Poder Judiciário
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará

CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

e-SAJ Portal de Serviços

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E Acessar nova versão do e-SAJ

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

# Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

**Atenção**

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01307589-6** em **03/07/2020 09:39:37**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

### Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

## Peticionante

**Nome** : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

## Protocolo

**Foro** : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
**Processo** : 0233616-39.2020.8.06.0001
**Protocolo** : WEB1.20.01307589-6
**Tipo da petição** : Contestação
**Assunto principal** : Seguro
**Data/Hora** : 03/07/2020 09:39:37

## Partes

**Solicitante** : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

## Documentos Protocolados

Exibindo 3 documentos >> Exibir todos

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

**Petição*** : 2731438_CONTESTACAO_01 - 1-9.pdf
**Procuração/Substabelecimento**: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
**Documentação** : 2731438_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1.pdf

## Downloads

**Anexar documentos** : Realizar download dos documentos da petição
**Recibo** : Realizar download do recibo

# BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE
CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A
BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020
NUMERO DO DOCUMENTO:
VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:
CLIENTE: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

BANCO: 104
AGÊNCIA: 04689
CONTA: 000000015852-6

---

Nr. da Autenticação 8E5AC5742582BCD8

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
**Impresso nº 2019858549**

H.S _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4023 / 2019**

***Dados da Ocorrência***

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/11/2019 09:03:41**
Data / Hora da Ocorrência: **14/09/2019 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV OSORIO DE PAIVA, PARANGABA - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PRIXIMO AO FROTINHA DA PARANGABA**

***Dados da(s) Vitima(s)***

Nome: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **22/10/1997** CPF: **614.937.743-10**
RG: **20085533011** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA**
**JOSÉ PINTO DE OLIVEIRA**
Endereço: **RUA RODRIGUES MEDEIROS, 575**
Bairro: **CANINDEZINHO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.731-385**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98620-7046**

***Dados do(s) Veiculo(s)***

**1)** Placa: **OCN9051** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1670BR509672** Renavam: **324450842** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE HELIO DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

***Histórico***

A DECLARANTE AFIRMA QUE NA DATA, HORÁRIO E LOCAL ACIMA MENCIONADOS TRAFEGAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA OCN-9051, SENDO CONDUZIDA POR JOSE EDIVANDO DO ROSARIO MACIEL, QUANDO UM VEICULO NÃO IDENTIFICADO AVANÇOU O SINAL VERMELHO, MOMENTO EM QUE ESTE COLIDIU NA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA; QUE COM O IMPACTOS CAÍRAM, MAS SOMENTE A DECLARANTE FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE SEM PRESTAR SOCORRO; QUE FOI SOCORRIDA PELA AMBULÂNCIA DO SAMU PARA O HOSPITAL FROTINHA DA PARANGABA E NO OUTRO DIA FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DA MULHER. E NADA MAIS DISSE////

OBS:A FALSA COMUNICAÇÃO É PREVISTA NO ART 340 DO CPB E O PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO É DE SEIS MESES A PARTIR AD DATA DO FATO.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____
**MARIA GORETE TOMAZ VIANA - MAT.: 133917-1-8**



x Daiara Paiva de Oliveira

FLS._____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4023 / 2019**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** x Daiana Rocha de Oliveira

**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____
**DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

Seguradora LÍDER

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 61493774310

4 - Nome completo da vítima: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

6 - CPF: 61493774310

7 - Profissão: RECUSO

8 - Endereço: RUA RODRIGUES MEDEIROS

9 - Número: 575

10 - Complemento:

11 - Bairro: CANINDEZINHO

12 - Cidade: FORTALEZA

13 - Estado: E

14 - CEP: 60731385

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 85-99917-9339

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

**21 - DADOS BANCÁRIOS:** ☒ **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

**AGÊNCIA:** 4689 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 15852 (Informar o dígito se existir) 6

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

**Nome do BANCO:**

**AGÊNCIA:** (Informar o dígito se existir) **CONTA:** (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 o que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 20/12/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190718772** **Vítima: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 14/09/2019** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br**. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

**Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190718772** **Vítima: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**

**Data do Acidente: 14/09/2019** **Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

| | |
|---|---|
| Multa: | R$ 0,00 |
| Juros: | R$ 0,00 |
| Total creditado: | R$ 1.687,50 |

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000004689**
Conta: **0000015852-6**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

# BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 09/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04689

CONTA: 000000015852-6

---

Nr. da Autenticação 8E5AC5742582BCD8

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0467572/19

**Vítima:** DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

**Data do acidente:** 14/09/2019

**CPF:** 614.937.743-10

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

**Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

**Sinistro**

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

**DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA : 614.937.743-10**

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

## ATENÇÃO

**O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.**

**A indenização por invalidez permanente é de até R$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.**

**A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.**

| Portador da documentação apresentada | Responsável pelo cadastramento na seguradora |
|---|---|
| Data da apresentação: 26/12/2019 | Data do cadastramento: 26/12/2019 |
| Nome: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | Nome: Antonia Daniella Ferreira da Silva |
| CPF: 614.937.743-10 | CPF: 063.066.023-99 |
| DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | Antonia Daniella Ferreira da Silva |

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190718772 **Cidade:** Parangaba **Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA **Data do acidente:** 14/09/2019 **Seguradora:** ALFA PREVIDENCIA E VIDA S.A.

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 03/01/2020

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DISTAL DE RÁDIO ESQUERDO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). ALTA MÉDICA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE PUNHO ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Documento/Motivo:**

**Nome do documento faltante:**

**Apontamento do Laudo do IML:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE PUNHO ESQUERDO.

**Documentos complementares:**

**Observações:** PÁG 19/21/23/94_CIRÚRGIA

**Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.**

## DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|---|---|---|---|
| Perda completa da mobilidade de um dos punhos | 25 % | Em grau médio - 50 % | 12,5% | R$ 1.687,50 |
| | | **Total** | **12,5 %** | **R$ 1.687,50** |

Seguradora Líder • DPVAT

# SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

**INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS** (ID)

## IDENTIFICAÇÃO

**VÍTIMA** DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

DATA DO ACIDENTE 14/09/2019 CPF DA VÍTIMA 614 937 743 10

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO**

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR ( ) VÍTIMA ( ) REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____

ENDEREÇO DO PORTADOR RUA RODRIGUES MEDEIROS, 575 CANINDEZINHO

Nº ___ COMPLEMENTO ___ BAIRRO ___

CIDADE ___ UF ___ CEP ___

E-MAIL ___ TELEFONE ( ) ___

**MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:**

## DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

(X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) LAUDO DO IML **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA

(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL), OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

( ) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL **(CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)**

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS

( ) NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

( ) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

## DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

( ) CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

( ) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

**OBS:** REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

**VALORES DE INDENIZAÇÃO**

- **MORTE – R$ 13.500,00**
- **INVALIDEZ PERMANENTE – ATÉ R$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.**
- **DESPESAS MÉDICAS (DAMS) – REEMBOLSO ATÉ R$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.**

- **O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA**
- **COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO**
- **PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204**

**PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE**

DATA ___

IDENTIDADE ___

ASSINATURA ___

**RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA**

DATA 20/12/2019

NOME ___

ASSINATURA ___

Anderson Silva
Analista DPVAT

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DAIANA PAIVA DE OLIVEIRA

## DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: USUARIO DESCONHECIDO Nº 3691
Nº DO PRONTUÁRIO: 389186
Nº DO RE: 289375
CASOS:
NASCIMENTO: 01/01/1998(21 ANOS)
SEXO: F
RAÇA/COR: NÃO INFORMADA
DOCUMENTOS:
NOME MÃE:
NOME RESPONSÁVEL: NI
ENDEREÇO: AVENIDA GENERAL OSÓRIO DE PAIVA 1127 PARANGABA
MUNICÍPIO: FORTALEZA
UF: CE
CEP: 60.720-000
CONTATO:

## OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSEUNTE/DADOS DO ACIDENTE:

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU,USBM04,REFERE DOR APOS TRAUMA PUNHO ESQUERDO,LACERAÇAO NO QUEIXO
MOTIVO: AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA
SINTOMAS: NI
ESCALA DE DOR: 99 (ADULTO)

## SINAIS VITAIS

PESO: NI KG
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
SAT O2: NI%
PULSO: NI
GLICEMIA: NI
TEMPERATURA: NI °C
ALERGIAS: NAO
CLASSIFICAÇÃO: VERDE
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 14/09/2019 08:58:10

## ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO: TRAUMATOLOGIA

## ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE:

trauma no punho e
dor/deformidade/edema
+ ferida no/lacerada no mento

DIAGNÓSTICO:
COD. PROCEDIMENTO:
CID:
EXAMES SOLICITADOS: ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X ( ) OUTROS

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|
| N/ Fratura de ulna + luxação | | |
| cirurgia geral - fundo contra | | |

## TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Impresso por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA machado em 14/09/2019 às 08:56:12
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Usuario Desconhecido nº 3691
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Pedro Hernani Martins Soares
Cirurgião Geral
CRM 6805

Mônica Sabo
Mat. 11986

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | OBSERVAÇÃO |
|---|---|
| [illegible] | |
| [illegible] | |
| PP - [illegible] | |
| Mônica Saba | |
| Mat. 15284 | |
| Hidrocodona 75 | 1M agora |
| (MM) | |
| Profenid 100 | 10:30 |

CONDUTA:

ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: __/__/__ HORA: __:__

OBSERVAÇÃO (ATÉ 24 H) ☐ DATA E HORA DA ALTA: __/__/__ HORA: __:__

INTERNAÇÃO ☒ Nº PROTOCOLO:

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: 14.09.19 HORA: 9:20

ASS. CARIMBO MÉDICO

DATA ÓBITO

ATA DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: __/__/__ HORA ÓBITO: __:__

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MEDICO E CARIMBO

1605538741 80005 32386

SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
Fortaleza

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULARIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRIF - SMS - PMF

# LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº de AIH: 2319103159329

UNIDADE HOSPITALAR: HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ: 07.835.044 / 0002-61

## DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Dorina Pereira de Oliveira

ENDEREÇO DO PACIENTE: RUA: RODRIGUES MEDEIROS Nº 576

BAIRRO: CHANDEZINHO

MUNICÍPIO: FORTALEZA

UF: CE

CEP:

DATA DO NASCIMENTO: 23/10/1977

SEXO: 1.☐ MASC 3.☒ FEM

CONDIÇÃO: 2.☐ SEGURADO 4.☐ CONJUGE 6.☐ FILHO 8.☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE: FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA

## DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE: 391 149 613-34

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO:

C. INT.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

DATA DA EMISSÃO: 14/09/19

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, edema e deformidade no punho E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pós op de complicações

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Hemograma + EF + RX

Mônica Sabo
Mat.15980

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura rádio distal E

TIPO DE CLÍNICA
1.☒ CIRÚRGICA
2.☐ OBSTÉTRICA
3.☐ CLÍNICA MÉDICA
4.☐ TISIOPEUMOL
5.☐ PSIQUIÁTRICA
6.☐ PEDIÁTRICA
9.☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese

| CRM - MÉDICO SOLICITANTE | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE | DATA | HORA |
|---|---|---|---|
| 7729 | | 140919 | 9:00 |

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SL

# REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

## DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA
Nº DO PRONTUÁRIO: 389203
Nº DO RE: 289375
CPF/RG: 708601586754488
NASCIMENTO: 22/10/1997(21 ANOS)
SEXO: F
RAÇA/COR: PARDO
DOCUMENTOS: CADASTRO DE PESSOA FÍSICA (CPF): 61493774310|CARTEIRA DE IDENTIDADE (RG): 200853301
NOME MÃE: FRANCISCA DE ASSIS DE PAIV SILVA
RESPONSÁVEL: NI
ENDEREÇO: RUA RODRIGUES MEDEIROS 575 CANINDEZINHO
CONTATO: (85) 98751-1405
CIDADE: FORTALEZA
UF: CE
CEP: 60.731-386

## OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CUIDOS DO PACIENTE:

## CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU,USBM04,REFERE DOR APOS TRAUMA PUNHO ESQUERDO,LACERAÇAO NO QUEIXO
MOTIVO: AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA
ALERGIAS: NI
IDADE/CLASSIFICAÇÃO: 99 (ADULTO)

## SINAIS VITAIS

PESO: KG
TEMPERATURA: NI °C
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
SATOS: NI%
PULSO: NI
GLICEMIA: NI
CLASSIFICAÇÃO: VERDE
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO
DATA/HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 14/09/2019 08:56:10

## ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO: TRAUMATOLOGIA

## ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO:

EXAMES SOLICITADOS: ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X _____ ( ) OUTROS
COD. PROCEDIMENTO:
CID:

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|
| | HOSPITAL DISTRITAL DE [illegible] ATESTO QUE CONHEÇO CONFORME [illegible] Mônica Saba Mat. [illegible] | |

## TIPO DE ALTA/SAÍDA

( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL
DATA/HORA DO ATENDIMENTO:
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Impresso por DEJENANE ISIDORIO COSTA SOARES em 14/09/2019 às 14:05:24
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

Fortaleza PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

# FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Daiana Paiva de Oliveira

| Prontuário | Enferm. | Leito | Data Internação | Diagnóstico |
|---|---|---|---|---|
| | | | 14/09/19 | |

**ANOTEM-SE:** diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu.

| DATA | EVOLUÇÃO |
|---|---|
| 14/09/19 D1 | Internada [illegible] de [illegible] |
| 14/09/19 | D.P.O. 2ª Dia. Paciente admitida na emergência [illegible] Teve que ser pulsa esquerda. Evolui consciente, orientada, [illegible] dizendo, deambulando, respondendo eu ar ambiente. Em queixa [illegible] e dieta medicamentosa. Segue sob cuidados da equipe. Em Terapia: Encaminha ao posto 4, L. 111. Larissa Porto Barradas COREN CE [illegible] |
| 14/09/19 | #Enfermagem# D.P.O. 2ª, ♀, HH por trauma em punho (E). Proveniente da emergência, foi admitida às 16h40min. no Posto 1. Evolui consciente, orientada, cooperativa, verbaliza suas NHB's, deambula sem auxílio, eupneica em ar ambiente. Com AVP em MSD, pérvio. Segue com acompanhante. Refere dor no local da trauma. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. Foi orientada que o médico não autorizou acompanhante. Ana Cesselena da Silva Farias COREN CE 455.208 - ENF |
| | Recebe [illegible] |
| 15/09/19 | Paciente com trauma em punho E. Consciente, orientada, deambulando com uso em muleta de apoio, [illegible] sem sinais flogísticos. Recuperação ausculta no período, [illegible] a presente. Sem queixas no período. Segue sob cuidados da equipe de enfermagem. [illegible] Dr. Matheus Pinheiro de Oliveira CRM-CE 30.934 - GO |
| | PP - Mônica Mônica Sabo Mat.15990 |

Prontuário

| DATA | HOSPITAL DISTRITAL DE JOSÉ BARBOSA DE OLIVEIRA<br>ATESTO QUE DATA CONFERE COM ORIGINAL | EVOLUÇÃO |
|---|---|---|
| | Mônica Saba<br>Mat.35982 | |

CRM - MÉDICO (A)

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que a Sra. **Daiara Paiva de Oliveira** deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 14/09/2019 às 08:56min, sem documentação, sendo atendida como desconhecida sob o prontuário de nº 389186.

Os familiares, no dia seguinte, apresentaram os documentos necessários para o reconhecimento da desconhecida. Após analisarmos o RG de nº 2008553301 e CPF de nº 614.937.743-10 constatamos que o nome da paciente é **Daiara Paiva de Oliveira**, nascida na data de 22/10/1997, filha de Francisca de Assis de Paiva Silva, residente à Rua Rodrigues Medeiros, 575, canindezinho-60731-385-Fortaleza.

