



Advocacia e Consultoria Jurídica

Roberges Junior de Lima
OAB/PA 27.856-A

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA SALES, brasileiro, solteiro, agricultor, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 2006099029243 SSPDS/CE, inscrito no CPF sob o nº 601.162.513-44, residente e domiciliado na Rua Anderson Bessa, nº 00314, Pão de Açúcar, Alto Santo/CE, DECLARO, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, e Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, que não posso arcar com as custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Alto Santo-CE, 07 de março de 2020.

** Antonio Cleitiano Almeida Sales*

ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA SALES

Av. dos Ingás, n.º 2330, Setor Comercial, Sinop/MT, Fone (66) 9.9976-4887



Advocacia e Consultoria Jurídica

Roberges Junior de Lima
OAB/MT 12.918

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA e ET EXTRA"

OUTORGANTE – ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA SALES, brasileiro, solteiro, agricultor, portador (a) da Cédula de Identidade RG nº 2006099029243 SSPDS/CE, inscrito no CPF sob o nº 601.162.513-44, residente e domiciliado na Rua Anderson Bessa, nº 00314, Pão de Açúcar, Alto Santo/CE.

OUTORGADO – ROBERGES JUNIOR DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, com escritório profissional na Av. dos Ingás, nº 2330, Bairro Setor Comercial, Sinop/MT.

PODERES - Para o foro em geral, de acordo com a nova redação do art. 105 do NOVO CÓDIGO DE PROCESSO CIVIL, dada pela Lei nº 13.105 de 16-03-2015, c/c o parágrafo 2º do art. 5º da Lei nº 8.906 de 04-07-94, e ainda os poderes de firmar acordos, transigir, receber e dar quitação, substabelecer com ou sem reserva de poderes, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel andamento deste mandato, dando por bom, firme e valioso.

Alto Santo/CE, 07 de março de 2020.

Antonio Cleitiano Almeida de Sales

ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA SALES

CPF nº. 601.162.513-44

Av. dos Ingás, n.º 2330, Setor Comercial, Sinop/MT, Fone (66) 9.9976-4887

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO



CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

160.04364.08-9

NÚMERO

3856432

SÉRIE

0050

UF

CE

Antônio Carlos Almeida da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

COLAGEM FOTÓTIPO



03

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES

FILIAÇÃO..... FRANCISCO RODRIGUES DE SALES
MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES

NASCIMENTO..... 10/04/1989
SEXO: MASCULINO

ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO

NATURALIDADE: ALTO SANTO - CE

DOCUMENTO..... C. I. 2006099029243 04/04/2006 SSPDS CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF..... 601.162.513-44

CNH.....

TIT. ELEITOR:

SEÇÃO:

ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: GRTE MARACANAÚ/CE - 10/03/2016

FRANCISCO JOSÉ PONTES ISAIANA
Representante Legal do Trabalho e Emprego no Estado do Ceará



ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....

DATA DE NASC. DE / / PARA / /

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....

MOTIVO.....

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....

MOTIVO.....

NOME.....

DOCUMENTO.....

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR.....

MOTIVO.....

LEGE N D A

A - CASAMENTO | C - DIVÓRCIO | E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE | G - DATA DE NASCIMENTO
B - SEP. JUDICIAL | D - ADOÇÃO | F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA

03

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ROBERGES JUNIOR DE LIMA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/05/2020 às 12:22 , sob o número 02264591520208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0226459-15.2020.8.06.0001 e código 66A77F8.

DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

GRUPO SANGÜÍNEO	DIABETE	HEMOFILIA
FATOR RH	☐ SIM ☐ NÃO	☐ SIM ☐ NÃO
ALERGIAS		
☐ SIM ☐ NÃO		
DOADOR DE ORGAOS (Dec. nº 679, de 12 de julho de 1993)		
☐ SIM ☐ NÃO		

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO
95409	060	LT	04/04/2006
16/03/16			21706497

DADOS PESSOAIS DO EMPREGADOR

RAIZEN ENERGIA S/A - F. COSTA PINTO
 CNPJ: 08.070.508/0121-84
 Endereço: Bairro Costa Pinto, S/N
 Município: Piracicaba - SP
 Fabricação de Açúcar e Alcool
 Cargo: Trabalhador Rural
 CBO: 622110
 Matrícula:
 Data Admissão: 01/03/2017
 Registro:
 Remuneração Específica:
 R\$ 4,87 p/hora
 RAIZEN ENERGIA S.A - F. COSTA PINTO

DADOS DE EMISSÃO

DATA DE SAÍDA 30 DE JUNHO DE 2017.
 RAIZEN ENERGIA S/A

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 C.G.C./C.F.EI.....
 C.G.C./C.F.EI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO..... CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE.....
 REGISTRO Nº.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1ª.....
 DATA DE SAÍDA..... DE.....

1ª.....
 COM. DISPENSA CD Nº.....
 FGTS Nº DA CONTRA.....

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 C.G.C./C.F.EI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO..... CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE.....
 REGISTRO Nº.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1ª.....
 DATA DE SAÍDA..... DE.....

1ª.....
 COM. DISPENSA CD Nº.....
 FGTS Nº DA CONTRA.....

09

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 CGC/CPF/CEI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO..... CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
 REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
 1ª..... 2ª.....
 Ass. do EMPREGADOR ou ATRIBUIÇÃO TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
 1ª..... 2ª.....
 Ass. do EMPREGADOR ou ATRIBUIÇÃO TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD Nº.....
 FGTS Nº DA CONTA.....

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....
 CGC/CPF/CEI.....
 ENDEREÇO.....
 MUNICÍPIO..... UF.....
 ESP. DO ESTABELECIMENTO.....
 CARGO..... CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO..... DE..... DE.....
 REGISTRO Nº..... FLS. / FICHA.....
 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....
 1ª..... 2ª.....
 Ass. do EMPREGADOR ou ATRIBUIÇÃO TESTEMUNHA

DATA DE SAÍDA..... DE..... DE.....
 1ª..... 2ª.....
 Ass. do EMPREGADOR ou ATRIBUIÇÃO TESTEMUNHA

COM. DISPENSA CD Nº.....
 FGTS Nº DA CONTA.....

