOGISTA
 CRM 4014 - CPF 122.708.213-11

Médico/Cardiologista: _____

Paciente..... FELIPE MARTINS FERREIRA
Médico..... ITALO BRITO ALENCAR
Data Nasc..... 14/08/1994
Data da Coleta..... 04/04/2019

Pedido..... 010035517
Origem..... HSR
Convênio..... HSR - HN
Acomodação... A/M

Leucocitose Discreta.

Liberado por: CAROLINE THALITA

Coagulograma

Material biológico: Plasma Citratado

Método: Fibrometria/ automatizado, Diversos

Tempo de Tromboplastina Parcial - TTPA..

35,1 seg

Tempo de Protombina - TP.....

14,6 seg

RNI.....

1,20

Porcentagem.....

75 %

Liberado por: CAROLINE THALITA

Valores de Referência

26s a 34s

10 a 14s

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 6248
008851010035517P0120190404104630451

Thays Sanches

Thays Sanches
Biomédica CRBM 3531

Luciene Vasconcelos

Luciene Vasconcelos
Biomédica CRBM 6738

Caroline Thalita

Caroline Thalita
Biomédica CRBM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Altaneira/CE - (88) 9333-7188
Nova Olinda/CE - (88) 3546-1473

Crato/CE - (88) 3521-0452
Ponta da Serra/CE - (88) 3523-9224

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LUIS VALTERLE SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/11/2019 às 17:45, sob o número 00089949220198060071. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0008994-92.2019.8.06.0071 e código 57D1DED.

Paciente..... FELIPE MARTINS FERREIRA
 Médico..... ITALO BRITO ALENCAR
 Data Nasc..... 14/08/1994
 Data da Coleta..... 04/04/2019

 Pedido..... 010035517
 Origem..... HSR
 Convênio..... HSR - HN
 Acomodação... A/M

Hemograma Completo

 Material biológico: Sangue Total/EDTA
 ERITROGRAMA

 Hemácias..... 5,03 milhões/mm³
 Hemoglobina..... 14,30 g/dL
 Hematócrito..... 43,70 %
 Volume corpuscular médio (VCM)..... 87 fL
 Hemoglobina corp. média (HCM)..... 28 pg
 Conc. hemog. corp. média (CHCM).... 33 g/dL
 RDW..... 14,50 %

Valores Referenciais

 4,3 a 5,9 milhões/mm³
 13,0 a 17,5 g/dL
 40 a 53 %
 80 a 100 fL
 26 a 34 pg
 31 a 36 g/dL
 10 A 15%

Método: Automático

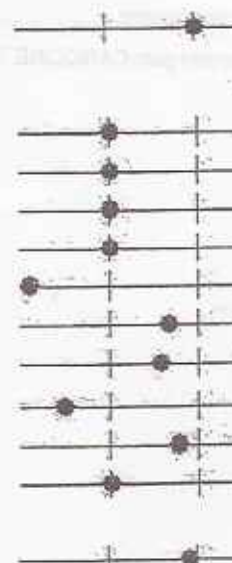


LEUCOGRAMA

Leucócitos.....

	%	/mm ³	%	/mm ³
Blastos.....	0	0	0	0
Promielócitos.....	0	0	0	0
Mielócitos.....	0	0	0	0
Metamielócitos.....	0	0	0 a 1	0 a 100
Bastonetes.....	0	0	1 a 3	até 840
Segmentados.....	63	7.875	35 a 65	1.700 a 8.000
Linfócitos.....	29	3.625	20 a 40	900 a 2.900
Eosinófilos.....	1	125	2 a 5	50 a 500
Monócitos.....	7	875	3 a 8	300 a 900
Basófilos.....	0	0	0 a 1	até 200

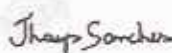
 12.500 /mm³

 4.500 a 11.000/mm³

 Plaquetas..... 404.000 /mm³

 150.000 a 450.000 /mm³

 Observações..... Hemácias normocíticas e normocrômicas.
 Plaquetas Morfologicamente Normais.

 Assinado Eletronicamente por Caroline Thallia CRBM 6248
 008851010035517P0120190404104630451



 Thays Sanches
 Biomédica CRBM 3531



 Luciana Vasconcelos
 Biomédica CRBM 8738



 Caroline Thallia
 Biomédica CRBM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... FELIPE MARTINS FERREIRA
Médico..... ITALO BRITO ALENCAR
Data Nasc..... 14/08/1994
Data da Coleta..... 04/04/2019

Pedido..... 010035517
Origem..... HSR
Convênio..... HSR - HN
Acomodação... A/M

Glicose

Material biológico: Soro

Método: Enzimático / automatizado

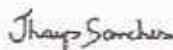
Valor de Referência

Adulto : 65 a 99 mg/dL

Resultado..... 96 mg/dL

Liberado por: CAROLINE THALITA

Assinado Eletronicamente por Caroline Thallita CRBM 6248
008851010035517P0120190404104630451



Thays Sanches
Biomédica CRBM 3531



Luciana Vasconcelos
Biomédica CRBM 6738



Caroline Thallita
Biomédica CRBM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... FELIPE MARTINS FERREIRA
Médico..... ITALO BRITO ALENCAR
Data Nasc..... 14/08/1994
Data da Coleta..... 08/04/2019

Pedido..... 010035630
Origem..... HSR
Convênio..... HSR - HN
Acomodação... A/M 2-3

Liberado por: CAROLINE THALITA

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRBM 8248
008851010035630P0120190408114226287



Thays Senches
Biomédica CRBM 3531



Luciene Vasconcelos
Biomédica CRBM 8735



Caroline Thalita
Biomédica CRBM 8248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.