Atenciosamente,

Fortaleza 06 de novembro de 2019

Monica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do NUAC

Avenida Osório de Paiva, 1127 Parangaba – Fortaleza – Ceará
CEP 60.720-640 – Fone (85) 31317322

## PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

**SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico**

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

| | | | |
|---|---|---|---|
| 12: | | | |
| 20: | | | |
| 06: | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| A: | 115/60 | 120/70 | |
| TEMP.°: | 36°C | | |
| P./ MIN.: | | | 70 |
| M.V. / MIN.: | — | | |

| NOME: | IDADE: | ENF.: | LEITO: | Nº. PRONTUÁRIO: |
|---|---|---|---|---|
| Diana [illegible] de Oliveira | 21 | | 11 | |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÃO | RUBRICA (Enf.) Dieta) |
|---|---|---|---|---|
| 19/09/19 | ① Dieta livre | SND | 14:09/19 | |
| | ② Hidratação com 10 ampolas | 8h 12h 18h 24h 08h | paciente admitida p/ LEO | |
| | ③ Ins dados [illegible] | Noturna | fraturas abertas na perna esq. com redução cirúrgica E paciente orientada, consciente, deambulando sem auxílio, e a [illegible] medicações. | |
| | | | AVPD | EDINALVA PEREIRA DE SOUZA COREN-CE 3[illegible]-TE |
| | ④ Cefuroxe 2ue + Bue (1g/dia) 22 04 20 AD, EV, 6/6h | | 17:25 admitido na pr. [illegible] com fratura radio distal E - Rick | |
| | | | [illegible] | |
| | | | HOSPITAL REGIONAL INTERNACIONAL DE QUIXELÔ ATESTO QUE OBTI CIRURGIA COM ANALGESIA | |
| | | | Monica Sabó Mat. 15936 | |

Dr. Regério Batista
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 12573

Larissa Portela Barradas
COREN CE [illegible] ENF

Prontuário

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotleha de Paranaguba

| | Glicemias | Insulinas | Rubrica |
|---|---|---|---|
| 11: | | | |
| 16: | | | |
| 20: | | | |
| 06: | | | |

| | SINAIS VITAIS | | | |
|---|---|---|---|---|
| HORÁRIO: | 10:00 | | | |
| P.A.: | 120x80 | | | |
| TEMP.°: | 35° | | | |
| P.J MIN.: | | | | |
| M.V. / MIN.: | | | | |

# PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

**SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico**

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

| NOME: | IDADE: | ENF.: B | LEITO: | Nº. PRONTUÁRIO: |
|---|---|---|---|---|

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÃO 24/09 | RUBRICA (Enf. / Dieta) |
|---|---|---|---|---|
| 15 | DIETA GERAL | 12 SND 05 | Paciente, Internada | C-Lisboa |
| 14 | ~~IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 Hs~~ | | HAH Transferida p/ | |
| | ~~DIPIRONA 01 AMP 1/18 CC SF EV 6/6 Hs SN~~ | | hosp. da Mulher | Pedro |
| | ~~TRAMAL 100 mg + 100 ml SF EV SN~~ | | | |
| 12 | SINAIS VITAIS | Rodrigo | HOSPITAL DR. JOSÉ PARANGUÁ DE OLIVEIRA DECLARO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL | |
| | Dr. Rubens Mendes Rodrigues Ortopedia Traumatologia CRM-4601 | Janilio Nascimento Enfermeira COREN-CE 310534 | Mônica Sáda Mat.15984 | |

V-871755/17

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de Fortaleza

# PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: N09 | PONTO DE APOIO: RGC V | Nº DA OCORRÊNCIA: 01 73

DATA: 14/09/19 | TURNO: N | EQUIPE: Galvania / Antonio

NOME: Daiana Paula de Oliveira | IDADE: 22 | SEXO: F

ENDEREÇO: AV Osório de Paiva próx Farmácia da

REFERÊNCIA: Parangaba | BAIRRO: Parangaba

QTY: 07:53 | QUS: 08:20 | QUR: 8:48 | QUY: | QUU: 9:27

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão

## RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

| RESPOSTA AO CHAMADO | EXPANSÃO TORÁCICA | PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNIC |
|---|---|---|
| ☐ RESPONSIVO<br>☐ NÃO RESPONSIVO | ☐ PRESENTE<br>☐ AUSENTE | ☐ PRESENTE<br>☐ AUSENTE |

**A** (vias aéreas): ☐ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR:

**B** (respiração):

| PADRÃO RESPIRATÓRIO | INSPEÇÃO | PALPAÇÃO/PERCUSSÃO | AUSCULTA |
|---|---|---|---|
| ☐ EUPNEICO<br>☐ TAQUIPNEICO<br>☐ BRADIPNEICO<br>☐ AGÔNICA/AUSENTE | ☐ NORMAL<br>☐ ALTERADA: | ☐ NORMAL<br>☐ ALTERADA: | ☐ NORMAL<br>☐ ALTERADA: |

**C** (circulação):

| PULSO | | PELE | | ENCHIMENTO CAPILAR | SANGRAMEN EXTERNO |
|---|---|---|---|---|---|
| ☐ NORMOCÁRDICO | ☐ CHEIO | ☐ CORADA | ☐ SUDOREICA | ☐ ≤ 2 seg | ☐ SIM |
| ☐ TAQUICÁRDICO | ☐ FILIFORME | ☐ PÁLIDA | ☐ SECA | ☐ > 2 seg | ☐ NÃO |
| ☐ BRADICÁRDICO | ☐ IMPALPÁVEL | ☐ CIANÓTICA | ☐ QUENTE | | |
| | | | ☐ FRIA | | |

LOCAL:

**D** (neurológico):

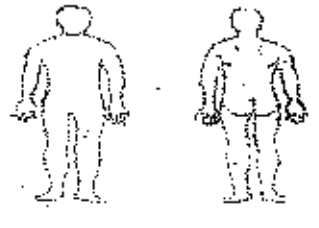
ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

| ABERTURA OCULAR | | RESPOSTA VERBAL | | RESPOSTA MOTORA | |
|---|---|---|---|---|---|
| ESPONTÂNEA | ☐ 4 | ORIENTADO (A)/SORRI (P) | ☐ 5 | OBEDECE A COMANDOS | ☐ |
| À VOZ | ☐ 3 | CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) | ☐ 4 | LOCALIZA A DOR | ☐ |
| À DOR | ☐ 2 | PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) | ☐ 3 | MOVIMENTO DE RETIRADA | ☐ |
| NENHUMA | ☐ 1 | SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE(P) | ☐ 2 | FLEXÃO ANORMAL | ☐ |
| TOTAL: 15 | | NENHUMA | ☐ 1 | EXTENSÃO ANORMAL | ☐ |
| | | | | NENHUMA | ☐ |

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS:

**E** (exposição):

ADULTO | LESÕES | PEDIÁTRICO



Dha Antonella

## SAMPLA

| FC: 112 | PA: 120 x 80 | FR: 18 | GLIC.: — | OXIM.: 98. | TEMP.: |
|---|---|---|---|---|---|

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: [illegible]

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

pct vítima de colisão moto x carro policiais capacete consciente orientado, apresentando [illegible] saturação em ar [illegible] + [illegible] de punho esquerdo com presença de deformidade e edema [illegible]

ASS./COREN:

## ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

## DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: Hotel [illegible] da Pampulha BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM ☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

EM: 14/09/19 às 9 hs

## COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

## TERMO DE RECUSA

EU, _____, RG/CPF _____,

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: ___/___/___, às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

## RESUMO DE ALTA

| | |
|---|---|
| **PACIENTE:** DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | **Nº PRONTUÁRIO:** 85795 |
| **TOTAL DIAS DE PERMANÊNCIA:** 03 DIAS | **ENFERMARIA/LEITO:** 208-77 |
| **DATA DE ADMISSÃO:** 15/08/19 | **DATA DE ALTA:** 18/09/19 |
| **DIAGNÓSTICO INICIAL/CID-10:** FRATURA DO RÁDIO DISTAL ESQUERDO | **DIAGNÓSTICO FINAL/CID-10:** TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO+REPARO LIGAMENTAR DO PUNHO/CARPO |

**HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO:** PACIENTE 21 ANOS RELATA TER SOFRIDO ACIDENTE DE MOTO DIA 14/09 COM TONTURA NO MOMENTO DO ACIDENTE AO TRAUMATIZAR O QUEIXO. PROCUROU ASSISTÊNCIA MÉDICA POR MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES NO CORPO, DOIS DENTES QUEBRADOS E LESÃO EM MSE. FOI DIAGNOSTICADA COM FRATURA DE RÁDIO DISTAL A ESQUERDA. NO MOMENTO SEM QUEIXAS.

**RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES REALIZADOS:**
EXAMES SEM ALTERAÇÕES SIGNIFICATIVAS.

**EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES:** CIRURGIA REALIZADA SEM INTERCORRÊNCIAS. PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ASSINTOMÁTICA, COM BOM CONTROLE ÁLGICO, SEM NOVAS QUEIXAS. ACEITA BEM A DIETA VIA ORAL, SEM NÁUSEAS OU VÔMITOS. CONCILIA CICLO SONO VIGILIA. ATUALMENTE EM BOAS CONDIÇÕES DE ALTA HOSPITALAR.

**TERAPÊUTICA UTILIZADA:**
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PUNHO+REPARO LIGAMENTAR DO PUNHO/CARPO DIA 17/09/19 POR DR FREDERICO THALES E DR THIAGO AGUIAR CAVALCANTI

**ORIENTAÇÕES PÓS ALTA:**

1) MARCAR NO SAME RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DA TRAUMATO-ORTOPEDIA COM 30 DIAS.
2) SEGUIR PRESCRIÇÃO E ORIENTAÇÕES MÉDICAS.
3) REALIZAR RADIOGRAFIA NO DIA DE CONSULTA AMBULATORIAL.
4) RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS NO POSTO DE SAÚDE

**CONDIÇÕES PÓS ALTA:**

**( ) Curada ( X ) Melhorada ( ) Inalterada ( ) A pedido ( ) Transferida ( ) OUTRA ( ) Óbito ( ) Solicitada necropsia**

**Fortaleza – Ceará, 18/09/2019**

| | |
|---|---|
| **CARIMBO DO SERVIÇO** | **CARIMBO E ASS. DO MÉDICO** |

Dra. Karla Marques Viana
Médica
CREMEC - 16.399

927000 32506 2319103 159769

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN
2 - CNES: 7 0 4 7 4 2 8

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL E MATERNIDADE ZILDA ARNS NEUMANN
4 - CNES: 7 0 4 7 4 2 8

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Raiara Lima de Oliveira
6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 85795
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7 0 8 6 0 7 5 8 6 7 6 9 9 8 8
8 - DATA DE NASCIMENTO: 22/10/1997
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [X] 3
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Francisca de Arns de Lima Silva
11 - TELEFONE DE CONTATO: DDD 86 2070 46
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua Rodrigues Medeiros 575
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Fortaleza
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
15 - UF:
16 - CEP: 60732 685

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Acidente de moto
+
fratura rádio esquerdo

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

Tratamento cirúrgico

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

anamnese + EF + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura rádio E
21 - CID 10 PRINCIPAL: S525
22 - CID 10 SECUNDÁRIO:
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Conserto cirúrgico fratura extremidade distal rádio
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408020407
26 - CLÍNICA: ortopedia trauma
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:
28 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 9 6 3 9 8 5 0 1 3 4 7
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: Dra. Clara Mota Randal
Médica Otorrinolaringologista
CRM-CE: 16622
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/09/19
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dra. Clara Mota Randal
Médica Otorrinolaringologista
CRM-CE: 16622

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

33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA:
37 - Nº DO BILHETE:
38 - SÉRIE:
39 - CNPJ EMPRESA:
40 - CNAE DA EMPRESA:
41 - CBOR:

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

## AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:
45 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPALDE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

| HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN | Prontuário Único (1) | Data: 15/09/2019 14:47 |
|---|---|---|
| | | Prontuário: 85795 |

## Dados Pessoais

| Nome do Paciente | Nascimento | Idade | Sexo |
|---|---|---|---|
| DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | 22/10/1997 | 21 anos | F |

| Nome Mãe | Situação Conjugal |
|---|---|
| FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA | |

| Profissão | Escolaridade |
|---|---|
| | |

| Documento de Identificação | CadSus | Naturalidade |
|---|---|---|
| 614.937.743-10(CPF)/20085633011(RG) | 708601586754488 | Boa Viagem-CE |

| Endereço | Bairro | Município/Estado |
|---|---|---|
| Rua Rodrigues Medeiros 575 | Canindezinho | Fortaleza/CE |

| | Telefone(s) |
|---|---|
| 60.731-385 | (85) 98620-7046(85)98747-9221 |

## Consultas

| Abertura: | Autorizado por: | Médico Indicado: | Especialidade: |
|---|---|---|---|
| 15/09/2019 14:47 | | | |

| Consulta | Horário | Médico | Especialidade |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

## Evolução

| Data Hora | Evolução |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



Avenida Lineu Machado, 145 - CEP: 60.520-101 - Jóquei Clube - CE

Prefeitura de Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

## FICHA DE DESCRIÇÃO DE ATO CIRÚRGICO

**Nome:** DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | **Pront. Nº** 85795

**Indicação cirúrgica:** FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO

**Cirurgia realizada:** TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO PUNHO + REPARO LIGAMENTAR DO PUNHO/CARPO.

**Cirurgião:** DR. THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OL | **Auxiliar:** DR. FREDERICO THALES

**Anestesista:** | **Data da cirurgia:** 17/09/2019

**Descrição médica**

1. *PACIENTE EM DDH SOB EFEITO ANESTESICO*
2. *ANTISSEPSIA, ASSEPSIA E APOSIÇÂO DE CAMPOS ESTÉREIS.*
3. *ACESSO VOLAR AO PUNHO COM DISSECÇÃO POR PLANOS.*
4. *REPARO LIGAMENTAR RADIO CÁRPICO COM VYCRIL*
5. *REDUÇÃO DA FRATURA SOB VISÃO RADIOSCÓPICA*
6. *FIXAÇÃO COM PLACA PARA RADIO DISTAL E 03 PARAFUSOS CORTICAIS*
7. *SUTURA POR PLANOS*
8. *CURATIVO*

**CÓDIGOS:** FRATURA DE PUNHO TTO CIRÚRGICO – 30721199 (6C)
REPARO LIGAMENTAR - 30721237( 5B)

Frederico Thales de Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 11302

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.
Ortopedia e Traumatologia RQE 5732
Cirurgia de Trauma e Quadril
CRM 11506 SBOT 13025 SBQ 0688

**Assinatura do(s) executante (s):**

**Hora do início:** ____:____ **Hora do término:** ____:____

Prefeitura de Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal da Saúde
Coordenação de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

# Ficha Anestésica

| | | | |
|---|---|---|---|
| NOME DO PACIENTE: Jacinea Paiva de Oliveira | PRONTUÁRIO: 85795 | DATA: 17/09/19 | |
| TIPO DE CIRURGIA: TTO cirúrgico de Fratura de Rádio | | | |
| CIRURGIÃO: Dr. Thiago | AUXILIAR 1: | AUXILIAR 2: | PEDIATRA: |

| IDADE | PESO | ALTURA | SEXO | TEMPERATURA | PULSO | RESPIRAÇÃO | PR. ARTERIAL | ESTADO MENTAL |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21 | 65 | | F | Afebril | 81 | eupneica | 135 x 88 | consciente |

| TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCEAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | URINA | ALERGIAS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | exames em prontuário | | | | | | Nega |

| | | | |
|---|---|---|---|
| APARELHO RESPIRATÓRIO: Mdm | | ASIA: Q | ECG: R. Sinusal |
| APARELHO CIRCULATÓRIO: Mdm | | ATARÁXICOS: — | |
| APARELHO DIGESTIVO: Jejum > 8 horas | DENTES: Incompletos | PESCOÇO: MP I | CORTICÓIDE: — |
| APARELHO URINÁRIO: — | | | HIPOTENSORES: — |
| DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO | | ASA: I | |

Indução
Satisfatória: ____
Excitação ____
Laringoespasmo ____
Náuseas: ____
Vômitos ____ Tosses ____

ADMISSÃO NO C.C. ( X ) Consciente ( ) Obnubilado ( ) Inconsciente ( ) Coma

| INDICAÇÃO | HORA | EFEITO |
|---|---|---|
| | | |

HORÁRIO: 16:00 — 17:15

Agentes Anestésicos: O2 / CO2

Líquidos: RL 500

CÓDIGO — Sistólica, Diastólica, Pulso, Oximetria, Capnografia, Temperatura

240 / 220 / 200 / 180 / 160 / 140 / 120 / 100 / 80 / 60 / 40 / 20

Oximetria + PANI + Cardioscopia

SpO2 = 100% 100% 100%

MANUTENÇÃO

Indução + monitorização
① midazolam 3 mg + Fentanil 100 µg EV
③ Bloqueio de plexo Braquial
c/ Lidocaína 1% + Ropivacaína 0,5%
Supraclavicular: 20 ml
Axilar: 20 ml
② alfentanil 2 mg EV
③ Propofol 20+20 mg EV
⑥ atenuinar 10 mg EV
② Dipirona 2 g EV
+ Bromopridea 10 mg EV
+ atropina 100 µg EV
+ Dexametasona 10 mg EV

ANESTESIA SATISFATÓRIA
( ) Sim
( ) Não, porque? ____

DESPERTAR
Reflexos na S.O. ____
Obstrução ____ CO2 ____ Excitação ____
Náuseas ____ Vômitos ____ Outros ____
Para o leito com cânula ( ) sim ( ) não
ALTA: ( ) Consciente ( ) Obnubilado
( ) Inconsciente ( ) Coma
( ) UTI ( ) Leito ( ) Residência