11

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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

POLEGAR DIREITO

Antonio Cleitiano Almeida de Sales
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0006099029243 DATA DE EXPEDIÇÃO 4/4/2006

NOME ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES

FILIAÇÃO FRANCISCO RODRIGUES DE SALES E MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES

NATURALIDADE ALTO SANTO-CE DATA DE NASCIMENTO 10/4/1989

DOC ORIGEM CERT. NASC. 1777 L A7 F 580 ALTO SANTO CE.

CPE 60116251344

FORTALEZA CE ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

9235206-5
Para agendar seu atendimento, ligue 0800 30 30 30
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 | CGF 05.105.843-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 528738525

Rota 07 25010 12 106000 - 7 Data de Emissão 12/06/2018

Nome DAMIANA ALMEIDA DE SALES

End. Postal RU ADERSON BESSA 00314
PAO DE A77UCAR - ALTO SANTO - 62970000

Medidor 11020862 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICA

RG/CPF/CNPJ 079783493-14

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura
Jun/2018	12/06/2018	11/07/2018

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

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
206,91	27,00%	55,98

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

	DIC	FIC	DMIC
Mensal	0,00	0,00	0,00
Trím.	0,00	0,00	0,00
Anual	0,00	0,00	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
9513	9131	1,00	382	0,00	382	0,44	168,08

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	194,45
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,46
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	26,04
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,65
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,79)	

19/06/2018 **233,60**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	73,45
Transmissão	7,00
Distribuição	41,00
Encargos Setoriais	11,22
Tributos (TOM, PIS, COFINS)	70,17
TOTAL	202,84

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
Jun	382
Jul	382
Ago	0
Sep	0
Out	0
Nov	0
Dez	0
Jan	0
Fev	0
Marc	0
Abr	0
Mai	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitted kg (CO ₂)
Compensado kg (CO ₂)
Consciência Ecológica (%CO ₂)

129,61 0,00

Prezado Cliente, não se autorrealize. A realização a nível da Administração pública para a proteção dos recursos naturais.

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 408 - 597 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **03/09/2018 15:57:18**
 Data / Hora da Ocorrência: **10/04/2018 07:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CE 138, 0**
 Complemento:
 Bairro: **JARDIM VELHO** Município: **ALTO SANTO/CE**
 Ponto de Referência: **CERAMICA DO ROGERIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES**
 Nascimento: **10/04/1989** CPF: **601.162.513-44**
 RG: **2006099029243** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES**
FRANCISCO RODRIGUES DE SALES
 Endereço: **RUA PAULINO MOREIRA, 10**
 Bairro: **JARDIM NOVO**
 Município: **ALTO SANTO/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **JOSÉ SILVANO DE ALMEIDA COSTA**
 Nascimento: **07/12/1982** CPF: **982.150.193-15**
 RG: **2002098073661** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **ANTONIVALDA COSTA ALMEIDA**
JOSÉ ALVES DE ALMEIDA
 Endereço: **RUA PAULINA MOREIRA, 35**
 Bairro: **JARDIM NOVO** CEP:
 Município: **ALTO SANTO/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99264-6496**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: POJ5408 Uf: **CE** Município: **ALTO SANTO** Chassi:
9C2MC4400HR013655 Renavam: **1129262542** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CB 250F TWISTER** Ano
 Fabricação: **2017** Ano Modelo: **2017** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
 Cor: **PRETA** Proprietário: **CICERO ROMAO BATISTA ALMEIDA DE**
SALES Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE, no dia, hora e local acima apontados, ia conduzindo o veículo do tipo motocicleta de marca HONDA/CB 250 TWISTER, ano 2017/2017, cor preta, CASSI-9C2MC4400HR013655, placa POJ-5408 registrada no DETRAN-CE., em nome de CICERO ROMÃO BATISTA ALMEIDA SALES, seguia no sentido leste/oeste, tendo como garupeiro a pessoa de ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES, quando o um animal do tipo canino atravessou a via, e para não colher o animal, tentou desviar, perdeu o controle do veículo, vindo a cair. QUE em consequência do acidente o noticiante, sofreu apenas lesões leves, porem, o garupeiro teve fratura exposta da perna esquerda. QUE o garupeiro foi socorrido pelo SAMU para o hospital local e em seguida

DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

→ José Silvano de Almeida Costa
 Pág. 1 de 2
 Impresso em: 03/09/2018 16:27:51

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 408 - 597 / 2018**

para transferido para um hospital de Fortaleza, sendo operado no hospital Fernandes Távora. QUE a vítima foi atendida pelo SUS, gastou menos de 130,00 reais com pomadas. QUE presenciaram o acidente as pessoas de OZILANIO DA SILVA FARIAS(residente no Jardim Novo) e FRANCISCO DELMARAIO BEZERRA OLIVEIRA(residente na zé de Moura, 57, centro de Alto Santo)

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE ALTO SANTO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****ANTONIO TORRES LANDIM - MAT.: 092797-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****Jose Silvano de Almeida Costa****VISTO DO DELEGADO(A) :****ERLON LEITE FERNANDES DOS REIS - MAT.: 30115015**



ALTO SANTO
GOVERNO MUNICIPAL
O FUTURO JÁ COMEÇOU

HOSPITAL MATERNIDADE SANTA RITA

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Acidente Automobilístico:
(X) SIM () NÃO

PACIENTE: _____ ENF.: _____ LEITO: _____

ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO	02 HORAS URGÊNCIA	VERDE	04 HORAS URGÊNCIA	AZUL
------------------------------------	----------	---------------------	---------	----------------------	-------	----------------------	------

Data: 10/04/2018 Hora de atendimento: 07:54 Atendente: Fernanda
 Nome: Antônio Cleilson Almeida de Sales Idade: 29 Sexo: () F (X) M
 Data de Nascimento: 10/04/1989 RG/CPF: 2006099029243 CADSUS: 160043640890000
 Filiação: José Rodrigues de Sales e Maria Lenir Almeida de Sales
 Endereço: Flores Contato: _____
 PSF: _____ ACS: _____
 Ocupação: Agricultor
 Peso: _____ Kg PA: 160 x 160 mmHg FC: 82 bpm FR: 14 rpm SATO₂ 99 % T: _____ °C DX: _____ mg/dl

ATENDIMENTO E CONSULTA

- () Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento
 () Atendimento de Urgência em Atenção Especializada
 () Atendimento Ortopédico com imobilização provisória
 () Atendimento de Urgência com Observação até 24 hs