Perda Sanguínea Aproximada ____
Volume Sanguíneo Reposto ____
Duração Total da Cirurgia: ____ h ____ min
Duração Total da Cirurgia: ____ h ____ min

Símbolos e Anotações

AGENTES: Vide manutenção
TÉCNICA/ANESTESIA: Bloqueio plexo Braquial + Sedação
INTERCORRÊNCIAS:
ANESTESISTA: Dr. Edson

Edson Bulamarque 14656
Assinatura do Anestesista Responsável/CRM

# TRAUMABONE
PRODUTOS MÉDICOS

PACIENTE: Daiana Pauva de Oliveira
AIH: PRONTUÁRIO: 85795
PROCEDIMENTO MÉDICO REALIZADO: COLOCAR Nº DO PRONTUÁRIO

MÉDICO RESPONSÁVEL: Dr. Thiago Aguiar + Dr. Frederico Tholes
DATA DA UTILIZAÇÃO DO MATERIAL: 17 / 09 / 19
CONVÊNIO: SUS

| ROPM | QUANT | DESCRIÇÃO DO MATERIAL |
|---|---|---|
| | | PARAFUSO DESLIZANTE |
| | | PLACA TUBO DHS 135°MM |
| | | PLACA TUBO DCS 95°MM |
| | | PARAFUSO ESPONJOSO 6,5MM |
| | | PARAFUSO CORTICAL 4.5MM |
| | | PARAFUSO MALEOLAR 4.5MM |
| | | PLACA SEMITUBULAR 4,5MM |
| | | PLACA DE COMP. DINÂMICA LARGA 4.5MM |
| | | PLACA DE COMP. DIMÂNICA ESTREITA 4.5MM |
| | | PLACA EM " T " 4.5 MM |
| | | PLACA EM " L " 4.5 MM |
| | | PLACA DE RECONSTRUÇÃO 4.5MM |
| | | PLACA DE COMP. DINÂMICA 3.5MM |
| | | PLACA DE SEMITUBULAR 3.5MM |
| | 01 | PLACA EM " T " 3.5MM |
| | | PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3.5MM |
| | 03 | PARAFUSO CORTICAL 3.5MM |
| | | PARAFUSO ESPONJOSO 4.0MM |
| | | PLACA PARA CALCÂNIO |
| | | ARRUELA |
| | | PLACA ANGULADA |

FORTALEZA 17 DE Setembro DE 20 19
HOSPITAL: HMDZAN

TRAUMABONE COMÉCIO LTDA – EPPRua Dom Carloto Távora, 570 – Sala 06 – CEP 60421-090Fone: (85) 3225.9520 - Fax: (85) 3292.8627

| | |
|---|---|
| PARAFUSO PERIMANTE | |
| PLACA TUBO DISTAL 5,5MM | |
| PLACA TUBO DISTAL 5,5MM | |
| PARAFUSO VERRUNDO 6,5MM | |
| PARAFUSO CORTICAL 4,5MM | |
| PARAFUSO MULTIOLAR 4,5MM | |
| PLACA SEMITUBULAR 4,5MM | |
| PLACA DE COMP. DINAMICA LARG. 4,5MM | |
| PLACA DE COMP. DINAMICA ESTREITA 4,5MM | |
| PLACA EM T 4,5MM | |
| PLACA EM T 4,5MM | |
| PLACA DE RECONSTRUÇÃO 4,5MM | |
| PLACA DE COMP. DINAMICA 3,5MM | |
| PLACA SEMITUBULAR 3,5MM | |
| PLACA EM T 3,5MM | |
| PLACA DE RECONSTRUÇÃO 3,5MM | |
| PARAFUSO CORTICAL 3,5MM | |
| PARAFUSO ESPONJOSO 4,0MM | |
| PLACA PARA CALCANEO | |
| PLACA ANGULADA | |
| PLACA ANGULADA | |

ROSTAGEM _____ dia _____ de _____ 20_____

VISSPT - _____

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES ESPECIALIZADAS
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | LEITO:207-77 | PRONTUÁRIO: 85795

DATA:18/09/19

| | HORÁRIOS | OBSERVAÇÃO DA ENFERMAGEM |
|---|---|---|
| 1. DIETA ORAL GERAL | SW | 18/09/2019 15:00 es SO- |
| 2. DIPIRONA GOTAS 40GOTAS VO DE 6/6H SE DOR OU FEBRE | 14:26 SW | Segue acompanhante, orientada |
| 3. BROMOPRIDA GOTAS 40GOTAS VO ATÉ DE 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | SW | da, lucida, orientada. Verificado |
| 4. PACO 30MG 01CP VO ATÉ DE 8/8H, SE DOR INTENSA | SW | SSVV. AVP em MSE, sa- |
| 5. OMEPRAZOL 20MG 01CP VO EM JEJUM | 06 | lenizado, aceita dieta por |
| 6. ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ASSISTIDA | AST | V.O. Eliminações pre- |
| 7. CAPTOPRIL 25MG, 01CP, VO, SE PA SIST ≥ 180MMHG E/OU PA DIAST ≥ 120MMHG 30/30MIN (MAX 04 DOSES) | SW | sentes (SIC). Recebeu paciente |
| 8. GLICEMIA CAPILAR SE SINTOMAS | SW | acompanhada para exames. Ne- |
| 9. GLICOSE 50%, 04FA, EV, SE DX <70MG/DL | SW | ga Queixas. Segue assen- |
| 10. INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA MOVEL PADRÃO: 181 - 220 2UI 221-260 4UI 261-300 6UI 301-340 8UI 341 - 380 10UI 381 – 420 12UI > 421 14UI * FAZER METADE DA DOSE À NOITE *NÃO FAZER SE DIETA ZERO | SW | tados de Enfermagem. Est- |
| 11. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS | Instive | ado lúcido e de pele Alterada. |
| 12. ALTA HOSPITALAR | DEK | Káka COREN 245.246 |

CARIMBO E ASSINATURA DO ASSISTENTE:

Dra. Kamila Marques Viana
Médica
CREMEC 16.239

Pcte. recebeu alta as 18:26h acompanhada de familiares.

( )

( )

# ADMISSÃO MÉDICA

**15/09/19 16:12**

**# ID:** Daiara Paiva de Oliveira – **PRONTUÁRIO: 85795**

**# QP:** acidente de moto

**# HDA:** Paciente, 21 anos, relata ter sofrido acidente de moto ontem, com perda da consciência na hora do acidente, refere não se recordar dos acontecimentos. Procurou assistência médica, por múltiplas escoriações no corpo, dois dentes quebrados e lesão em membro superior esquerdo. Foi diagnosticada com fratura de rádio distal a esquerda. No momento, lúcida e orientada. Diurese e evacuações presentes; aceita alimentação líquida, por dificuldade de mastigação; concilia o sono. Queixa de dor em MSE.

**# HD:** Fratura de rádio distal esquerdo

**# COMORBIDADES:** NEGA. Nega tabagismo e etilismo.

**# HPP:** Nega cirurgias prévias. Sem comorbidades.

**# NEGA ALERGIAS MEDICAMENTOSAS**

**# AO EXAME FÍSICO:**

**PA 110/70 FC 90-104 SATO2 96% T 36 DX 90**

GERAL: EGB, AAA, NORMOCORADA, HIDRATADA, EUPNEICA EM AR AMBIENTE.

AC: RCR, 2T, BNF

AP: MVU+ S/ RA.

ABD: RHA+, PLANO, FLÁCIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO, NÃO PALPO VISCEROMEGALIAS.

EXT: PPP, SEM EDEMA, CIANOSE OU SINAIS DE TVP

ESCORIAÇÕES EM FACE E MEMBROS

**# CONDUTA:**

1. AGUARDO AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
2. EXAMES 14/09: leuc 26700 neutr 92% bastões 1% Hb 12,7 Ht 37,4 plq 288mil cr 0,84 glic126 k 4 na 136 ur 22
3. Solicito ECG
4. SOLICITO NOVA RADIOGRAFIA DE TORAX
5. Solicito novos exames – avaliar leucocitose, paciente sem foco
6. Solicito TC crânio – TCE

Dra. Clara Mota Randal
Médica Otorrinolaringologista
CRM-CE 16572

AJ → 48

# Triagem Nutricional

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome: Dorcina Paiva de Oliveira | | Admissão: 15/09/19 | |
| DN/idade: 22/10/97 / 21 a | | Enf./Leito: 203/77 | |
| Naturalidade: Boa Viagem - Ce | Estado Civil: Solteira | Ocupação: Gerente de loja | |
| Diagnóstico Clínico: Acidente moto - Fratura punho e quiasco | | | |
| Peso Habitual: ——— | Peso Atual: 53,7 | Alt: 1,56 | IMC: 24 |
| Diagnóstico nutricional: Eutrófico | | % Perda peso | |

## Triagem Nutricional Adulto
Classificação de risco nutricional (Nutritional Risk Screening – NRS 2002)

| FASE 1 | | |
|---|---|---|
| | Sim | Não |
| 1. Apresenta IMC < 20,5? | | X |
| 2. Houve perda de peso nos últimos três meses? | | X |
| 3. Houve redução na ingestão alimentar na última semana? | | X |
| 4. Portador de doença grave, mau estado geral ou em UTI? | | X |
| Sim: Se a resposta for "sim" para qualquer questão, continue e preencha a fase 2. | | |
| Não: se a resposta for "não" para todas as questões, reavalie o paciente semanalmente. | | |
| Se for indicada uma cirurgia de grande porte, continue e preencha a fase 2. | | |

| FASE 2 | | | |
|---|---|---|---|
| Prejuízo de estado nutricional | | Gravidade da doença (aumento das necessidades) | |
| Ausente Escore 0 | Estado nutricional normal | Ausente Escore 0 | Necessidades nutricionais normais |
| Leve Escore 1 | Perda de peso > 5% em três meses ou ingestão alimentar de 50% a 75% das necessidades calóricas na última semana | Leve Escore 1 | Fratura do quadril, pacientes crônicos, em particular com complicações agudas, cirrose, DPOC, hemodiálise crônica, diabetes e câncer |
| Moderado Escore 2 | Perda de peso > 5% em dois meses ou IMC entre 18,5 e 20,5 + queda do estado geral, ingestão alimentar de 60% das necessidades calóricas na última semana | Moderado Escore 2 | Cirurgia abdominal de grande porte, fraturas, pneumonia grave, leucemias e linfomas |
| Grave Escore 3 | Perda de peso > 5% em um mês (> 15% em três meses) ou IMC < 18,5 + queda do estado geral, ingestão alimentar de 0% a 25% das necessidades calóricas na última semana | Grave Escore 3 | Transplante de medula óssea, pacientes em cuidado intensivo (APACHE > 10) |
| Soma dos escores | 0 | + 2 = 2 | ESCORE TOTAL |
| Escore ≥ 3: o paciente está nutricionalmente no limite de risco e o cuidado nutricional é indicado. | | | |
| Escore < 3: reavaliar o paciente semanalmente. Se o paciente tem indicação para cirurgia de grande porte, considerar plano de cuidado nutricional para evitar riscos associados. | | | |

**Protótipos de gravidade de doenças**

- **Escore 1** = paciente com doença crônica, admitido no hospital devido às complicações. O paciente está fraco, mas sai da cama regularmente. As necessidades de proteínas são maiores, mas podem ser supridas por alimentação ou suplementação oral na maioria dos casos.

- **Escore 2** = paciente acamado devido à doença, após cirurgia abdominal de grande porte. As necessidades de proteínas são consideravelmente maiores, mas podem ser compensadas através de alimentação artificial (NE ou NP), necessária em muitos casos.

- **Escore 3** = paciente em cuidado intensivo com ventilação assistida. Maior necessidade de proteínas pode ser parcialmente compensada por alimentação artificial. O catabolismo protéico e a perda de nitrogênio podem ser significativamente atenuados.

- Se a idade do paciente for maior ou igual a 65 anos, na utiliza a classificação de risco nutricional (NRS 2002 modificado) fases 1 e 2, aplica a minlavaliação nutricional (MAN).

OBS: Eutrofia, IMC: 24 kg/m².

**CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS JOSÉ DE ALENCAR - CEMJA**
**LABORATÓRIO CENTRAL DE FORTALEZA**
End: Rua Guilherme Rocha 510, Centro. Fortaleza - Ceará.

PEDIDO: **181117-84 - DAIANA PAIVA DE OLIVEIRA 208-77 P3**
NOME DA MÃE:
SOLICITANTES: **JULIANA LOPES ALFAIA** ATEND.: 15/09/2019
LOCAL: **LOCAL DE CADASTRO**
CADASTRO: **HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZ** PÁG.: 1 **de 5**
ORIGEM: **SUS**
IMP.: 16/08/2019 12:06:55 - POSTO3 - Soft@b

**********

Material: Sangue Data Coleta: 15/09/2019

**VHS (HEMOSSEDIMENTAÇÃO)**

RESULTADO.....: **66 mm**

*Valor de Referência:*
Homens (1ª hora) ..: Até 06 mm
Mulheres(1ª hora)..: Até 12 mm

Método: *Automatizado 1ª Hora.*

---

Maria Goretti Cavalcante Albuquerque
CRF: 1519

Material: Plasma Data Coleta: 15/09/2019

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADO:
Paciente: 25,9 segundos
Controle: 24,4 segundos
Relação Paciente / Controle: 1,06 **segundos**
*Valor de Referência:* Até 1,30

Resultados anteriores:

Ob

---

Material: Soro Data Coleta: 15/09/2019
**GLICOSE**

RESULTADO.....:**88** **mg/dL**
*Valores de Referência:* 70 a 99 mg/dL

*Método: Enzimático.*
*Obs.: Exame realizado em aparelho CMD800 - WIENER.*

---

Material: Soro Data Coleta: 15/09/2019
**URÉIA**

RESULTADO.....: **15 mg/dL**
*Valor de Referência:* 10 a 50 mg/dL

*Método: Cinético UV.*

*Obs.: Exame realizado em aparelho CMD800 - WIENER*

---

Dra. Raimunda Stella F. Campos
Farmacêutico / Bioquímico
CRF - 1990 - H.N.S.C

PEDIDO: **181117-84 - DAIANA PAIVA DE OLIVEIRA 208-77 P3**
NOME DA MÃE:
SOLICITANTES: **JULIANA LOPES ALFAIA** ATEND.: 15/09/2019
LOCAL: **LOCAL DE CADASTRO**
CADASTRO: **HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZ** PÁG.: **4 de 5**
ORIGEM: **SUS**
IMP.: 16/09/2019 12:06:55 - POSTO3 - Softl@b

---

Material: Soro Data Coleta: 15/09/2019
**CREATININA**

RESULTADO.....: **0,56 mg/dL**

*Valores de Referência:*
*Homens .....: 0,7 a 1,3 mg/dL*
*Mulheres .....: 0,5 a 1,1 mg/dL*

*Método: CINÉTICO*
*Obs.: Exame realizado em aparelho CMD8001 - WIENER.*

---

Material: Soro Data Coleta: 15/09/2019
**SÓDIO**

RESULTADO.....:**136** **mEq/L**

*Valor de Referência:*
Homem .....: 135 a 145 mEq/L.
Mulher .....: 135 a 145 mEq/L
Criança .....: 135 a 145 mEq/L

*Método: Íon seletivo.*
*Obs.: Exame realizado em aparelho KONELAB 601 - WIENER.*

---

Material: Soro Data Coleta: 15/09/2019
**PROTEÍNA C REATIVA (PCR)**

RESULTADO.....:**4,14**

*Valor de Referência: NÃO REAGENTE ( inferior a 0,5 mg/dL)*

*Método: Imunoturbidimétrico*

---

Stella Campos
Dra. Raimunda Stella F. Campos
Farmacêutico / Bioquímico
CRF - 1390 - R.N.S.C

**CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS JOSÉ DE ALENCAR - CEMJA**
**LABORATÓRIO CENTRAL DE FORTALEZA**
End: Rua Guilherme Rocha 510, Centro. Fortaleza - Ceará.

PEDIDO: **181117-84 - DAIANA PAIVA DE OLIVEIRA 208-77 P3**
NOME DA MÃE:
SOLICITANTES: **JULIANA LOPES ALFAIA** ATEND.: 15/09/2019
LOCAL: **LOCAL DE CADASTRO**
CADASTRO: **HOSPITAL DA MULHER DE FORTALEZ** PÁG.: **5 de 5**
ORIGEM: **SUS**
IMP.: 16/09/2019 12:06:55 - POSTO3 - Softl@b

Material: Soro Data Coleta: 15/09/2019

**POTÁSSIO**

RESULTADO.....:3,8 **mEq/L**

*Valor de Referência: 3,5 a 5,0 mEq/L*

*Método: Íon seletivo.*
*Obs.: Exame realizado em aparelho KENILAB 691 - WIENER*

---

Material: Plasma Data Coleta: 15/09/2019

**TEMPO DE PROTROMBINA**
Paciente: 11,9 segundos 94,2 %
Controle: 11,0 segundos 100,0 %
INR: 1,03 *Valor de Referência: Até 1,25*

Resultados anteriores:

Obs:

---

Dra. Raimunda Stella F. Campos
Farmacêutico / Bioquímico
CRF - 1290 - H.N.S.C

ANEXO II

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

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

Folha 1/2

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: HMDZAW

2 - CNES: 7014174128

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HMDZAW

4 - CNES: 7014174128

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Daiana Kauri de Oliveira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 85785

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):

8 - DATA DE NASCIMENTO: / /

9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]

10 - RAÇA/COR:

10.1 - ETNIA:

11 - NOME DA MÃE:

12 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL:

14 - TELEFONE DE CONTATO: DDD / Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:

18 - UF:

19 - CEP:

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH):

## MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR:

22 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR:

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA:

24 - CÓD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA:

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL:

26 - CID 10 PRINCIPAL:

27 - CID 10 SECUNDÁRIO:

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

## SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

30 - CÓD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE:

- [X] DIARIA DE ACOMPANHANTE
- [ ] DIARIA DE UTI TIPO I
- [ ] DIARIA DE UTI TIPO II
- [ ] DIARIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

33 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

34 - QTDE:

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

36 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

37 - QTDE:

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

39 - CÓD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL:

40 - QTDE:

## 41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente necessita de Acompanhante.

Rco. Rodrigo Tavares Linhares
Diretor Técnico - CRM 8690
Hosp. e Matern. Dra. Zilda Arns Neumann

## PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO: / /

44 - DOCUMENTO: ( ) CNS (X) CPF

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 7140812093911

46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

## AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

48 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR:

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /

50 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:

52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA ACOMPANHANTE

USUÁRIA: Daiana Paiva de Oliveira PRONTUÁRIO 85795

ENFERMARIA: 210 LEITO: 8K:77 DATA: 15/09/19

Comprometo-me, na condição de acompanhante da usuária supracitada a cumprir as seguintes recomendações:

1. Só é permitido 1(um) acompanhante por usuária;
2. É proibido fumar nas dependências do hospital (inclusive no estacionamento);
3. O horário de visita deve ser rigorosamente cumprido;
4. Não é permitida a entrada de nenhum dos itens: roupas, aparelhos ou equipamento eletros e eletrônicos (som, tablet, notebook, máquina fotográfica, TV, ventilador, etc), comidas, bebidas e cigarros. **O hospital NÃO se responsabiliza por objetos pessoais de pacientes e acompanhantes;**
5. Não é permitida entrada de menores de 12 anos nas enfermarias, somente em caso excepcional, devidamente autorizado, pelo Serviço Social.
6. O acompanhante deve ser orientado pela equipe de enfermagem sobre os cuidados a serem prestados ao paciente;
7. É preciso zelar pelas boas normas de convivência no ambiente hospitalar: não falar alto, não deitar ou sentar na cama da usuária, não comer a alimentação da(s) usuária(s), não discutir ou exercer outras formas de comportamentos agressivos;
8. Não usar o banheiro das usuárias internadas, devendo usar somente os banheiros destinados aos (às) visitante (s)/ acompanhantes;
9. Para qualquer informação e / ou orientação, dirigir-se ao posto de enfermagem;
10. Não usar o telefone da unidade. Ao usar o próprio celular, esse deverá estar no modo silencioso;
11. O/A acompanhante e/ou visitante deve estar com vestimenta adequada ao ambiente hospitalar, não sendo permitido uso de shorts, vestidos e saias curtas e bermudas.
12. O/A acompanhante deverá se dirigir ao Serviço Social, apresentando documento com foto para fazer registro, receber e atualizar o cartão de acompanhante e as orientações necessárias;
13. Não é permitido ao(a) acompanhante circular pelos corredores nem adentrar as enfermarias. Ou seja, o/a visitante/acompanhante deverá permanecer ao lado do leito da usuária que está acompanhando ou visitando. Proibido transitar nas áreas comuns internas e externas a partir de 23:00h;
14. Não poderão ser acompanhantes: mulheres grávidas, pessoas com doenças infectocontagiosas, diabéticos em uso de insulina e outros;

**Declaro que estou ciente e de acordo com as normas supracitadas.**

Elisângela Barbosa Pinto

Assinatura do(a) usuário/ acompanhante

Assistente Social-CRESS _____

Patrícia Helena
Assistente Se
CRESS: 8

Prefeitura de Fortaleza

**Prefeitura Municipal de Fortaleza**
**Secretaria Municipal de Saúde**
**Coordenação de Hospitais e Unidades Especializadas**
**Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann**

## Termo de Responsabilidade

Eu, Daiana Paiva de Oliveira (Nome do paciente) domiciliada á Rua Rodrigues Medeiros 575 (Rua (Avenida), Nº Bairro) Município Fortaleza UF CE.

1- Autorizo o corpo clínico do Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann, a praticar qualquer tratamento clínico ou cirúrgico (operação, anestesia, transfusão, exames complementares inclusive sorológicos, HIV e etc.) bem como aos demais profissionais da equipe multiprofissional a executar medidas de tratamento e reabilitação, que sejam necessárias a minha recuperação;
2- Autorizo e concordo com saídas durante a internação, em transporte adequado e com acompanhante desta unidade, para outros serviços da rede municipal de saúde, sempre que necessário, bem como a remoção/transferência para outros hospitais, com a finalidade de realização de exames e/ou tratamentos especializados não existentes ou específicos deste hospital;
3- Estou ciente que só é permitido, quando necessário, um acompanhante e que o horário de visita deve ser rigorosamente cumprido;
4- Estou ciente, de que não é permitida a entrada de nenhum item como: roupas curtas (mulheres shorts e vestidos, e homens de bermudas), comidas, bebidas, cigarros e aparelhos ou equipamentos eletro/eletrônicos (ventilador, TV, som, notebook, tablet e etc.) e outros bens, ratificando que este hospital não se responsabilizará por bens que não tenham sido entregues oficialmente ao setor competente, cuja comprovação deverá ser exigida pelo paciente/acompanhante;
5- Responsabilizo-me pela minha saída, dentro do prazo máximo de 48 horas, após alta;
6- Afirmo ainda, que estou ciente das normas e rotinas do hospital e que as mesmas deverão ser cumpridas.

Fortaleza, 25 de Setembro de 2019

X Daiana Paiva de Oliveira
(Assinatura do paciente ou responsável legal (escrever parentesco))

## Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento

Eu, _____

fui devidamente esclarecido (a) da importância de saber dos resultados dos meus exames e/ou do benefício de iniciar ou dar continuidade ao tratamento prescrito. Declaro que se houver necessidade desta Instituição entrar em contato sobre os resultados dos exames abaixo discriminados:

_____

( ) Não autorizo que este serviço de saúde entre em contato comigo;
( ) Autorizo e permito que este serviço de saúde entre em contato comigo, por meio:
( ) Telefone _____ ( ) Email _____
( ) Endereço _____ ( ) Outro _____
Fortaleza, ____/____/____.
Desde que respeitados os direitos á privacidade e sigilo de informações, assino este termo em 02 vias, sendo a 1ª via para o serviço e a 2ª para usuário.

_____
(Assinatura do paciente ou responsável legal (escrever parentesco))

_____
(Assinatura do responsável pelo atendimento)

## Termo de Ciência e Consentimento Livre e Esclarecido para Cirurgia de Traumatologia e Ortopedia

(Consentimento Informado - Norma Técnica Resolução SS. 169 de 19/06/96)

Paciente: DAIANA PAIVA DE OLIVEIRA

PU: _____ Posto/Enfermaria: 208 Leito: 77

1. Fui informado (a) pelo (a) médico (a) de que as avaliações e os exames realizados revelaram a(s) seguinte(s) alteração (ões), diagnostico (s) ou hipótese (s) diagnostica (s)

_____

_____

2. A equipe médica explicou-me a proposta do procedimento a que serei submetido (a):
A Artroplastia de Quadril é a substituição total ou parcial da articulação do quadril, feita por meio de materiais artificiais (metal, cerâmico u plástico). Tem a finalidade de reduzir a dor e rigidez além de melhorar a capacidade de realizar atividades de vida diária.

3. Foram-me explicados os benefícios, tratamentos alternativos (uso de analgésico, bengalas, muletas e fisioterapia), as possibilidades de ter os resultados que espero qualsquer problemas potenciais que possam ocorrer durante a recuperação e os riscos que existem em não realizar o procedimento.
4. O meu médico me informou as possíveis conseqüências da não realização deste procedimento e/ou tratamento.
5. Estou ciente de que o procedimento tem os seguintes riscos potenciais:
   - Lesões de pele por atrito na movimentação do paciente;
   - Dor no período pós-operatório;
   - Exacerbação de doenças clínicas pré-existentes;
   - Flebite: Inflamação da veia, geralmente no local da medicação;
   - Sangramento;
   - Tromboembolismo Venoso Periférico e Pulmonar: causada pela coagulação do sangue no interior das veias (dados mundiais);
   - Encurtamento do membro inferior e desvios angulares do joelho;
   - Lesões de Nervos maiores;
   - Falha de Implantes;
   - Alergia: Reações alérgicas as medicações utilizadas.

Complicações graves são muito raras, mas podem levar a hospitalização prolongada, necessidade de repetição da cirurgia ou muito raramente levar a óbito.

Mundialmente as taxas de complicações raras ficam em torno de 0,7% para Artroplastia de quadril, no entanto, possuímos uma estrutura hospitalar preparada para atendê-lo no caso de qualquer necessidade.

6. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemocomponentes, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.
7. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.
8. Esta autorização também é dada a outros profissionais selecionados pelo meu médico a intervir no(s) procedimento(s) de acordo com o seu julgamento profissional, quanto à necessidade de co-participação.
9. Confirmo que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e apesar de ter entendido as explicações que me foram prestadas, de terem sido esclarecidas todas as dúvidas e estando plenamente satisfeito (a) com as informações recebidas RESERVO-ME o direito de revogar este consentimento antes que o(s) procedimento(s), objeto deste documento, se realize(m).

( ) Paciente ( ) Responsável

Nome: Daiana Paiva de Oliveira

RG: 2008553301-1 CPF: 614 937 743 10 Parentesco: _____

Data: 16/09/2019 Hora: ____:____

X Daiana Paiva de Oliveira
Assinatura

## TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS

Autorizo o corpo clínico do Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Noumann a proceder à amputação/desarticulação de membro tendo em vista á gravidade do quadro clínico e ser esta a única maneira viável de se manter a vida.

Fortaleza, ____/____/____

_____
(Assinatura do paciente ou responsável legal (escrever parentesco) documento identificação e telefone)

## TERMO DE RESPONSABILIDADE POR NÃO AMPUTAÇÃO / DESARTICULAÇÃO DE MEMBROS

Apesar de estar ciente da gravidade do quadro clínico e ser esta a única maneira viável de se manter a vida, **NÃO AUTORIZO** o corpo clínico do Hospital e Maternidade Dra Zilda Arns Neumann a proceder a amputação/desarticulação de membro tendo.

Fortaleza, ____/____/____

_____
(Assinatura do paciente ou responsável legal (escrever parentesco) documento identificação e telefone)

**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

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

**DADOS DO LAUDO - SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA**

Para realizar uma nova consulta de laudo clique em Voltar.

| | |
|---|---|
| **NÚMERO DO LAUDO** | 12700032406 |
| Identificação do paciente | |
| **PACIENTE** | DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA |
| **NOME DA MÃE** | FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA |
| **NÚMERO DO PRONTUÁRIO** | 389186 |
| **DATA DE NASCIMENTO - IDADE** | 22/10/1997 - 21 anos |
| **SEXO** | FEMININO |
| **NOME DO RESPONSÁVEL** | FRANCISCA |
| **DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL** | |
| **ENDEREÇO** | RUA 01, Nº 12 |
| **BAIRRO** | BOM JARDIM |
| **ESTADO DE RESIDÊNCIA** | CEARA |
| **MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA** | FORTALEZA |
| Plantonista | |
| **MÉDICO** | 39114961334 - MARCOS VINICIOS ESMERALDO MELO |
| **TELEFONE PARA CONTATO** | (85) 34843820 |
| **OBSERVAÇÕES IMPORTANTES** | PACIENTE SERÁ TRANSFERIDA PARA HOSPITAL DA MULHER |
| Solicitação | |
| **NÚMERO** | 12700032406 |
| **SITUAÇÃO** | SOLICITAÇÃO AGUARDANDO CONFIRMAÇÃO DE RESERVA |
| **DATA - HORA** | 15/09/2019 - 13:10 |
| **PROFISSIONAL** | 39114961334 - MARCOS VINICIOS ESMERALDO MELO |
| **ESTABELECIMENTO SOLICITANTE** | 2516640 - HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA (FORTALEZA) |
| **PROCEDIMENTO SOLICITADO** | 0408020407- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO |
| **PROCEDIMENTO REALIZADO** | |
| **CLÍNICA** | 13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA |
| **ESPECIALIDADE CLÍNICA** | 13 - GERAL |
| **CLÍNICA COMPLEMENTAR** | - |
| **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** | S525 - Fratura da extremidade distal do rádio |
| **DIAGNÓSTICO PRINCIPAL** | |
| **DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO** | |
| **DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS** | |
| **PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS** | DOR , EDEMA E DEFORMIDADE NO PUNHO ESQUERDO |
| **CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO** | RISCO DE COMPLICAÇÃO |

| | |
|---|---|
| **PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS** | ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RAIO X |
| Judicial | |
| **JUDICIAL** | NÃO |
| **NÚMERO DO MANDATO** | |
| **OBSERVAÇÕES JUDICIAIS*** | |
| Causas externas | |
| **DESCRIÇÃO DO ACIDENTE** | NÃO SE APLICA |
| Reserva | |
| **DATA - HORA DA RESERVA** | 15/09/2019 - 13:13 |
| **MUNICÍPIO** | FORTALEZA |
| **ESTABELECIMENTO** | 7047428 - HOSPITAL DA MULHER (HOSPITAL E MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEUMANN) |
| **CLÍNICA** | 13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA |
| **TIPO DE LEITO** | EXTRA |

Evolução do paciente

| DATA-HORA | OPERADOR | EVOLUÇÃO |
|---|---|---|

Nenhum registro encontrado.