- () Consulta Médica Atenção Especializada
 () Consulta Médica Atenção Básica (Pediatra)
 () Atividade Educativa/ Orientação em grupo na atenção

Data dos 1º Sintomas: _____

Alergias: _____

Anamnese da Enfermagem: _____

Fatores de Risco: _____

Enfermeiro (a): _____

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa principal + Anamnese + Exame Físico)

Paciente vítima de acidente de motocicleta com fratura exposta de tíbia (E)
 Sem sinais de TCE
 AEC: fisiológica ABD: inocente

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: fratura exposta de tíbia (E)

Prescrição na Urgência	Aprazamento	Assinatura
Tramadol 100mg 1fa + 100mg SFC 9% EV	/	08/00
Ceftriaxona 2g + 100mg SFC 9% EV		
Transferência para Hospital de Referência via SAMU		
() Aferição de Pressão Arterial () Glicemia capilar () Aferição de Temperatura () Peso/Altura () Administração de Medicamentos () Inalação/ Nebulização () Enema	() Sondagem Gástrica () Sondagem Vesical () Curativo grau I c/ ou s/ debridamento () Curativo grau II c/ ou s/ debridamento () Retirada de pontos de cirurgias básicas () ECG	Comprovado com Original 26/07/18

Encaminhamento/Destino do Paciente: () Alta () Internamento Hospitalar () Observação (X) Transferência () Óbito ()

Hora: _____

Assinatura e Carimbo Médico - CRM

Assinatura do Paciente

Prefeitura Municipal de Alto Santo, Rua: Joaquim Rogério Cabó, 177 - Centro/Alto Santo - Ceará. CEP: 62.970-000

Fone/Fax: (088) 3429-1412



ALTO SANTO
GOVERNO MUNICIPAL
O FUTURO JÁ COMEÇOU

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ
FICHA DE REFERÊNCIA



UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

Nome: Antônio Cleto de Almeida S. Silva Prontuário N.º: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: _____ Ocupação: _____

End.: _____ Bairro: _____

Motivo de Encaminhamento: Paciente vítima de acidente de motocicleta
no litoral, com fratura exposta de perna (L).

Nega trauma/contusão por contusão. Sem sinais de TCE.

Resultado de Exames: Ao Exame: CEF, HAA, exame físico, entes hemodinâmico
PA 160/100 mmHg; FC: 92 bpm; SpO2: 99% em ar ambiente.

CD: Amigdalite - Estrinxar de CV.

Impressão Diagnóstica:

Fábio Gomes
Médico
CRM/CE 16236

Fratura exposta de tibia (L)
Médico

C.I.D.: _____

10/04/18
DATA

7:50h
HORA

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

TramatoLogic
DATA: 1/1/18

Unidade de Saúde: _____

HORA: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome: _____ Sexo: M () F () Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º: _____ Alta: 1/1/18

Resumo Clínico: _____

Resultado do Exames: _____

Diagnóstico: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo de referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Encaminhante - N.º do Registro

Função

DATA

HORA

Secretaria Municipal de Saúde de Alto Santo

CEP: 62.970-000 - Fone: (88) 3429.1412

CIDADE BENEFICENTE SAO CAMILO

HOSPITAL SAO RAIMUNDO

Impressão: 10/04/2018 09:21

Página 1

1201001

Unidade de atendimento - UNID. OBSERVAÇÃO 5 - URGÊNCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 076340	Atendimento 0001	Nome do Paciente ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES	CNS 160043640890000	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 601.162.513-44		Identidade: 2006099029243		Estado Civil Solteiro(a)
Data de Nascimento 10/04/1989		Local ALTO SANTO/CE		Idade 29 Ano(s)
Pai FRANCISCO RODRIGUES DE SALES		Mãe MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES		
Endereço RUA FRANCISCO ALVES MAIA, 824		Bairro FLORES	CEP 62900-000	Município RUSSAS
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjugue		UF CE
Responsável FRANCISCA NAIANE RODRIGUES D		CPF do Responsável	Endereço RUA FRANCISCO ALVES MAIA, 824	Município RUSSAS
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 10/04/2018	Hora 09:20	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento LUCAS RIBEIRO MACIEL		CRM/UF 18799/CE	Tipo Atendimento CONSULTA CLINICA	
Indicador de Acidente		Funcionário YARA KILVIA DA COSTA DE MELO		
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação 10/04/18 às 13 hs. 12	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
				PA (mmHg)

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

Acidente de Motocicleta com trauma em MIE, encaminado do alto Santo. Realizado lesterexone 2g EV em município.
Apresenta fratura exposta, Reduzida pela equipe do SAMU e local.

MD: Fratura exposta de tibia esquerda.

CD: 1) Analgesia com morfina 1:9 - 3 l EV + 2 ml Leidiana Maria da C. Silva
2) SRL 1500 l EV 500 500 500
10:40 V P/Unigom

3) RX de perna esquerda OK Anelly 09:39

4) Imobilizar com calha girada p/ transporte

5) Vaga zero

6) Wop pelo 100g + SF 100 l 03 girada 10cm
05 crepom 15cm

Lucas Ribeiro Maciel
CRM 18799

Leidiana Maria da C. Silva
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 001.225.982
10:40 V

OK Anelly
09:50

LUCAS RIBEIRO MACIEL - CRM: 18799

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCA NAIANE RODRI



ALTO SANTO
GOVERNO MUNICIPAL
O FUTURO JÁ COMEÇOU

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARA
FICHA DE REFERÊNCIA



UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____

Nome: Antônio Cleberson Almeida de Siqueira Prontuário N.º: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: _____ Ocupação: _____

End.: _____ Bairro: _____

Motivo de Encaminhamento: Paciente vítima de acidente de motocicleta.

há 1 hora, com fratura exposta de perna (E). c

Nega náuseas/vômitos pós-accidental. Sem sinais de TCE.

Resultado de Exames: Au Exam: FGR, AAA auscultada, estômago hiperdistendido

PA: 160x100 mmHg; FC: 82 RR: 14 SpO2: 99% em O2 ambiente.

CD: - Analgesia + Ceftriaxona 2g EV.