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

32386

SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
Fortaleza

SECRETARIA DE POLÍTICAS E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - CEARÁ - SP

# LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

N.º LAUDO:

Nº da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002

## DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Laura Maria de Almeida

ENDEREÇO DO PACIENTE:

BAIRRO:

MUNICÍPIO:

UF:

CEP:

DATA DO NASCIMENTO:

SEXO: 1.☐ MASC 3.☐ FEM

CONDIÇÃO: 2.☐ SEGURADO 4.☐ CONJUGE 9.☐ FILHO 5.☐ OUTRO D

NOME DA MÃE:

## DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE: 391.149.613-34

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNIC

C. INT.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO:

DATA DA EMISSÃO: 14/09/19

## LAUDO TÉCNICO JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor, edema e deformidade no punho E

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Bromera + EF + Rx

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura rádio distal E

TIPO DE CLÍNICA

1.☐ CIRÚRGICA
2.☐ OBSTÉTRICA
3.☐ CLÍNICA MÉDICA
4.☐ TISIOPEUMOL
5.☐ PSIQUIÁTRICA
6.☐ PEDIÁTRICA
9.☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Osteossíntese

| CRM - MÉDICO SOLICITANTE | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE | DATA | HORA |
|---|---|---|---|
| 7224 | CREMEC 7224 CPF 391.149.613-34 | 14/09/19 | 9:00 |

Fortaleza PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

# FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Daiana Paiva de Oliveira

| Prontuário | Enferm., | Leito | Data Internação | Diagnóstico |
|---|---|---|---|---|
| | | | 14/09/19 | |

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

| DATA | EVOLUÇÃO |
|---|---|
| 14/09/19 | Entrevista a acompanhante de Paciente de 18 anos internado |
| 14/09/19 | D.P.O. 21 anos. Paciente admitida na emergência por trauma em punho esquerdo. Ativa, consciente, orientada, nível 2 grau, deambulando, respondendo ao ambiente. Sem queixas, sem comorbidades e alergia medicamentosa. Segue sob cuidados da equipe. Em Tempo: Encaminho ao posto 4, L. 111. |
| 14/09/19 | # Enfermagem # D.P.O., 21a, ♀, HH por trauma em punho (E). Proveniente da emergência, foi admitida às 16h40min. no Posto 1. Evolui consciente, orientada, cooperativa, verbaliza suas NHB's, deambula sem auxílio. Eupnéica em ar ambiente. Com AVP em MSD, pérvio. Segue com acompanhante. Refere dor no local do trauma. Segue aos cuidados da equipe de enfermagem. — ~~ass~~ Foi orientada que o médico não autorizou acompanhante. |
| 15/9 | Necessita de gesso |

Larissa Portela Barradas
COREN CE 455.208

Ana Geselena da Silva Farias
COREN CE 455.208 - ENF

Dr. Adonio Alcides Rodrigues
Ortopedia Traumatologia
CRM 5550

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

| | Glicemias | Insulinas | Rubrica |
|---|---|---|---|
| 11: | | | |
| 16: | | | |
| 20: | | | |
| 06: | | | |

| | SINAIS VITAIS | | | |
|---|---|---|---|---|
| HORÁRIO: | 10:00 | | | |
| P.A.: | 120X80 | | | |
| TEMP.°: | 35° | | | |
| P./ MIN.: | | | | |
| M.V. / MIN.: | | | | |

## PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

**SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico**

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

| NOME: Daiana Paiva de Oliveira | IDADE: 21 a | ENF.: B | LEITO: 114 | Nº. PRONTUÁRIO: |
|---|---|---|---|---|

| DATA: | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÃO 22:00 | RUBRICA ENF. (Dieta) |
|---|---|---|---|---|
| 15/09/19 | DIETA GERAL<br>IBUPROFENO 01 COMP VO 12/12 Hs<br>DIPIRONA 01 AMP + 10 CC SF EV 6/6 Hs SN<br>TRAMAL 100mg + 100 ml SF EV SN<br>SINAIS VITAIS | 22 SND 05<br>Rodrigues | Paciente, Orientada | |
| | Dr. Roberto Mendes Rodrigues<br>Ortopedia Traumatologia<br>CRM-4555 | Janilia Vitorino<br>Enfermeira<br>COREN-CE 410534 | | |

HDM|BO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira — Prefeitura de Fortaleza

E DE HEMATOLOGIA

Nome: Daiana Paiva de Oliveira N.°Reg.: 424

Solicitante: Dr.(a) Leito: Data: 14/09/19

Leucócitos 26.700 — 5.000 a 10.000 /mm³

| EXAMES | VALORES ENCONTRADOS | | VALORES NORMAIS | |
|---|---|---|---|---|
| Neutrófilos | 92 % | /mm³ | 50 - 73 % | 5000 - 7.3000/mm³ |
| Mielócitos | — % | /mm³ | 0 - % | - |
| Metamielócitos | — % | /mm³ | 0 - 1 % | - |
| Bastões | 01 % | /mm³ | 0 - 5 % | - |
| Segmentados | 91 % | /mm³ | 50 - 68 % | - |
| Eosinófilos | — % | /mm³ | 2 - 4 % | 100 - 400 /mm³ |
| Basófilos | — % | /mm³ | 0 - 1 % | 0 - 100 /mm³ |
| Linfócitos | 05 % | /mm³ | 23 - 35 % | 1.500 - 3.500 /mm³ |
| Monócitos | 03 % | /mm³ | 4 - 8 % | 200 - 800 /mm³ |

Atipia em Linfócitos ☒ Ausência de degeneração Leucocitária

Ausência de Eosinófilo na Extra-contagem ☐ Presença de Eosinófilo na Extra-contagem

Plaquetas aparentemente normais

| EXAMES | VALORES ENCONTRADOS | VALORES NORMAIS |
|---|---|---|
| Hemácias | 4.380.000 | Homem: 4,5 - 5,5 Milhões /mm³ Mulher: 3,9 - 5,0 Milhões /mm³ |
| Hemoglobina | 12,7 | Homem: 13,0 - 17,0g /100ml Mulher: 11,0 - 14,0g /100ml |
| Hematócrito | 37,4 | Homem: 42 - 50% Mulher: 38 - 45% |
| Volume Corpuscular Médio | 85,5 | 76 - 96 uug |
| Hemoglobina Corpuscular Média | 29,1 | 27 - 30 uug |
| CHCM Concentração Hemoglobina Corpuscular Média | 34,0 | 32 - 34% |
| Plaquetas | 288.000 /mm³ | 150.000 - 450.000 /mm³ |

☒ Hemácias Normocíticas e Normocrômicas ☐ Hemácias Anisocíticas Anisocrômicas

Observações:

Biomedica: Data: / /

---

HDM|BO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira — Prefeitura de Fortaleza

FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva N° 1227 – Parangaba – CEP 60.720 – 000 Fortaleza – Ceará

Telefone (85) 3131-7322

## RESULTADO DE EXAMES DA BIOQUÍMICA

Nome: Daiana Paiva de Oliveira N.°: 424

Solicitante: Dr (a) Data: 14/09/19

| EXAME | RESULTADO | VALOR DE REFERÊNCIA | MÉTODO |
|---|---|---|---|
| Ácido Úrico | | 2,5 a 7,0 mg/dL | LABMAX |
| Albumina | | 3,5 a 5,5 g/dL | LABMAX |
| Amilase | | 25 a 125 U/L | LABMAX |
| Bilirrubina Total | | Até 1,2 mg/dL | LABMAX |
| Bilirrubina Direta | | Até 0,4 mg/dL | LABMAX |
| Bilirrubina Indireta | | Até 1,0 mg/dL | LABMAX |
| Cálcio Iônico | | 1,15 a 1,32 mmol/L | FOTOCOLORIMÉTRICO |
| Cloro | | 98 a 110 mmol/L | LABMAX |
| Creatinina | 0,84 | 0,5 a 1,2 mg/dL | LABMAX |
| Fosfatase Alcalina | | 27 a 100 U/L | LABMAX |
| Fósforo | | 2,5 a 4,8 mg/dL | LABMAX |
| Gama GT | | 7 a 58 U/L | LABMAX |
| Glicose | 126 | 65 a 110 mg/dL | LABMAX |
| Lipase | | 10 a 60 U/L | LABMAX |
| Magnésio | | 1,58 a 2,56 mg/dL | LABMAX |
| PCR | | Até 6 mg/dL | LABMAX |
| Potássio | 4,0 | 3,4 a 4,5 mmol/L | FOTOCOLORIMÉTRICO |
| Proteínas Totais | | 6,0 a 8,0 g/dL | LABMAX |
| Sódio | 136 | 134 a 146 mmol/L | FOTOCOLORIMÉTRICO |
| TGO | | 10 a 39 U/L | LABMAX |
| TGP | | 10 a 45 U/L | LABMAX |
| Ureia | 22 | 15 a 45 mg/dL | LABMAX |

OBS.:

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

## EVOLUÇÃO AMBULATORIAL

Nome: DAIANA PAIVA de Oliveira Nº Prontuário: 191

| Data/Hora | Evolução |
|---|---|
| 23/10/15 | Retorno em P.O. de Fx Femoral (D) em 19/09/15 |
| | Fo lucido |
| | + Dx: Fx mal cons. c/ perda vol |
| | cd Fm: N vol |
| | Pcr 2 c/ 12 meses |

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES ESPECIALIZADAS
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | LEITO:207-77 | PRONTUÁRIO: 85795 |
|---|---|---|
| DATA:16/09/19 | HORÁRIOS | OBSERVAÇÃO DA ENFERMAGEM |
| 1. DIETA ORAL GERAL . Zero as 22h | SN | 15:30 - PUNCIONADO ACESSO VENOSO NO MSD COM CATETER INTRAVENOSO Nº 20. EST. LUANA BRAGIO. |
| 2. DIPIRONA GOTAS 40GOTAS VO DE 6/6H SE DOR OU FEBRE | SN | SD - Pct de 21 anos, consciente e orientada com fraturas de mídio (E) aceita dieta V.O, SSVV estáveis, hidratada por acesso eliminações fisiológicas presentes, queixa-se de dor. Aguarda conduta para amanhã. Sem queixas. Téc. Samuel. Coren 10.90660 |
| 3. BROMOPRIDA GOTAS 40GOTAS VO ATÉ DE 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | SN | |
| 4. PACO 30MG 01CP VO ATÉ DE 8/8H, SE DOR INTENSA | SN | |
| 5. OMEPRAZOL 20MG 01CP VO EM JEJUM | 06 | |
| 6. ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ASSISTIDA | DIU | |
| 7. CAPTOPRIL 25MG, 01CP, VO, SE PA SIST ≥ 180MMHG E/OU PA DIAST ≥ 120MMHG 30/30MIN (MAX 04 DOSES) | SN | |
| 8. GLICEMIA CAPILAR SE SINTOMAS | SN | |
| 9. GLICOSE 50%, 04FA, EV, SE DX <70MG/DL | SN | |
| 10. INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA MOVEL PADRÃO: 181 - 220 2UI 221-260 4UI 261-300 6UI 301-340 8UI 341 - 380 10UI 381 – 420 12UI > 421 14UI *** FAZER METADE DA DOSE À NOITE *NÃO FAZER SE DIETA ZERO** | SN | SN: Pac. consciente, orientada, verbalizando, deambulando, em dieta zero p/ cirurgia, evacuação e diurese presentes. AVP em MSD Cl G.20. Segue aos cuidados da enfermagem. |
| 11. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS | | |
| 12. | | |

CARIMBO E ASSINATURA DO ASSISTENTE:

13. SGF (J:1) 1000 ml 14gtt/min (D) as 22h.

SOD (1/2) 500 (10)

Camila Marques Viana
Médica
CREMEC - 16.238

Raquel Silva Barbosa
Enfermeira
COREN-CE 45.359

Silvana Silvério Pereira
Aux. Enfermagem
COREN: 224027

SD - Pct encaminhada ao CC. Ala Branca

Prefeitura de
**Fortaleza**

**Prefeitura Municipal De Fortaleza**
**Secretaria Municipal De Saúde**
**Hospital E Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann**

PACIENTE: Daiana Paiva de Oliveira

DATA: 16/09/19 ENF.: 208 LEITO: 77

| HORA | P.A | TEMP | FC | FR | SpO2 | ASS/ CARIMBO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16h | 111×70 | 36.3 | 84 | 14 | | [illegible] |
| 22h | 110x70 | 36,2 | 94 | 20 | | Silvana Silva de Freitas Aux. de Enfermagem COREN: [illegible] |
| 06h | 120x80 | 35,6 | 88 | 20 | | |
| 10h | 110x80 | 36.8 | 90 | 19 | – | [illegible] |

| HORA | DIURESES | RESÍDUO GÁSTRICO | DRENOS | ASS/ CARIMBO |
|---|---|---|---|---|
| 18h | | | | |
| 24h | | | | |
| 06h | | | | |
| 12h | | | | |

MAC 800

Nome Paciente: PATIVA

Identificação paciente: DAIARA

Data Nascimento: 22.10.1997

Idade: 21 Anos

Data: 5.09.2019 10:58:41

QRS: 74 ms

QT / QTcBaz: 352 / 456 ms

PQ: 132 ms

P: 96 ms

RR / PP: 594 / 594 ms

P / QRS / T: 72 / 34 / 38 Grau

GE MAC [redacted] 1.2.5 12SL v239 25 mm/s 5 mm/mV 0.31-40 Hz 2x5x6_25 3/

# EVOLUÇÃO

| Data/Hora | Evolução |
|---|---|
| 16.09.19 18:30h | Paciente D.P.O, 21 anos, 7H pós Fx de punho E. Evolui consciente, orientado, hipotenso, taquicardico, eupneico em O2 ambiente. Cefaleia leve, dentro do quadro. Eliminações fisiologicas presentes. Hipótese diagnóstica: Eliminações presentes. |
| 17/09/19 | (M) Terapia Ocupacional. Paciente D.P.O., 21 anos, 7H pós Fx punho E. Acordado, consciente, orientado, cooperativo, realiza as atividades de vida diária com auxílio. Dieta zero (agendado cirurgia). Realizado atendimento terapêutico (relaxamento). |
| 17/09/19 | # Evolução médica # Paciente 21a, 1H por: - Fx punho E. Parâmetros: normais. Paciente estável e sem queixas clínicas. Segue em dieta zero. Eliminações presentes. Pré exame: - BEG AAA cirúrgica - ACP fisiológica. Cd: ① Aguarda cirurgia - programada para tarde. Dra. Juliana Castano Médica CREMEC - 19893 |
| 18/09/19 | # Evolução médica. * Paciente 21a, 2H pós: - Fx de punho E (1º PO). * Parâmetros: normais. * Paciente estável clinicamente, com dor local que cede ao uso de analgésico. - ACP: fisiológico. * CD: ① Alta hospitalar. ② Sol. Raios pós OP. Rafaela Mendonça Enfermeira COREN-CE 45758 Nicolas Ira Lopes Cirurgião Geral CRM-CE 16.248 |

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

# EVOLUÇÃO

Nome: Daiara Pereira de Oliveira Nº Prontuário:
Unidade: Posto 03 Leito: 77

| Data/Hora | Evolução # Evolução de Enfermagem # |
|---|---|
| 01/10/19 | Paciente Daiara, 21 anos, procedente do Protinha da Parangaba, refere ter sofrido acidente com motocicleta (queda) há 1 dia, sofrendo escoriação e Fx de rádio esquerdo. Evolui consciente, orientada, deambulando, aceitando dieta líquida por conta da dificuldade na mastigação (dental queimadura), queixa-se em ar ambiente. Nega comorbidades, tabagismo ou alcoolismo. Apresenta extra em região do punho. Diurese espontânea, evacuação ausente no dia. Segue aos cuidados da Equipe de Enfermagem. SSVV: PA: 100x70 mmHg; FC: 90-104 bpm; Sat O2: 96%; T: 36°C; DV: 50 ml/dh. |
| 16/10/19 | * Evolução médica.<br>* Daiara, 21a, IM pa:<br>- Fx de punho E<br>* Parâmetros: afebril, normotensa<br>* Pacte estável clinicamente, com dor no local da fratura, mas sem outras queixas.<br>- AOE: fisiológico. Sat99%. FC89.<br>* CO: ① exame lab (Hb 11,5 Ureia 12.030)<br>② Liberada / Aguarda cirurgia.<br>Dra. Kamila Marques Viana<br>Médica<br>CREMEC - 16.238<br>* Em tempo: pacte há 48h do acidente, sem alteração neurológica. Negou tontura logo após acidente, sem síncope ou tonturas.<br>Como pacte não tem sinais de coluna, cancela TC de crânio.<br>Dra. Kamila Marques Viana<br>Médica<br>CREMEC - 16.238 |

Prefeitura de
**Fortaleza**

**Prefeitura Municipal De Fortaleza**
**Secretaria Municipal De Saúde**
**Hospital E Maternidade Dra.Zilda Arns Neumann**

**PACIENTE:** Daiana Paiva de Oliveira

**DATA:** 18/09/19 **ENF.:** _____ **LEITO:** 77

| HORA | P.A | TEMP | FC | FR | SpO2 | ASS/ CARIMBO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16h | 110x70 | 36,0 | 85 | 20 | — | Et de Ie de Enf Nathalia |
| 22h | | | | | | |
| 06h | | | | | | |
| 10h | | | | | | |

| HORA | DIURESES | RESÍDUO GÁSTRICO | DRENOS | ASS/ CARIMBO |
|---|---|---|---|---|
| 18h | | | | |
| 24h | | | | |
| 06h | | | | |
| 12h | | | | |

Prefeitura de Fortaleza

Prefeitura Municipal de For.
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

**NOME: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA:** **LEITO:** 77 **DATA: 17/09/2019**

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | HORÁRIOS | OBSERVAÇÃO |
|---|---|---|
| 1. Dieta Oral APÓS efeito anestésico. | Suy | Ás 20:10h. Pact. Retornou |
| 2. CEFALOTINA 1g EV, 6/6h | 20 06 1/0 | da C.C. pós Procedimento |
| 3. Dipirona– 02:18ml ad, EV, 6/6h, | 20 06 1/0 | Cirúrgico. A mesma sem |
| 4. Bromoprida – 02:18ml ad ev 8/8h , SN | SN | Nenhuma Queixa á Relatar. |
| 5. Tramal 100mg+ 100ml SF 0,9% EV de 8/8h | 20 06 (14)FF | Acordada. Consciente. Orientada; |
| 6. Omeprazol 40mg 01 comp vo 1x/dia em jejum | 06 | Verbalizando; A.V.P. em |
| 7. Profenid 100mg + 100mL SF 0,9%, EV, 12/12h | 06 | M.S.D. (Salinizado) p/ Uso |
| 8. SSVV | Rotina | A.T.B. Aceitou Bem Dieta |
| | | V.O. Oferecida. Eliminações |
| | | Fisiológicas Presentes |
| | | Espontâneas. Segue Bem |
| | | e sob. os Cuidados de |
| | | Enfermagem. |

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.
Ortopedia e Traumatologia RQE 6732
Cirurgia do Trauma e Quaternário
CRM 11606 SBOT 13025 SBQ 0488

Jeiel de O. Barbosa
Téc. Enfermagem
COREN-CE 918765

Prefeitura Municipal De Fortaleza
Secretaria Municipal De Saúde
Hospital E Maternidade Dra.Zilda Arns Neumann

PACIENTE: Davara Paiva de Oliveira

DATA: 17/09/19 ENF.: _____ LEITO: 77

| HORA | P.A | TEMP | FC | FR | SpO2 | ASS/ CARIMBO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16h | | | | | | |
| 20h | 110X60 | 36° | 92 | 18 | 99% | Felip |
| 06h | 110X80 | 36,2° | 89 | 17 | / | Felipe |
| 10h | 120x80 | 34,3° | 82 | 20 | / | Kaika |

| HORA | DJURESES | RESÍDUO GÁSTRICO | DRENOS | ASS/ CARIMBO |
|---|---|---|---|---|
| 18h | | | | |
| 24h | | | | |
| 06h | | | | |
| 12h | | | | |

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FOR[illegible]LEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES ESPECIALIZADAS
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

e.e.