Impressão Diagnóstica: Fx exposta de tíbia (E) C.I.D.: _____

10/04/18 7:50h

Assinatura do Encaminhante - N.º do Registro _____ Função _____ DATA _____ HORA _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: Tramata logo

Unidade de Saúde: _____ DATA: ____/____/____ HORA: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Nome: _____ Sexo: M () F () Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico: _____

Resultado do Exames _____

Diagnóstico: _____

Conduta Realizada _____

Proposta de Conduta para Seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo de referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Encaminhante - N.º do Registro _____ Função _____ DATA _____ HORA _____

Secretaria Municipal de Saúde de Alto Santo
Rua Joaquim Rogério Cabo, 177 - CEP: 62.970-000 - Fone: (88) 3429.1412
CNPJ: 07.891.666/0001-26 - Ins. Estadual: 06.920.179-0



Sistema Único de Saúde - SUS / Ceará

FICHA DE REFERÊNCIA 15420046638

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: _____

Nome: Antonio Clotiano Almeida de Sales Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Idade: 29 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Motivo do Encaminhamento:

Vítima de acidente de motocicleta com Trauma em MIE. Não perde a consciência ou vômitos. Apresenta Fratura exposta em MIE, com sangramento.

Resultado de Exames: nítido ativo em grande quantidade.

Realizado extração 2g EV em município de origem. Analisado com hemograma, Sat O₂ em AA 98%, PA: 150x100mm Hg. FC: 90.

RX: Fratura Tibia e fíbula Esq.

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Fratura exposta de Tibia e Fíbula em CID: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

10/04/18

Data

Hora

Agendamento

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Especialidade: Ortopedia/Traumatologia Profissional: _____

Unidade de Saúde: _____ Data ____/____/____ Hora ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

NOME: _____ Sexo: M ☐ F ☐ Idade: _____

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta ____/____/____

Resumo Clínico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento:

MS-DATOS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

PAG.: 1

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESPERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 05/2018

DATA: 30/04/2018

Nam AIH: 231810198936-8 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 05/2018 Data de Emissão: 11/04/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0223/ Leito: 0004 ✓
Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 107185222700006 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 107185222700006
CNS: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 708603524718684
Paciente: ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES ✓ Prontuário: 2445590 ✓ Laudo:
Data Nasc.: 10/04/1989 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2006099029243
Responsável pac.: ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES Nome da Mãe: MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES ✓
Endereço: FRANCISCO ALVES MATA, 824 - FLORES Raça/Cor: PARDIA
Município: 231180 - RUSSAS UF: CE CEP: 62908-990 Telefone: (88)9986-94878
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Óbito:

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 11/04/2018 Data saída: 14/04/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

==[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]==

CNPJ do Empregador:

CNPJ:

Vínculo com a previdência:

CBO:

==[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]==

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qde Cnpt	Descrição
1 04.08.05.050-0	107185222700006	1 225270	107185222700006 3969800	1	042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
2 04.08.05.050-0	210157919150018	6 225151	210157919150018 3969800	1	042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
3 07.02.03.090-2	09069959000158	0	09069959000158 3969800	✓1	042018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTR
4 04.08.06.019-0	107185222700006	1 225270	107185222700006 3969800	1	042018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
5 04.08.06.019-0	210157919150018	6 225151	210157919150018 3969800	1	042018 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO
6 08.02.01.001-6		0	3969800 3969800	✓3	042018 DIARIA DE ACOMPAANHANTE ADULTO (COM PERNO
7 04.01.01.001-5	107185222700006	0 225270	107185222700006 3969800	✓2	042018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.02.02.038-0	6913326	0	6913326 6913326	✓1	042018 HEMOGRAMA COMPLETO
9 02.02.01.069-4	6913326	0	6913326 6913326	✓1	042018 DOSAGEM DE UREIA
10 02.02.01.031-7	6913326	0	6913326 6913326	✓1	042018 DOSAGEM DE CREATININA
11 02.02.01.063-5	6913326	0	6913326 6913326	✓1	042018 DOSAGEM DE SODIO
12 02.02.02.013-4	6913326	0	6913326 6913326	✓1	042018 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
13 02.02.02.014-2	6913326	0	6913326 6913326	✓1	042018 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PRO
14 02.04.06.016-8	3969800	0	3969800 3969800	✓2	042018 RADIOGRAFIA DE PERNA

==[VALORES DA PRÉVIA]==

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----+		+----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +-----+ +-----+		+----- Próprio Terceiro -----+ +----- Próprio Terceiro -----+ +-----+ +-----+		Total	
	+----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +-----+ +-----+		+----- Próprio Terceiro -----+ +----- Próprio Terceiro -----+ +-----+ +-----+		+----- Próprio Terceiro -----+ +----- Próprio Terceiro -----+ +-----+ +-----+			
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro		
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,80	
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	631,25	0,00	0,00	0,00	251,29	0,00	882,54	
04.08.06 GERAIS	460,58	0,00	0,00	0,00	148,90	0,00	609,48	
07.02.03 CEM EM ORTOPEDIA	235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88	
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00	
Total Geral:	1.416,51	0,00	0,00	0,00	400,19	0,00	1.816,70	

==[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]==

Linha Nota Placa	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3 20552 ✓	09.069.959/0001-58 ✓				



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600082724
NÚMERO DA AIH: 2318101989368

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 708603524718684 - ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 10/04/1989 - 29 anos

NOME DA MÃE: MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO ALVES MAIA, Nº 824

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231180 - RUSSAS

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: FLORES

CEP: 62608990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 980016003704908 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 11/04/2018 - 11:12 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 11/04/2018 - 18:20

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES: **1111111**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES** 6 - Nº PRONTUÁRIO: **5558067**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **708603524718684** 8 - DATA NASCIMENTO: **10/04/1989** 9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR: **10.1 - ETNIA**
11 - NOME DA MÃE/PAI: **MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES/FRANCISCO RODRIGUES DE SALES** 12 - TELEFONE DE CONTATO: **981710361**
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **NI** 14 - TELEFONE DE CONTATO: **998694878**
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **FRANCISCO ALVES MAIA, 824, FLORES**
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **RUSSAS** 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **19 - UF: 19 - CEP: 62.408.990**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA.NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO.
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **DIAFISE DE TIBIA.** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S822** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: **26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:
TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA. 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408050500**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: **5558067**
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **34 - DATA SOLICITAÇÃO: 11/04/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): **30555-127/033177000**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: **40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:**
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO **42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:**
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:**
48 - DOCUMENTO: **49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:**
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **11/04/2018** 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): **52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:**

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ROBERGES JUNIOR DE LIMA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/05/2020 às 12:22, sob o número 02264591520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0226459-15.2020.8.06.0001 e código 66A77FD

11/04/2018

UNISUS WEB



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

ESTÁDIO TIMONENGA - UNIDADE: UF INSTITUTO DR JOSÉ FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:**Acompanhar Solicitação de Internação**

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho

Acesso / Desconectar
 Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE	160043640890000 - ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES
NOME DA MÃE	MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5558067
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	10/04/1989 - 29 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA FRANCISCO ALVES MAIA, Nº 824
BAIRRO	FLORES
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	RUSSAS
Plantonista	
MÉDICO	24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE TRANSFERIDO (INSTITUTO PRÁXIS)
Solicitação	
NÚMERO	12600062724
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA	11/04/2018 - 11:12
PROFISSIONAL	24459836300 - CARLOS EMANUEL VASCONCELOS
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S622 - Fratura da diáfise da tibia
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA, NECESSITA DE CIRURGIA.
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EXAMES FÍSICO + RAIOS X
Causas externas	
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA

maç 10/04.
MIE

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

==[ADMISSÃO]==

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821001603	11/04/2018	15:19	PRAXIS	RUE - SMS
Caráter de Atendimento			SISREG	AIH
ELETIVO				
Origem do Paciente			Clínica/Especialidade	
IJF			CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA	
Médico Solicitante			Médico Responsável	
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO			5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO	
Procedimento Solicitado				Dias
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA				4

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome		Sexo
ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES		MASCULINO
Nascimento Idade	Raça/Cor	Estado Civil
10/04/1989 29 Anos	PARDA	SOLTEIRO(A)
Mãe		Religião
MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES		NÃO INFORMADO
Conjuge		
	Responsável	Prontuário
	FRANCISCA NAIANE RODRIGUES DE S	2445590
CNS	Registro	Documento Informado
708603524718684	201802570001578	RG: 2006099029243 Emissão: 04/04/2006
País	Município de Naturalidade	CEP
BRASIL	ALTO SANTO/CE	62908-990
Município de Residência		Logradouro
RUSSAS/CE		RUA FRANCISCO ALVES MAIA
Número	Complemento	Bairro
824		FLORES
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência
(88)9817.10361	(88)9986.94878	
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)		
AUTÔNOMO / TRABALHADOR VOLANTE DA AGRICULTURA		

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
FRANCISCA NAIANE	223/4
Tipo de Acomodação	Clínica
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA
Atendente: helena	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03
	Data: 11/04/2018 Hora: 15:27:02 Tempo: 00:07:23

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

FRANCISCA NAIANE RODRIGUES DE SOUZA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 11 de abril de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Número Data Hora Convênio/Plano
201821001603 11/04/2018 15:19 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável
FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
223/4 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome Sexo
ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
10/04/1989 29 Anos NÃO INFORMADO 2445590 201802570001578

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal
S822 - FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Procedimento Realizado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
Data Hora Motivo
14/04/2018 14:27 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 14 de abril de 2018

Responsável/ Repesantante Legal *Antonio Cleitiano Almeida de Sales* Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) Responsável pela Liberação *Aline Custódio* Nome Legível Assinatura/Carimbo



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555

www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 12/04/18

Nome do paciente:	Antonio Cletharus Almeida de Jesus		
Nº Prontuário:	2445590	Categoria:	
Clinica:	Praxio	Leito:	
Cirurgião:	Dr. Carlos Augusto		
Anestesista:	Dr. Manoel Gomes		
Tipo de Anestesia:	Bilam + Alaguna Rápido		
1 Auxiliar:	Dr. Carlos Augusto		
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Nair		
Circulante:	Suzanne / Eleonora		
Diagnóstico Pré-Operatório:			
Tipo de Operação/ Código:	0 4 1 5 0 7 0 0 1 2		
Diagnóstico Pós-Operatório:	0408010100 - 0408060150		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:	15V		

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
12:05	15:10	03:05
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA: X
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Elaine Farias Farias
Enfermeira
CRM: 326707

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista
Marta Marques Marques Dantas
01/12/2021
CPF: 01.185.213-04

MODELO-8.0

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 02/2019

DATA: 05/02/2019

Num AIH: 231910160539-2 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 02/2019 Data de Emissão: 11/01/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0227 Leito: 0002

Doc autorizador: 708505329547275 Doc med resp: 107185222700006 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 107185222700006

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 7086035247

Paciente: ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES ✓ Prontuário: 2445590 Laudo: ✓

Data Nasc.: 10/04/1989 Sexo: MASCULINO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2006099029

Responsável pac.: ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES Nome da Mãe: MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES ✓

Endereço: FRANCISCO ALVES MAIA, 824 - JARDIM II Raça/Cor: Parda ✓

Município: 231180 - RUSSAS UF: CE CEP: 62908-990 Telefone: (88)9986-9

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Muda Proc.:

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA Diag. Secundário: W010-QUEDA NO MESMO NÍVEL POR ESCORREGÃO, ✓

Diag. complementar: Causa Óbito: ✓

Carater atendimento: 00 - OUTROS TIPOS DE LESÕES E ENVENENAMENTOS POR AGENTES QUÍMICOS OU FÍSICOS Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 11/01/2019 Data saída: 25/01/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO ✓