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | LEITO:207-77 | PRONTUÁRIO: 85795 |
|---|---|---|
| DATA:17/09/19 | HORÁRIOS | OBSERVAÇÃO DA ENFERMAGEM |
| 1. DIETA ORAL GERAL | | |
| 2. DIPIRONA GOTAS 40GOTAS VO DE 6/6H SE DOR OU FEBRE | | |
| 3. BROMOPRIDA GOTAS 40GOTAS VO ATÉ DE 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | | |
| 4. PACO 30MG 01CP VO ATÉ DE 8/8H, SE DOR INTENSA | | |
| 5. OMEPRAZOL 20MG 01CP VO EM JEJUM | | |
| 6. ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ASSISTIDA | | |
| 7. CAPTOPRIL 25MG, 01CP, VO, SE PA SIST ≥ 180MMHG E/OU PA DIAST ≥ 120MMHG 30/30MIN (MAX 04 DOSES) | | |
| 8. GLICEMIA CAPILAR SE SINTOMAS | | |
| 9. GLICOSE 50%, D4FA, EV, SE DX <70MG/DL | | |
| 10. INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA MOVEL PADRÃO: 181 - 220 2UI 221-260 4UI 261-300 6UI 301-340 8UI 341 - 380 10UI 381 – 420 12UI > 421 14UI *** FAZER METADE DA DOSE À NOITE *NÃO FAZER SE DIETA ZERO** | | |
| 11. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS | | |
| 12. SGF 1:1 1000 ml EV 14 gts/min | | |

CARIMBO E ASSINATURA DO ASSISTENTE:

Dra. [illegible]stano
CREM[illegible] 19895

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE HOSPITAIS E UNIDADES ESPECIALIZADAS
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | LEITO: 207-77 | PRONTUÁRIO: 85795 |
|---|---|---|
| DATA: 15/09/19 | HORÁRIOS | OBSERVAÇÃO DA ENFERMAGEM |
| 1. DIETA LÍQUIDA COMPLETA FRIA | SND | 15:15 Yaeunit jovem admitida nesta unidade hospitalar p/ submeter-se a tratamento específico refere fratura de pato esquerdo. Consciente orientada, verbalizando, em ar ambiente, afebril, eupneica, normotensa, normocorada, negou outras comobidades clínicas. |
| 2. DIPIRONA GOTAS 40GOTAS VO DE 6/6H SE DOR OU FEBRE | SN 23:35 | |
| 3. BROMOPRIDA GOTAS 40GOTAS VO ATÉ DE 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | SN | |
| 4. FACO 30MG 01CP VO ATÉ DE 8/8H, SE DOR INTENSA | SN | |
| 5. OMEPRAZOL 20MG 01CP VO EM JEJUM | 08 | |
| 6. ESTIMULAR DEAMBULAÇÃO ASSISTIDA | Estimular | |
| 7. CAPTOPRIL 25MG, 01CP, VO, SE PA SIST ≥ 180MMHG E/OU PA DIAST ≥ 120MMHG 30/30MIN (MAX 04 DOSES) | SN | |
| 8. GLICEMIA CAPILAR AGORA E SE SINTOMAS | 16 (90) SN | |
| 9. GLICOSE 50%, 04FA, EV, SE DX <70MG/DL | SN | |
| 10. INSULINA REGULAR CONFORME ESQUEMA MOVEL PADRÃO: 181 - 220 2UI 221-260 4UI 261-300 6UI 301-340 8UI 341 - 380 10UI 381 – 420 12UI > 421 14UI * FAZER METADE DA DOSE À NOITE *NÃO FAZER SE DIETA ZERO | SN | |
| 11. SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS | Retirar | PA: 110x70 FC 104 FC 20 T 36'' |
| 12. ECG | | |

CARIMBO E ASSINATURA DO ASSISTENTE:

Dra. Daiara Mota Randal
Médica Otorrinolaringologista
CRM-CE 16622

Kemia Paiva
Enfermeira
COREN-CE 330945

SN Pact. Jovem; Evolução Consciente; Orientada; Verbalizando; Deambulando; A.V.P. (Salinizado). No Período sem Queixas. Aceitando Dieta V.O. Oferecida. Eliminações Fisiológicas Presentes Espontâneas no Banheiro. Segue sob os Cuidados de Enfermagem. // //

Felipe de S. Barbosa
Téc. Enfermagem
COREN-CE 510765

Prefeitura de Fortaleza

Prefeitura Municipal De Fortaleza
Secretaria Municipal De Saúde
Hospital E Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

PACIENTE: Maiara Silva

DATA: 15/09/19 ENF.: _____ LEITO: 77

| HORA | P.A | TEMP | FC | FR | SpO2 | ASS/ CARIMBO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 16h | 100X65 | 36° | 100 | 20 | – | [illegible] |
| 22h | 100X70 | 36° | 97 | 18 | / | [illegible] |
| 06h | 100X80 | 36,4° | 99 | 18 | / | [illegible] |
| 10h | 110x80 | 36,2 | 98 | 17 | – | [illegible] |

| HORA | DIURESES | RESÍDUO GÁSTRICO | DRENOS | ASS/ CARIMBO |
|---|---|---|---|---|
| 18h | | | | |
| 24h | | | | |
| 06h | | | | |
| 12h | | | | |

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

# EVOLUÇÃO

Nome: Daiana Paiva de Oliveira Nº Prontuário:
Unidade: Posto 3 Leito: 77

| Data/Hora | Evolução |
|---|---|
| 16/09 | Fisioterapia<br>Paciente D.P.O 21 a. IH. FRE. Evolui acordada consciente, orientada, contactuante, refere dor no local da fratura.<br>Conduta: Exercícios Respiratórios + Orientações.<br>AP: SPD s/ RA.<br>Academica: Erebnilda N.<br>Belma Shannony Melo da Silva<br>Fisioterapeuta<br>CREFITO-5 118.195-F |
| 16.09.19 | Fisioterapia<br>Paciente D.P.O., 21 anos, em IH por fratura de rádio E<br>Evolui acordada, orientada, cooperativa, verbalizando e em a.a. Cd: Realizado fisioterapia motora e respiratória.<br>Karlina Gomes Martins<br>Fisioterapeuta<br>CREFITO-5: 182.786 |
| 17/09/19<br>11:35 | Pct pós operatório Fx Radio E. Orientado, consciente, verbalizando. Sem queixas no momento. Conforme dieta sem<br>2 e higienização com Clorexidina 2%. SSVV estáveis. Aguardo encaminhamento p/ CC.<br>Enf.<br>COREN 576 |
| 17/09/19<br>21:00 | Pct retorno da SRPA em POI da Fx Rádio E. Orientado consciente, verbalizando. Sem queixas no momento. Apresentou chuvas espontâneas na SRPA. SSVV estáveis. Segue sob cuidados de equipe.<br>Enf. Rua<br>COREN 376 |
| 18/09/19 | Paciente D.P.O., 21 anos, 1º PO de Fx de rádio E. Evolui consciente, orientada, verbalizando, deambulando, aceitando a dieta por VO. Ferida cirúrgica de PO limpa sem sinais flogísticos. AVP em MSD (18/09/19). Eliminações fisiológicas. Aguarda alta hospitalar. Segue sob cuidados da Equipe de Enfermagem. |
| 18/09/19 | Paciente saiu de alta às 18:18h. Mantém 466735 |

# EVOLUÇÃO

| Data/Hora | Evolução |
|---|---|
| 18/09/19 | (4) Terapia Ocupacional<br>Paciente D.P.O., 2 anos, 1º P.O. Ex. Radial E. Evolui sem-<br>dado, ausente, orientado, cooperador. Realizado orientações<br>repasse aos cuidados em seu cotidiano domiciliar (ACD's) |

Prefeitura de Fortaleza

**Prefeitura Municipal de Fortaleza**
**Secretaria Municipal de Saúde**
**Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas**
**Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann**

## EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

Nome: Daisa Paiva de Oliveira Nº Prontuário:

| Data/Hora | Evolução |
|---|---|
| 18.09.19 | Fisioterapia |
| | Paciente evolui acordada, estável, verbalizando, orientada, empneica, IH por fratura em punho E, segue em 1º P.O. em A.A. confortável e deambula sem auxílio. AP: MV AS IRA e Tosse ausente. Realizado atendimento respiratório e motor. |

Maria Helane
Fisioterapeuta
CREFITO 203707

# EVOLUÇÃO DE FISIOTERAPIA

| Data/Hora | Evolução |
|---|---|
| | |

Prefeitura de Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

## EVOLUÇÃO

| | |
|---|---|
| NOME: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | PRONT. Nº: |
| UNIDADE: | LEITO: ENF. |

| DATA/HORA | Evolução |
|---|---|
| 17/09/2019 | PACIENTE OPERADA<br>SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO PUNHO SEM INTERCORRÊNCIAS |

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.
Ortopedia e Traumatologia RQE 5732
Cirurgia de Trauma e Quadril
CRM 11596 SBOT 13025 SBQ 0668

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

# EVOLUÇÃO

Nome: Daiana Paiva de Oliveira Nº Prontuário:
Unidade: Leito: 77

| Data/Hora | Evolução |
|---|---|
| 16/09/19 | Psicologia<br>Paciente consciente, orientada, contactuante. Falou sobre questões familiares. Aviora para alta.<br>Telma Paro Sousa Telma P. Sousa<br>Psicóloga<br>CRP 11/12964 |
| 18/09/19 | Psicologia<br>Paciente consciente, orientada, contactuante. Humor estável. Está tranquila quanto ao pós operatório e a possibilidade de permanência por mais um dia.<br>Telma Paro Sousa Telma P. Sousa<br>Psicóloga<br>CRP 11/12964 |

# EVOLUÇÃO

| Data/Hora | Evolução |
|---|---|
| | |

## Avaliação no POI

| Hora | 17:20 | 17:35 | 17:50 | 18:05 | 18:20 | 19:00 | 20:00 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PA | 150/70 | 128x72 | 125x77 | 127x74 | 119/71 | 107/68 | 118/65 | | |
| FR | 18 | 98 | 14 | 17 | 18 | 19 | 18 | | |
| T°C | 36°C | 36.7 | 36°C | 36°C | 36 | 36 | 36 | | |
| FC | 98 | 93 | 95 | 101 | 91 | 96 | 92 | | |
| Sat $O_2$ | 99% | 100% | 96% | 98% | 96% | 97% | 99% | | |
| Diurese | – | – | – | – | – | – | presente | | |
| Glicemia Capilar | 99 | – | – | – | – | – | – | | |
| Escala A/K | 09 | 9 | 9 | 10 | 10 | 10 | 10 | | |
| Escala Dor | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| Assinatura | [illegible] | Enf. Téc. [illegible] | Claudia | Claudia | [illegible] | [illegible] | [illegible] | | |

Intercorrências no POI:

Claudio Pimenta
Anestesiologista
CREMEC 13435

Alta da SRPA às 19:15

Anestesiologista/CRM

Transferido para Enfermaria/Leito _____ às _____

Enfermeiro(a)/Carimbo COREN-CE

## PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATO

Procedimento realizado: Fratura Radio distal Anestesia: Bloqueio de plex.

Admissão:

pcte, admitida nesta unidade no SR. Evoluiu, pouco sonolenta, despertou ao chamado. E.G. enfaixada, nariz 200g. mais vítes estáveis. AVP heparina. sem ~~~ observações.

Lesão Cutânea/ Queimadura: ( ) Sim (✓) Não

Dreno: Pen-rose ( ) Portovac ( ) Tubular ( ) Outros:

Dispositivos invasivos: ( ) PVC ( ) PAM ( ) SVD ( ) SNG ( )SNE

(✓) Ventilação Espontânea ( ) Cateter Nasal _____ 2L/min ( ) Venturi _____ %

Acesso Venoso: (✓) Periférico ( ) Central ( ) Ostomias ( ) Cateter HD

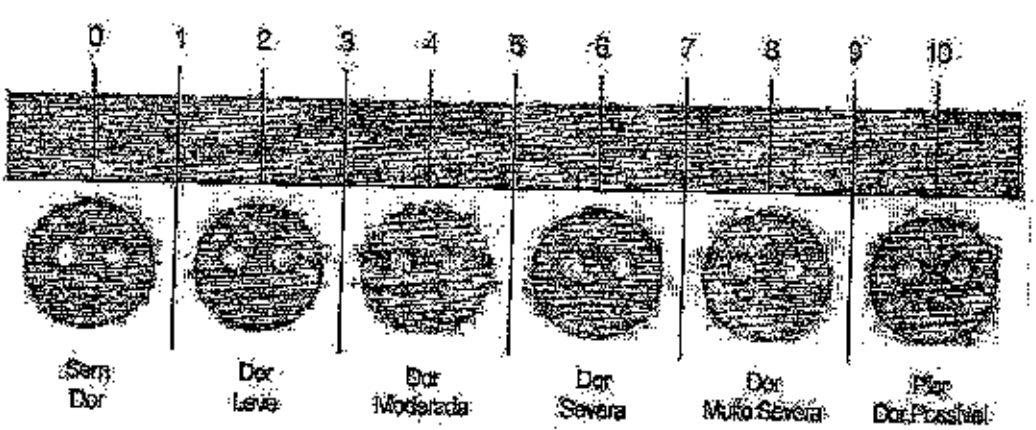
Intercorrências no POI: ( )Sangramento ( ) Convulsão ( ) Edema Agudo de Pulmão

( ) Dor _____ ( ) Alteração Glicêmica ( ) NDN

ÍNDICE DE ALDRETE E KROULIK

| | | |
|---|---|---|
| Atividade Muscular | Movimenta os quatro membros | 2 |
| | Movimenta dois membros | 1 |
| | É incapaz de movimentar os membros voluntariamente ou sob comando | 0 |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Circulação | PA em 20% do nível pré-anestésico | 2 |
| | PA em 20-49% do nível anestésico | 1 |
| | PA em 50% do nível pré-anestésico | 0 |
| [illegible] | [illegible] | [illegible] |
| Saturação de $O_2$ | É capaz de manter saturação de O2 maior que 92% respirando ar ambiente | 2 |
| | Necessita de $O_2$ para manter saturação maior que 90% | 1 |
| | Apresenta saturação de $O_2$ menor que 90%, mesmo com suplementação de oxigênio | 0 |

Tabela 4 – Índice de Aldrete e Kroulik. Fonte: SOBECC, 2017



**Revisão de Enfermagem:**

Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico estão deutro da validade: [✓]Sim [ ]Não

**Controle de Qualidade do CME**

Data: 17 de Setembro de 2019

Técnico de Enfermagem

Enfermeiro (a

**Antes da Incisão Cirúrgica**

| | |
|---|---|
| Membros da equipe confirmam verbalmente: Nome do paciente [✓]Sim [ ]Não<br>Nome do procedimento realizado [✓]Sim [ ]Não<br>Local da cirurgia [✓]Sim [ ]Não | Todos os profissionais da equipe confirmam nomes e profissões:<br>Cirurgião: [✓]Sim [ ]Não<br>Anestesista: [✓]Sim [ ]Não<br>Enfermeiro: [ ]Sim [ ]Não<br>Circulante: [✓]Sim [ ]Não<br>Instrumentador: [✓]Sim [ ]Não<br>Residente: [✓]Sim [ ]Não<br>Neonatologista: [ ]Sim [ ]Não [✓]Não se aplica |