Liberação SISAIH01: ✓

===[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador: CNAER: -

Vínculo com a previdência: - CBO: -

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha	Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmt	Descrição
1	04.08.05.050-0	✓	107185222700006	1 225270 107185222700006 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
2	04.08.05.050-0	✓	210157919150018	6 225151 210157919150018 3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA
3	07.02.03.040-0	✓	09069959000158	0 09069959000158 3969800	✓ 1	012019 FIXADOR EXTERNO LINEAR
4	04.08.06.019-0	✓	107185222700006	1 225270 107185222700006 3969800	1	012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
5	04.08.06.019-0	✓	210157919150018	6 225151 210157919150018 3969800	1	012019 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA
6	08.02.01.001-6	✓	0	0 3969800 3969800	✓ 14	012019 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM
7	04.01.01.001-5	✓	107185222700006	0 225270 107185222700006 3969800	✓ 8	012019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAME
8	08.02.01.019-9	✓	0	0 3969800 3969800	✓ 6	012019 DIARIA DE PERMANENCIA A MAIOR
9	02.02.02.038-0	✓	6913326	0 6913326 6913326	✓ 1	012019 HEMOGRAMA COMPLETO
10	02.02.01.069-4	✓	6913326	0 6913326 6913326	✓ 1	012019 DOSAGEM DE UREIA
11	02.02.01.031-7	✓	6913326	0 6913326 6913326	✓ 1	012019 DOSAGEM DE CREATININA
12	02.02.01.063-5	✓	6913326	0 6913326 6913326	✓ 1	012019 DOSAGEM DE SODIO
13	02.02.01.060-0	✓	6913326	0 6913326 6913326	✓ 1	012019 DOSAGEM DE POTASSIO
14	02.04.06.016-8	✓	3969800	0 3969800 3969800	✓ 1	012019 RADIOGRAFIA DE PERNA

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----		+----- Direto -----+ +----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +-----		+-----		+-----	
	Próprio Terceiro		Próprio Terceiro		Próprio Terceiro		+-----	
	+-----		+-----		+-----		+-----	
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	259,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	259,28
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	631,25	0,00	0,00	0,00	0,00	266,77	0,00	898,02
04.08.06 GERAIS	460,58	0,00	0,00	0,00	0,00	156,64	0,00	617,22
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	✓ 648,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	648,11
08.02.01 DIARIAS	209,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	209,14
Total Geral:	2.208,28	0,00	0,00	0,00	0,00	423,41	0,00	2.631,69

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3	27017 ✓	09.069.959/0001-58 ✓				

MS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

fls. 32

PAG.

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 02/2019

DATA: 05/02/2019

Num AIH: 231910160539-2

Situação: APURADA

Tipo: 01-INICIAL

Apresentação: 02/2019

Data de Emissão: 11/01/2019

Número de Nascidos

Número de Saídas

N. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0

Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção 1, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Assinatura e Carimbo
Assinatura: 2304
Carimbo: 02/2019 - 04
Data: 05/02/2019



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600100888
NÚMERO DA AIH: 2319101605392

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 708603524718684 - ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 10/04/1989 - 29 anos

NOME DA MÃE: MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

ENDEREÇO: RUA FRANCISCO ALVES MAIA, Nº 824

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 231180 - RUSSAS

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 981710361

BAIRRO: FLORES

CEP: 62908990

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tíbia

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 210157963640009 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 11/01/2019 - 17:31 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 14/01/2019 - 14:01

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"



Fortaleza 2

fls. 34

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE:

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

2 - CNES:

2529149

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

INSTITUTO PRAXIS

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES**

PRONTUÁRIO:

5558067

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE:

708603524718684

8 - DATA NASCIMENTO:

10/04/1989

09 - SEXO

() M () F

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE/PAI:

MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES

12 - TELEFONE:

33152425

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

N.I

14 - TELEFONE DE CONTATO:

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):

FRANCISCO ALVES MAIA 824 FLORES

16 - MUNICÍPIO:

RUSSAS

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

CE

19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

PACIENTE COM **FRATURA TIBIA**, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

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

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

FX. DIAFISE DE TIBIA

24 - CID 10

S822

25 - CID10 SECUNDÁRIO:

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO:

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DIAFISÁRIA DE TIBIA.

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

0408050500

29 - CLÍNICA:

TRAUMA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

EMERGENCIA

31 - DOCUMENTO:

() CNS () CPF

32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

34 - DATA SOLICITAÇÃO:

11/01/2019

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA:

40 - Nº DO BILHETE:

41 - SÉRIE:

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ DA EMPRESA:

43 - CNAE DA EMPRESA:

44 - CBOR:

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

48 - DOCUMENTO:

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

() CNES () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:

/ /

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via - SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e
Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual
do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: Zacarias.martins - UNIDADE: HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA - FORTALEZA

Operação:

Consultar Dados do Laudo

Siga os passos abaixo:

Seleção da solicitação de

internação

Pesquisar paciente

Dados do laudo

Dados do laudo - Internação

Lista de ocorrência

Visualização da ocorrência

Inclusão de ocorrência

Acesso:

Acesso / Desconectar

Operações

DADOS DO LAUDO - SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Para realizar uma nova consulta de laudo clique em Voltar.

NÚMERO DO LAUDO	12700027365
Identificação do paciente	
PACIENTE	ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES
NOME DA MÃE	MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	365603
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	10/04/1989 - 29 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	FAMILIAR
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA: FRº ALVES MAIA, Nº 824
BAIRRO	FLORES
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	15685896387 - PAULO CESAR BARROS MACHADO
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 34843820
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	
Solicitação	
NÚMERO	12700027365
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO RESERVA
DATA - HORA	11/01/2019 - 06:58
PROFISSIONAL	15685896387 - PAULO CESAR BARROS MACHADO
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2516640 - HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA (FORTALEZA)
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408050861 - TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE / RETARDO DE CONSOLIDACAO / PERDA OSSEA DA DIAFISE TIBIAL
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
ESPECIALIDADE CLÍNICA	
CLÍNICA COMPLEMENTAR	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: cleide.castro - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

708603524718684 - ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA

DE SALES



NOME DA MÃE

MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5558067

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

10/04/1989 - 29 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

FAMILIARES

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 981710361

ENDEREÇO

RUA FRANCISCO ALVES MAIA, Nº 824

BAIRRO

FLORES

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

RUSSAS

Plantonista

MÉDICO

41689984368 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE APOIO : INSTITUTO PRÁXIS. AGUARDA REMOÇÃO.

Solicitação

NÚMERO

12600100888

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

11/01/2019 - 17:31

PROFISSIONAL

41689984368 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S822 - Fratura da diáfise da tibia

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]=====

Número 201921000174 Data 11/01/2019 Hora 19:50 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO SISREG AIH

Origem do Paciente

IJF

Médico Solicitante

5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Procedimento Solicitado

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Dias
4

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome

ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES

Sexo

MASCULINO

Nascimento

10/04/1989

Idade

29 Anos

Raça/Cor

PARDA

Estado Civil

SOLTEIRO(A)

Religião

NÃO INFORMADO

Mãe

MARIA LENIR ALMEIDA DE SALES

Pai

FRANCISCO RODRIGUES DE SALES

Conjuge

Responsável

FRANCISCA NAIANE RODRIGUES DE S 2445590

Prontuário

CNS

708603524718684

Registro

201802570001578

Documento Informado

RG: 2006099029243 Emissão: 04/04/2006

País

BRASIL

Município de Naturalidade

ALTO SANTO/CE

CEP

62970-000

Município de Residência

ALTO SANTO/CE

Logradouro

RUA ANTONIO FAUSTO

Número

188

Complemento

Bairro

JARDIM II

Fone Móvel

(88)9817.10361

Fone Fixo

(88)9986.94878

Ponto de Referência

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

AUTÔNOMO / TRABALHADOR VOLANTE DA AGRICULTURA

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar

FRANCISCA NAIANE RODRIGUES DE SOUSA - ESPOSA

Acomodação/Leito

227/2

Tipo de Acomodação

APARTAMENTO SIMPLES

Clínica

CLÍNICA CIRÚRGICA

Posto de Enfermagem

POSTO DE ENFERMAGEM 03

Atendente: maria.nataly

Data: 11/01/2019 Hora: 19:52:08 Tempo: 00:01:57

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

FRANCISCA NAIANE RODRIGUES DE SOUSA, abaixo assinado, responsável pelo paciente ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 11 de janeiro de 2019

RESPONSÁVEL

Francisca Naiane Rodrigues de Sousa

TESTEMUNHAS

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921000174 11/01/2019 19:50 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

==[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
227/2 APARTAMENTO SIMPLES CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]=====

Nome ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES Sexo MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
10/04/1989 29 Anos NÃO INFORMADO 2445590 201802570001578

==[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

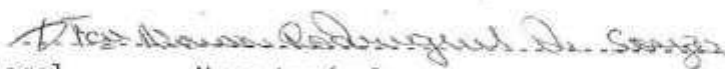
Data Hora Motivo

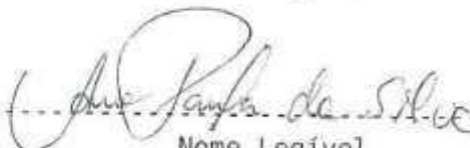
25/01/2019 16:19 ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 25 de janeiro de 2019

Responsável/ Representante Legal  Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) Responsável pela Liberação  Nome Legível Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: anapaula.silva

Data: 25/01/2019 Hora: 16:20:02



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 17/01/19

Nome do paciente:	Antonio Cláudio Almeida da Silva		
Nº Prontuário:		Categoria:	
Clínica:		Leito:	
Cirurgião:	Dr. Carlos Roberto de Jesus		
Anestesista:	Dr. Carlos Roberto de Jesus		
Tipo de Anestesia:			
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:			
Circulante:			
Diagnóstico Pré-Operatório:	Fratura da Tibia Aberta		
Tipo de Operação/ Código:	0401502012		
Diagnóstico Pós-Operatório:	04020-0-00 - a lesão na pele		
Relatório Imediato do Patologista:	0408060150 - a lesão		
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:			

Dr. Carlos Roberto de Jesus
Ortopedia
CRM 534

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo
Anestesia Ocorrências Principais		Classificação da Cirurgia:
		LIMPA:
		POT. CONTAMINADA:
		CONTAMINADA:
		INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

MODELO 8.0



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Data: 17/03/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Antonio Cleiton Almeida de Sales</u>							
Nº Prontuário:		Nº Controle:		Enf.:		Leito:	
Cirurgião: <u>Dr. Carlos Eduardo X. Braga</u>		Tempo de Sala: <u>1h</u>		Tempo de Oxigênio: <u>1h</u>			
IDADE: <u>29</u>	PESO: <u>78</u>	ALTURA: <u>1,78</u>	SEXO: <u>M</u>	TEMP: <u>36,2</u>	PULSO: <u>78</u>	RESP: <u>12</u>	PR. ART. MAX/MIN: <u>120/80</u>
TIPO SANGÜÍNEO: <u>O+</u>	HEMACIAS: <u>16.49/dL</u>	HEMOGLOBINA: <u>10.8g</u>	HEMATÓCRITO: <u>38.8%</u>	GLICEMIA: <u>-</u>	UREIA: <u>2.0mg/dL</u>	CREATININA: <u>0.9mg/dL</u>	
Ap. Respiratório: <u>Clínica normal</u>				Ap. Circulatório: <u>Clínica normal</u>			
Ap. Digestivo: <u>Clínica normal</u>				Ap. Urinário: <u>Clínica normal</u>			
Diagnóstico Pre-Operatório: <u>Infecção urinária</u>				Risco: <u>Alto</u>			
Anestesias Anteriores: <u>Nenhuma</u>				Medicação Pré-Anestésica: <u>Paral 5mg IV</u>			
Aplicada às: <u>14:00h</u>				Efeito: <u>Relaxamento</u>			
Agentes Anestésicos							
Líquidos							
CÓDIGO P. Arterial O. Pulso O. Respiração Anestesia O. Operação	260						
	240						
220							
200							
180							
160							
140							
120							
100							
80							
60							
40							
20							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES							
POSICÃO	<u>Decubito lateral</u>						
AGENTES	<u>1) + 2) + 3) + 4) + 5) + 6)</u>						
TÉCNICA	<u>Relaxante com tubo ent</u>						
OPERAÇÃO	<u>Artroscopia de joelho</u>						
CIRURGIÕES	<u>Dr. Carlos Eduardo X. Braga</u>						
ANESTESISTAS	<u>Dr. [Signature]</u>						
TEMPO DE ANESTESIA: Dia: <u>1</u> h: <u>00</u> min: <u>00</u>							
Anestesiado: <u>[Signature]</u>							

INDUÇÃO	
Satisf.	Excel.
Tosse	
Laringoespasm	Lenta
Núcleas	Vômitos
Outros	

MANUTENÇÃO	
1) Flus 100 ml SE com Abocel 20	
2) Paral 5mg + 0.1	
3) Cl fex 1g + 0.1	
4) Agulha 26x0.1	
5) Di morfo, 2mg + 0.1	
6) Dupum 0.1 + 0.1	
7) Eufila 10	