**Posição do Paciente**

| | | | |
|---|---|---|---|
| DORSAL [✓] | VENTRAL [ ] | LITOTÔMICA [ ] | LARTERAL D [ ] |
| LATERAL E [ ] | FOWLER [ ] | TRENDELEMBURG [ ] | TRENDELEMBURG REVERSO [ ] |

| | Compressas Cirúrgicas | Instrumental | Fios Crúrgicos |
|---|---|---|---|
| Início | 15 | 35 | 02 |
| Trans | ∅ | ∅ | 01 |
| Final | 15 | 35 | 02 |

HORARIO DA FAIXA 16:30

| | Procedimento Realizado | Inicio | Término |
|---|---|---|---|
| Anestesia | Bloqueio de Plexo + Sedação | 16:10 | 17:20 |
| Cirurgia | tto cirurgico de Fratura de Punho + reparo ligamentar | 16:40 | 17:20 |

**Antes da Saída da Sala Operatória**

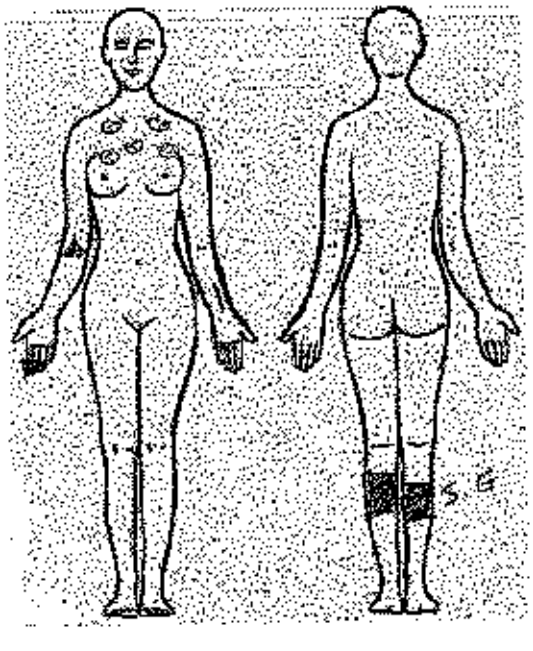
| | |
|---|---|
| Registro do procedimento pela equipe cirúrgica: [✓]Sim [ ]Não | Solicitação de vaga de UTI: [ ]Sim [✓]Não |
| Cultura: [ ]Sim [✓]Não<br>Material_____ | Congelação: [ ]Sim [✓]Não<br>Material_____ |
| Peças cirúrgicas anat.patológico: [ ]Sim [✓]Não<br>Peça:_____ | Responsável pela identificação das peças:<br>ASS:_____ |
| Gasometria: [ ]Sim [✓]Não | |

| | |
|---|---|
| Exames do paciente estão disponíveis: [✓]Sim [ ]Não | O Antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos: [✓]Sim [ ]Não<br>Qual Cefalotina 2g |

**Cuidados Intraoperatórios**

| | |
|---|---|
| Realizada tricotomia no CC: ( ) Sim (✓)Não<br>Área _____ às __:__h | Colocação da placa de bisturi –<br>Local MIE Realizado por: Marcelino |
| Preparo da Pele:<br>Degermação: (✓)Clorexidina ( ) PVPI Realizado por: Marcelino<br>Antissepsia: (✓)Clorexidina Alcoólica ( ) PVPI _____Realizado por: Dr. Frederico | Cateterismo Vesical de Demora ( ) Sim (✓)Não<br>Realizado por:_____ |
| Cateter Venoso Central: ( ) Sim (✓)Não<br>Realizado por:_____ | (✓) ATB profilático 1ª Dose 16:30 2ª Dose _____:_____ |
| Realizou Hemocomponente ( ) Sim (✓)Não<br>CII:_____ Plaqueta:_____<br>Plasma: _____ Crio:_____ | Glicemia Capilar: ( ) Sim (✓)Não<br>Valor: _____ |

**Bonceo do Transoperatório**




| Símbolo | Descrição |
|---|---|
| ■ | Placa de Bisturi |
| ❖ | Tubo Orotraqueal |
| ⊙ | Eletrodos |
| ◄ | Oxímetro |
| ▲ | Punção venosa |
| — | Incisão cirúrgica |
| ▮ | Drenos |
| ● | Sondas |

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE DRA. ZILDA ARNS NEUMANN

## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA (SAEP) E CHECKLIST DE CIRURGIA SEGURA

**Transoperatório**

Paciente: Daiana Paiva de Oliveira

Prontuário: 85795 Entrada no Centro Cirúrgico às 11 h40min

Relato do Clínico Geral:
Pcte 21 anos admitida neste unidade no CC, que realiza procedimento cirúrgico (Cistos de ovário total). consciente orientada, ventilia. eupneica ao ambiente. Conferido a jejum. Nega alergia e medicação e comorbidades. Sem ornamento.

Data: 17/09/19

Enfermeiro(a)/ COREN-CE

**Antes da Indução Anestésica**

| | |
|---|---|
| Paciente confirmou: [✓]Sim [ ]Não | Identificação do paciente: [✓]Sim [ ]Não |
| Local da cirurgia a ser feita: [✓]Sim [ ]Não | Procedimento a ser realizado: [✓]Sim [ ]Não |
| Jejum [✓]Sim [ ]Não | Termo de Consentimento informado e assinado: [✓]Sim [ ]Não |
| Demarcação do sítio cirúrgico: [✓]Sim [ ]Não | Checagem do equipamento anestésico [✓]Sim [ ]Não |
| Oxímetro instalado e funcionando: [✓]Sim [ ]Não | O paciente tem alguma alergia: [ ]Sim [✓]Não Qual: |
| Há Risco de Via Aérea Difícil e/ou Broncoaspiração? [ ]Sim [✓]Não | Tem material e equipamento disponível: [✓]Sim [ ]Não |
| Há Risco de perda sanguínea > 500 ML: [ ]Sim [✓]Não | Tipagem de sangue: [ ]Sim [✓]Não |

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

| 50 - Nome do Profissional Autorizador | 51 - Cód. Órgão Emissor | 52 - Data da Autorização |
|---|---|---|
| 53 - Documento: ( ) CNES ( ) CPF | 54 - Nº Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador | 55 - Assinatura Carimbo (Nº RP) |

| ARP | N. F | Fornecedor | Descrição do Material | Código | Status | Qtde | Valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | [illegible] | Placa em T 3,5mm (indicação [illegible]) | 070203 0996 | C | 01 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

STATUS: (C) Compatível (I) Incompatível (E) Excedente (N) Não-SUS

X Atesto para os devidos fins que os materiais RADIOPACOS acima especificados no campo OPME's UTILIZADOS foram utilizados na cirurgia do dia ____/____/____, conforme descrição cirúrgica, gasto de sala, gasto anestésico e exames de imagem arquivados no respectivo prontuário.

Data: ____/____/____ _____

Assinatura e Carimbo do Médico Auditor

Atesto para os devidos fins que os materiais RADIOTRANSPARENTES acima especificados no campo OPME's UTILIZADOS foram utilizados na cirurgia do dia ____/____/____, conforme descrição cirúrgica, gasto de sala arquivados no respectivo prontuário.

Data: ____/____/____ _____

Assinatura e Carimbo do Médico Auditor

Os materiais RADIOPACOS acima especificados no campo OPME's UTILIZADOS referente a cirurgia do dia ____/____/____, tem sua descrição de uso no Relatório Cirúrgico arquivado no respectivo prontuário

Data: ____/____/____ _____

Assinatura e Carimbo do Médico Auditor

Não atesto o uso dos materiais RADIOPACOS acima especificados no campo OPME's UTILIZADOS referente a cirurgia realizada em ____/____/____, por falta de citação explícita na descrição cirúrgica e de exames de imagens comprobatórios arquivaos no respectivo prontuário

Data: ____/____/____ _____

Assinatura e Carimbo do Médico Auditor

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE ÓRTESE, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

| | |
|---|---|
| 1 - Nome do Estabelecimento Solicitante: Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann | 2 - CNES 704742-8 |
| 3 - Nome do Estabelecimento Executante: Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann | 4 - CNES 704742-8 |

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 5 - Nome do Paciente DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA | | | 6 - Nº Prontuário 85795 | |
| 7 - Cartão Nacional de Saúde (CNS): 710181610115186715441818 | 8 - Data de Nasc: 22/10/97 | 9 - Sexo: ( ) Masc (X) Fem | 10 - Raça/Cor | 11 - Etnia |
| 12 - Nome da Mãe Francisca de Assis de Paiva | | 13 - Telefone de Contato: | | |
| 14 - Nome do Responsável | | 15 - Telefone de Contato: | | |
| 16 - Endereço do Paciente (Rua, Nº, Bairro): R: Rodrigues Medeiros, 575 | | | | |
| 17 - Município de Residência: Fortaleza | 18 - Cód. IBGE Município: | 19 - UF: CE | 20 - CEP: | |
| 21 - Nº do RAE: | 22 - Nº da Solicitação | 23 - Nº da AIH: | | |

## SOLICITAÇÃO DE ÓRTESES, PROTESES E MATERIAIS ESPECIAIS

| | | |
|---|---|---|
| 24 - Descrição do Material PLACA PARA RADIO DISTAL | 25 - Código do Material | 26 – Qtde 01 |
| 27 - Descrição do Material PARAFUSO CORTICAIS | 28 - Código do Material | 29 – Qtde 03 |
| 30 - Descrição do Material | 31 - Código do Material | 32 – Qtde |
| 33 - Descrição do Material | 34 - Código do Material | 35 – Qtde |
| 36 - Descrição do Material | 37 - Código do Material | 38 – Qtde |
| 39 - Descrição do Material | 40 - Código do Material | 41 – Qtde |
| 42 – Procedimento TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DO RADIO DISTAL ESQUERDO | 43 - Código do Procedimento | 44 - CID10 S829 |

## JUSTIFICATIVA DE USO PROFISSIONAL SOLICITANTE

FRATURA DO RADIO DISTAL + REPARO LIGAMENTAR

| | | |
|---|---|---|
| 45 - Nome do Profissional Solicitante: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA | | 46 - Data da Solicitação: 16/05/2019 |
| 47 - Documento: ( ) CNS ( X ) CPF | 48 - Nº Documento do Solicitante 98173200300 | 49 - Assinatura e Carimbo (Nº RP) Dr. Thiago A. Cavalcanti de O. Ortopedia e Traumatologia RQE 5732 Cirurgia de Trauma e Quadril CRM 11506 SBOT 13025 SBQ 0688 |

Prefeitura de Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

## PROCEDIMENTOS

| COD | DESCRIÇÃO | APRES | QTDE |
|---|---|---|---|
| 064 | Abocatt nº 14 | Unid. | |
| 065 | Abocatt nº 16 | Unid. | |
| 066 | Abocatt nº 18 | Unid. | |
| 067 | Abocatt nº 20 | Unid. | |
| 068 | Abocatt nº 22 | Unid. | |
| 069 | Absorvente | Unid. | |
| 070 | Agulha descartável 13x4.5 | Unid. | |
| 071 | Agulha descartável 25x7 | Unid. | |
| 072 | Agulha descartável 25x8 | Unid. | |
| 073 | Agulha descartável 40x12 | Unid. | |
| 074 | Agulha para ~~aqui~~ Plexo 50 | Unid. | 01 |
| 075 | Cateter nasal para oxigênio | Unid. | 01 |
| 076 | Coletor de urina sist. Fechado | Unid. | |
| 077 | Compressas | Unid. | 15 |
| 078 | Dreno de Sucção | Unid. | |
| 079 | Dreno de tórax | Unid. | |
| 080 | Dreno Penrose | Unid. | |
| 081 | Eletrôdos | Unid. | 05 |
| 082 | Equipo para sangue e plasma | Unid. | |
| 083 | Equipo para soro | Unid. | 01 |
| 084 | Esparadrapo comum | Cm | 100 |
| 085 | Gase Alcoolchoada | Unid. | |
| 086 | Gase Hidrófila | Pct. | 06 |
| 087 | Gorro descartável | Unid. | 06 |
| 088 | Intra - Cat nº14 | Unid. | |
| 089 | Lâmina para bisturi nº15 | Unid. | |
| 090 | Lâmina para bisturi nº24 | Unid. | 01 |
| 091 | Luva Cirúrgica nº7,0 | Unid. | 04 |
| 092 | Luva Cirúrgica nº7,5 | Unid. | 05 |
| 093 | Luva Cirúrgica nº8,0 | Unid. | 03 |
| 094 | Luvas procedimento | Unid. | 20 |
| 095 | Máscara Descartável | Unid. | 05 |
| 096 | Micropore | cm | |
| 097 | Pasta gel | Gl | 60 |
| 098 | Propés | Unid. | 08 |
| 099 | Pulseira Identificação RN | Unid. Azul | |
| | | Unid. Rosa | |
| 100 | Scalp nº | Unid. | |
| 101 | Seringa Descartável 20ml | Unid. | 02 |
| 102 | Seringa Descartável 10ml | Unid. | 04 |
| 103 | Seringa Descartável 5ml | Unid. | 02 |
| 104 | Seringa Descartável 3ml | Unid. | |
| 105 | Seringa Descartável 1ml | Unid. | |

| COD | DESCRIÇÃO | APRES | QTDE |
|---|---|---|---|
| | Sonda de Aspiração Traqueal nº | Unid. | |
| | Sonda de Foley 2 vias nº | Unid. | |
| | Sonda Nasogástrica nº | Unid. | |
| | Sonda Uretral nº | Unid. | |
| 106 | Torneira 2 vias | Unid. | |
| | Tubo Endotraqueal nº | Unid. | |
| 107 | Tubo Extensor | Unid. | |
| 108 | Tubo Látex | Unid. | 02 |
| | Ataduras | | 04 |

## SOLUÇÕES

| COD | DESCRIÇÃO | APRES | QTDE |
|---|---|---|---|
| 158 | Álcool 70% | ml. | 60 |
| 159 | Formol 10% | ml. | |
| 160 | Clorexidina Alcoólica | ml. | 100 |
| 161 | ~~Anti-séptico~~ Degermante Clorex | ml. | 100 |
| 162 | Anti- séptico Tópico | ml. | |
| 163 | Sabão líquido | ml. | |
| 164 | Água Bidestilada Esterilizada | ml. | |
| 165 | Éter sulfúrico | ml. | |

## FIO

| | DESCRIÇÃO | APRES | QTDE |
|---|---|---|---|
| | Algodão | Unid. | |
| | Algodão 2-0 | Unid. | |
| | Algodão 3 -0 | Unid. | |
| | Cat Gut Cromado | Unid. | |
| | Cat Gut Cromado | Unid. | |
| | Cat Gut Simples | Unid. | |
| | Mononylon | Unid. | |
| | Mononylon 3 - 0 | Unid. | 01 |
| | Vicryl 2 - 0 | Unid. | 01 |
| | Vicryl | Unid. | |
| | Prolene | Unid. | |
| | Prolene | Unid. | |

| PLANEJAMENTO FAMILIAR | QTDE |
|---|---|
| 01 Plano para radio | (01) |
| distal 03 ponaluno | |
| Cervicais | (03) |

Prefeitura de Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

# REGISTRO DE GASTOS - CENTRO CIRÚRGICO

Data: 17/09/19

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome da Usuária: Daiana Paiva de Oliveira | | | Idade: 21 a. |
| Enfermaria: | Leito | Prontuário: 85795 | |
| Cirurgião: Dr Thiago Aguiar | | Auxiliar: Dr Figueiredo Thalo + Mod(R) | |
| Tipo de Cirurgia: Limpa | | Início: 6:00 | Término: 17:20 |
| Tipo de Anestesia: Bloqueio de Plexo + Sedação | | Anestesista: Dr Edson | |
| Enfermeira: Alzira | | Instrumentador(a): Ronaldo | |
| Proc: Tto cirúrgico de Fratura de Punho | | Circulante: Marcelino | |