Anestesias Satisfatórias	
SIM	NÃO
DESPERTAR	
Reflexos na S.O.	
Obstr.	Co2
Excit.	Núcleas
Vômitos	Outros
Para o leito com cânula	
Sint. Respiração	
Condições	
Perda sanguínea aprox.	ml
Volume sanguíneo repouso	ml

CRM 20022 Maria Monalisa Mendes Dantas
CPF: 045.485.213-04
MODELO 2.1

CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO FORTALEZA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	T932 - Sequelas de outras fraturas do membro inferior
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM PSEUDO ARTROSE DA TÍBIA DIREITA E FRAGILIDADE DE PELE COM FERIDA.
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RAIOS-X
Judicial	
JUDICIAL	NÃO
NÚMERO DO MANDATO	
OBSERVAÇÕES JUDICIAIS*	
Causas externas	
DESCRIÇÃO DO ACIDENTE	NÃO SE APLICA
Evolução do paciente	
DATA-HORA ▲ ▼ OPERADOR ▲ ▼ EVOLUÇÃO ▲ ▼	
11/01/2019 14:07 Zacarias.martins	PACIENTE SERA TRANSFERIDO PARA I.J.F CENTRO AUTORIZADO PELO DR GUSTAVO.
Primeira Anterior 1 de 1 Próxima Última	

[Voltar](#)

Caso deseje acessar a lista de ocorrências da solicitação você pode:

[Acessar ocorrências](#)

Caso deseje Imprimir Laudo de Solicitação de Internação você pode:
[Imprimir Laudo de Solicitação de Internação](#)

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO**DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS****PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**

FRATURA DE TIBIA.

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**RISCO DE COMPLICAÇÕES E
AGRAVOS, NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRÚRGICO.**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**ANAMNESE + EXAMES FÍSICO, CLÍNICO E
RADIOGRÁFICO.

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

[Voltar](#)

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:[Cancelar solicitação](#)**Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:**[Acessar ocorrências](#)

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. sun
 2. moon in afternoon
 3. coys coys
 4. D. B. Hunt in front meadows
 5. steak
 6. down reaction in st
 7. red in front in st
 8. hewer in front in front st
 9. Be control
 10. curator

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60 310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

PRÉ - REQUISIÇÃO - ANESTESIA

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
313-1	ADRENALINA	AMP	
550-9	ÁGUA DESTILADA 1000ML	UND	
350-6	AMINOFILINA	AMP	
260-7	ATROPINA	AMP	
383-2	AMPICILINA 1G	FRAMP	
279-8	BICARBONATO DE SÓDIO	AMP	
281-0	CL POTÁSSIO - 10%	AMP	
370-0	DIAZEPAM 10MG	AMP	
21415	MORFINA SULFATO 0.2mg/ml	AMP	
369-7	PETIDINA 100mg/2ml	AMP	
388-9	MIDAZOLAN 15 mg/3ml	AMP	01
414-8	ETILEFRINA	AMP	
397-2	ENFURANO 100ml	ML	
340-9	PROMETAZINA 50mg	AMP	
355-7	HIDROCORTIZONA 500mg	FRAMP	
399-3	HALOTANO 100ML	ML	
398-0	FENTANILA + DROPERIDOL	AMP	
396-4	CETAMINA	FRAMP	
386-7	CEFALOTINA	FRAMP	01g
386-8	FUROSEMIDA 2ML	AMP	
367-0	FENTANILA CITRATO 0.05mg/ml	FRAMP	
389-1	GENTAMICINA		
296-4	HEPARINA		
401-4	BUPIVACAÍNA 0.5%		
403-0	BUPIVACAÍNA + EPINEFRINA		
440-5	BUPIVACAÍNA PESADA		0.5g
6632-5	NALBUFINA		
399-0	PANCURÔNIO		
264-0	METOCLOPRAMIDA		
381-1	NEOSTIGMINE		
360-3	SEXAMETÔNIO 100mg	FRAMP	
400-6	THIOPENTAL		
358-1	ATRACURIUM		
353-0	DICLOFENADO DE SÓDIO		
408-5	LIDOCAÍNA COM VASOCONST		
408-1	LIDOCAÍNA + GLICOSE		
407-3	LIDOCAÍNA SEM ADRENALINA		
8611-4	CISATRACURIO 10MG		
8811-1	PROPOFOL		
362-0	NALOXONA		
8811-3	ISOFLURANO		
	SUFENTANIL		
	HYPNOMIDATE		

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
SOROS			
553-3	Solução frutose 500ML	Tubo	
553-3	Solução de Manitol 250ML	Tubo	
559-2	Solução de Ringer lactato 500ML	Tubo	02
557-6	Soro fisiológico 0,9% 250ml	Tubo	
556-6	Soro fisiológico 0,9% 500ml	Tubo	02
1901-1	Soro fisiológico 1.000ml	Tubo	
558-4	Soro glicosado 5% 500ML	Tubo	
MATERIAIS			
	CATETER INTRAVENOSO		02
	AGULHA DESC. PERIDURAL		
	AGULHA DESC. P/RAQUE		
	EQUIPO P/ SORO		01
	SONDA ASP. TRAQUEAL		
	SONDA ENDOTRAQUEAL		
	SONDA NASOGÁSTRICA		
GASES MEDICINAIS			
	AR COMPRIMIDO		
	GÁS CARBÔNICO		
	OXIGÊNIO		
	ÓXIDO NITROSO		
SANGUE - HEMODERIVADOS			
	SANGUE		
	PLASMA		
	ALBUMINA		
	PAPA HEMÁCIAS		
USO DE APARELHO			
	CAPNÓGRAFO	h	
	MONITOR	h	
	OXÍMETRO	h	
JUSTIFICATIVA			
MEDIDA			

TIBIA FIBULA

Mag: 1.0x

E
AP

SINISTRO 3180429230 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA

GECEINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO ANTONIO CLEITIANO ALMEIDA DE SALES

CPF/CNPJ: 60116251344

Posição em 07-04-2020 09:55:52

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/10/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/01/2020	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
26/11/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
08/11/2019	INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE	
29/05/2019	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
14/12/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
07/12/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
21/09/2018	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
20/09/2018	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	