## DROGAS E MEDICAMENTOS

| COD | DESCRIÇÃO | APRES | QTDE | COD | DESCRIÇÃO | APRES | QTDE |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 001 | Adrenalina | Amp. | | 035 | Hidrocortisona | Fr. | |
| 002 | Aminofilina | Amp. | | 036 | Kefazol (Cefazolina Sódica) | Fr. | 02 |
| 003 | Atropina 0,25 mg | Amp. | | 037 | Ketalar | Amp. | 01 |
| 004 | Bicarbonato de sódio 8,4% | Amp. | | 038 | Lidocaína com Adrenalina 2% | ml. | |
| 005 | Cedilanide | Fr. | | 039 | Lidocaína sem Adrenalina 2% | ml. | |
| 006 | Citrato de sulfetanila | Fr. | | 040 | Liquemine | Amp. | |
| 007 | Cloreto de Potássio 10% | Fr. | | 041 | Marcaína com Adrenalina | Fr. | 01 |
| 008 | Cloreto de Sódio 20% | Fr. | | 042 | Marcaína sem Adrenalina | ml. | |
| 009 | Cloreto de Suxametônio | Amp. | | 043 | Narcan | Amp. | |
| 010 | Cortizol 100 mg | Amp. | | 044 | Neocaína | Amp. | |
| 011 | Cortizol 500 mg | Amp. | | 045 | Neomicina pomada | Bisn. | |
| 012 | Dexametasona | Amp. | 01 | 046 | Ocitocina | Amp. | |
| 013 | Diazepan 10 mg | Amp. | | 047 | ~~Panceuerio~~ Ranitidina | Amp. | |
| 014 | Dimorf (Sulfato de Morfina) | Amp. | | 048 | ~~Plasil~~ Bromoprida | Amp. | 01 |
| 015 | Dipirona | Amp. | 02 | 049 | Propofol | Amp. | 01 |
| 016 | Dobutamina | Amp. | | 050 | Prostigmine | Amp. | |
| 017 | Dolantina (Clor. De Petidina) | Amp. | | 051 | Quelicin | Fr. /Amp. | |
| 018 | Dopamina | Amp. | | 052 | Thiopental | Fr. /Amp. | |
| 019 | Dormonid (Midazolan) | Amp. | 01 | 053 | Vancocina CP | Fr. /Amp. | |
| 020 | Efortil | Amp. | | 054 | Vitamina K | Amp. | |
| 021 | Ergotrate | Amp. | | 055 | Voltaren | Amp. | |
| 022 | Etrane (Enflurano) | ml. | | 189 | ~~Nibiem~~ Ropri | Amp. | 01 |
| 023 | Fernegan | Amp. | | 190 | Profenid | Fr. /Amp. | 01 |
| 024 | Fentanil (Citrato de Fertanil) | Fr. | 01 | | **SORO** | | |
| 025 | Flumazenil | Amp. | | 056 | Hemacel | Fr. | |
| 026 | Forane (Isoflurano) | Fr. | | 057 | Fisiológico 0,9% | Fr. 250 | 02 |
| 027 | Furosemida 20 mg (Lasix) | Amp. | | 058 | [illegible] | Fr. 500 | 02 |
| 028 | Gentamicina 80 mg | Amp. | | 059 | Ringer com Lactato | Fr. | |
| 029 | Glicose 25% | Amp. | | | Glicosado a 5% | Fr. | |
| 030 | Glicose 50% | Amp. | | 051 | Sol. Manitol | Fr. | |
| 031 | Gluconato de Cálcio 10% | Amp. | | | Glicosado a 5% | Fr. | |
| 032 | Halonato | ml. | | | Sol. Glicerina 12% 500 | Fr. | |
| 033 | Heparina | ml. | | | Glico-Fisiológico 1:1 | Fr. | |
| 034 | Hidralazina | Amp. | | 063 | Sol. Eletrolítica | Fr. | |



Alzira Leite da Silva
Enfermeira
COREN-CE 542.160

Tramadona

Prefeitura Fortaleza

Prefeitura Municipal de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenadoria de Hospitais e Unidades Especializadas
Hospital e Maternidade Dra. Zilda Arns Neumann

# RELATÓRIO DE AUDITORIA

Data: 8/10/19

Nº prontuário: 85795

Procedimento: 0408020407 André Cavalcanti

Tratamento Fratura Radio (E)

Data da cirurgia: 17/09/19 Admissão: 15/09/19 Alta: 18/09/19

( ) AIH
Pendências: ✓
Médico:

( ) Resumo de Alta
Médico: ✓

( ) Descrição Cirúrgica
Pendências: ✓
Médico:

(+) Laudo de OPME DATA DIVERGENTE
Pendências:
Médico:

( ) Gasto Anestésico
Pendências: ✓
Médico:

( ) Gasto de Sala
Pendências: ✓
Enf:

( ) Parecer
Pendências:
Médico:

( ) Evolução e Prescrições
Pendências: ✓
Médico:

( ) Justificativa de Acompanhante
Pendências: ✓

( ) Outros:

Dione Mª Espindola L. de Castro
Auditoria - RTE 035079
COREN - CE 50608 - ENF
08/10/19

231910 3159768

1-UEG.

PRONTUÁRIO 85795 RG 2008 5533011

NOME PACIENTE DAIARA PAIVA

PROCEDIMENTO REALIZADO 0415010012

ESPECIALIDADE 1 DATA DE INTERNAÇÃO 15/09/19 DATA SAÍDA 18/09/19

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL 9525 DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO V289

NASCIDOS-> VIVOS ___ MORTOS ___ SAÍDAS-> ALTAS ___ TRANSF. ___ ÓBITO ___

MOTIVO DA ALTA 12

| CPF DO PROF | CBO | ATO PRFISSIONAL | QUANTIDADE |
|---|---|---|---|
| THIAGO AGUIAR | 225270 | 0408020407 | |
| GOSON BULAMARQUE | 225151 | ANEST. | |
| TRAUMARONG | | 0702030996 | 01 |
| THIAGO AGUIAR | 225270 | 0408020130 | |
| GOSON BULAMARQUE | 225151 | ANEST. | |
| | | 0802010016 | 03 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Mª HELANE LIMA | 223605 | 0302050019 | 03 |
| | | 0302040021 | 03 |

EXAMES

| EXAME | CÓDIGO | QUANT | EXAME | CÓDIGO | QUANT |
|---|---|---|---|---|---|
| Á. URICO | 0202010120 | | MAGNÉSIO | 0202010562 | |
| ANTIBIOGRAMA | 0202080013 | | POTÁSSIO 1 | 0202010600 | 01 |
| ANTICORPOS (HIV) | 0202030296 | | PROTEÍNA C REAT. PCR 1 | 0202030202 | 01 |
| BILIRRUBINA | 0202010201 | | PROTEÍNAS TOTAIS | 0202010619 | |
| CÁLCIO | 0202010210 | | PROTEÍNAS TO/FRAÇÕES | 0202010627 | |
| CLORO | 0202090140 | | SÓDIO 1 | 0202010635 | 01 |
| CLORETO | 0202010260 | | SUMÁRIO DE URINA | 0202050017 | |
| COAGULOGRAMA | 0202020495 | | T. PROTOMBINA (TAP) 1 | 0202020142 | 01 |
| COLESTEROL TOTAL | 0202010295 | | TESTE DE CLEMENTS | 0202090337 | |
| CONT. DE PLAQUETAS | 0202020029 | | TESTE GRAVIDEZ-BETA HCG | 0202050254 | |
| CONT. DE RETICULOCITOS | 0202020037 | | TGO | 0202010643 | |
| CONT.ESPEC.CELLIQ | 0202090051 | | TGP | 0202010651 | |
| CREATININA 1 | 0202010317 | 01 | URÉIA 1 | 0202010694 | 01 |
| CULTURA | 0202080080 | | RAIO X - TORAX/PA 1 | 0204030170 | |
| CURVA GLICÊMICA | 0202010074 | | TRIGLICERÍDEOS | 0202010678 | |
| DESIDROG. LÁTICA | 0202010368 | | TROMBOPLASTINA (TTP) 1 | 0202020134 | 01 |
| ELETROCARDIOGRAMA 1 | 0211020036 | 01 | ULTRA-SOM ABDOMINAL | 0205020046 | |
| ERITOGRAMA | 0202020363 | | ULTRA-SOM ARTICULAC. | 0205020062 | |
| FERRO SÉRICO | 0202010392 | | ULTRA-SOM OBST. | 0205020143 | |
| FOSFATASE ÁCIDA | 0202010414 | | ULTRA-SOM PÉLVICA | 0205020160 | |
| FOSFATASE ALCALINA | 0202010422 | | ULTRA-SOM TRANSFONTENELAR | 0205020178 | |
| FERRITINA | 0202010384 | | USG-VIAS URINARIAS | 0205020054 | |
| FÓSFORO | 0202010430 | | USG-TRANSVAGINAL | 0205020186 | |
| GASOMETRIA COMPLETA | 0202010732 | | VDRL GESTANTE | 0202031179 | |
| GLICOSE 1 | 0202010473 | 01 | VDRL PARA SIFILIS | 0202031110 | |
| GRUPO ABO | 0202120023 | | TOCOCARDIOGRAFIA | 0211040061 | |
| FATOR RH | 0202120082 | | TESTE RAPIDO HIV | 0214010058 | |
| HEMOCULTURA | 0202080153 | | TESTE RAPIDO SIFILIS | 0214010074 | |
| IGG (ANTITOXOPLASMA) | 0202030768 | | HEMOG. COMPLETO 1 | 0202020380 | 01 |
| IGM (ANTITOXOPLASMA) | 0202030873 | | VHS 1 | 0202020150 | 01 |
| GLICEMIA CAPILAR | 0214010015 | | ECO DOPPLER | 0205010040 | |
| ENDOSCOPIA | 0209010037 | | ECO | 0205010032 | |
| COLONOSCOPIA | 0209010029 | | NBZ | 0301100101 | |

Rx-ANTEB. 0204040019-01

| | | CLINICO | POSTO |
|---|---|---|---|
| 1 | 64915 | REGINA LUCIA NOGUEIRA DA SILVA(DESMAME 08/11 A 07/12) | 4 |
| 2 | 69503 | JOSEFA RODRIGUES DA CRUZ(DESMAME 09/11 A 08/12) | 4 |
| 3 | 75433 | ZULMIRA VIDAL DE SOUSA(ALTA) | 4 |
| 4 | 74485 | GERALDA ALVES MARTINS(DESMAME 11/11 A 10/12) FRATURA | 4 |

Ana Paula

Assinatura de recebimento em 18/12/2018 OK

OK

192

# DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Daiara Paiva de Oliveira** - C.P.F. - **614.937.743-10,** no dia **14/09/2019**, às **08h20min**, na **Avenida General Osório de Paiva,** no **Bairro Parangaba,** vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido pelo Sr. **José Edivando do Rosário Maciel** por meio do Processo **nº P871732/2019.**

Fortaleza, 25 de Setembro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

**Roberto Gomes de Lima**
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Mauricio Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

**Mauricio Lopes Alves**
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 01[illegible]2402930

| UNIDADE DA FEDERAÇÃO | CÓD. RENAVAM | CÓD. SEGURANÇA | EXERCÍCIO |
|---|---|---|---|
| CE | 01 | [illegible] | 2019 |

NOME
[illegible] SILVA
FORTALEZA / CE

| CHP / CMM | PLACA |
|---|---|
| 3227/2011 | [illegible] |

| PLACA ANTERIOR | CHASSI |
|---|---|
| /CE | [illegible] |

| CHASSI RESPECIFICADO | COMBUSTÍVEL |
|---|---|
| [illegible] | [illegible] |

| MARCA / MODELO | ANO FAB. | ANO MOD. |
|---|---|---|
| HONDA/[illegible] | [illegible] | 2011 |

| CAP. / POT. / CIL. | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE |
|---|---|---|
| 2P/000/1499C | PARTIC | PRETA |

| IPVA | QTA ÚNICA | VENC. COTA ÚNICA | VENC. COTAS |
|---|---|---|---|
| | [illegible] | [illegible] | |

| PAY ATIVA | PARCELAMENTO COTAS | |
|---|---|---|
| [illegible] | [illegible] | 3RI |

| PRÊMIO SEGURO (R$) | IOF (R$) | PRÊMIO TOTAL (R$) | DATA DE PAGAMENTO |
|---|---|---|---|
| 00.11 | 0.32 | 59(5R) | 07/03/2019 |

OBSERVAÇÕES
[illegible]

| LOCAL | DATA |
|---|---|
| FORTALEZA | 03/2017 |

DENATRAN
CONTRAN

Nota Fiscal Conta de Energia Elétrica Grupo B, Série B4 Nº **547304598**

**Companhia Energética do Ceará**
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza-CE
CNPJ: 07047251/0001-70 | CGF: 06.105.944-3

**DADOS DO CLIENTE**

Rota 18 01230 14 257400 - 0 Mod nor 184257 Poste 0000 1301

Nome FRANCISCA DE ASSIS DE PAIVA SILVA

Endereço Postal RU RODRIGUES MEDEIROS 00575 - CANINDEZINHO - FORTALEZA CEP 60731-385

End. da Unidade Consumidora RU RODRIGUES MEDEIROS 00575 - FORTALEZA

RG / CPF / CNPJ 027478703-24 CGF

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

**OUT/2018**

Último Nº abaixo comprovante de pagamento

**3012206**

**25/11/2018**

**96,24**

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leitura Atual | Leitura Anterior | Consumo | Consumo (kWh) | Consumo Faturado | Consumo Faturado |
|---|---|---|---|---|---|
| 3428 | 3317 | 1 | 108 | 0 | 108 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 26/10/18 | 26/09/18 | 30 | 01A0 | |

**DATAS DE LEITURA**

Data de Emissão: 31/10/2018
Apresentação: 26/11/2018
Próx. Previsto Leitura:

**DESCRIÇÃO DA CONTA** — Quantidade | Tarifa | Valor (R$)

| | |
|---|---|
| VALOR CONSUMO DO MES | 23,01 |
| MULTA MONAFACIA REF 07/2018 | 0,55 |
| JUROS DE MORA Ref. 08/2018 | 0,08 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | 11,88 |
| PIS COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA | 2,17 |
| COB. SALDO FATURA ANTERIOR | 44,86 |
| (*) CAPITAL ECA ADAO DOM SCRTE-0800 600 | 2,00 |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R$ 3,23 ) | |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

3F3A.0644.30EF.C8ED.02A8.D7B6.8006.7A8D
ICMS

Base de Cálculo (R$) Alíquota Valor do Imposto

(SENIO)

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

| | |
|---|---|
| Energia | 17,00 |
| Transmissão | 1,82 |
| Distribuição | 8,73 |
| Encargos Setoriais | 2,87 |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS) | 4,63 |
| Total | 35,08 |

**FAIXAS CONSUMO BAIXA RENDA**

| | | | |
|---|---|---|---|
| Faixa 0 a 30 | 30 | 0,19884 | 5,96 |
| Faixa 31 a 100 | 70 | 0,34089 | 23,85 |
| Faixa 101 a 220 | 8 | 0,51134 | 4,09 |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES $CO_2$ (kg/kWh)**

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg ($CO_2$) | Compensado kg ($CO_2$) | Consciência Ecológica (%$CO_2$)

42 | 0 | 100

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto: BOM JARDIM
Mês: ARO/2018 - FIXO 13,15
DICRT = 0,00 P

| | Padrão Individual Mensal | Trim. | Anual | Apuração Individual Mensal | Trim. | Anual |
|---|---|---|---|---|---|---|
| DIC (h) | 8,18 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FIC (ocorr) | 8,28 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC (h) | 2,00 | | | 0,00 | | |

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."
Chamar em vizinhança e erigir a entre no cadastro ao mesquite transmissor

Conta sendo fatura R$ 4,63 referente a PIS e COFINS, Alíquotas: PIS: 1,29% e Cofins: 8,68%. [Art. 8 Res. 100/2000 - ANEEL e Lei n. 10.637/02 e 10.833/03]
Bandeira vermelha patamar 2 em out-18 com custo de R$,00 reais a cada 100Kwh [mil/kwh-hora]. Informações: www.aneel.gov.br

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


Consumo médio dos 12 últimos meses

Seguradora LÍDER

# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima: 61493774310

4 - Nome completo da vítima: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

**REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012**

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: DAIARA PAIVA DE OLIVEIRA

6 - CPF: 61493774310

7 - Profissão: RECUSO

8 - Endereço: RUA RODRIGUES MEDEIROS

9 - Número: 575

10 - Complemento:

11 - Bairro: CANINDEZINHO

12 - Cidade: FORTALEZA

13 - Estado: E

14 - CEP: 60731385

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD): 85-99917-9339

**DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR**

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

**20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R$1,00 A R$1.000,00 ☐ R$2.501,00 ATÉ R$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R$1.001,00 ATÉ R$2.500,00 ☐ ACIMA DE R$5.000,00

**21 - DADOS BANCÁRIOS:** ☒ **BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO** ☐ **REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)**

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

**AGÊNCIA:** 4689 (Informar o dígito se existir) **CONTA:** 15852 (Informar o dígito se existir) 6

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

**Nome do BANCO:**

**AGÊNCIA:** (Informar o dígito se existir) **CONTA:** (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 o que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

**DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE**

MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro(s)/nascido(s)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - 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.

NÃO ALFABETIZADO

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

38 - 1º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, FORTALEZA, 20/12/2019

41- Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019