

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	JOSE AURILO JERONIMO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	CARIDADE/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2006099108836
Profissão	AUTÔNOMO	CPF nº	301.142.173-00
Endereço	RUA JOSE SAMPAIO, 248, CENTRO		
Bairro	CARIDADE	CEP	60.000-000
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98770 5334 AA		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 10 de abril de 2020.


OUTORGANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	JOSE AURILO JERONIMO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	CARIDADE/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	2006099108836
Profissão	AUTÔNOMO	CPF n°	301.142.173-00
Endereço	RUA JOSE SAMPAIO, 248, CENTRO		
Bairro	CARIDADE	CEP	60.000-000
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98770 5334		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 10 de abril de 2020.

Jose Aurilo Jeronimo

DECLARANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - N°100 - 1° ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - N° 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyabrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Jose Aurilio Jeronimo, BRASILEIRO(A),
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº
INSCRITO NO CPF SOB O Nº, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO

DECLARO PARA
TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM
ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ -
CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM
A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA,
ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO
PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS
ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO
EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030/ (85) 98853-0069, DE TODA E
QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE
TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E
VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E
EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO
O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA
LEI [ART. 339 E 340] DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O
QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 10 DE abril DE 2020.

Jose Aurilio Jeronimo
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyabrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiagocs@hotmail.com



Nº do Cliente
4406814A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002.Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047261/0001-70 | CGF 06.105.848-3Para agilizarmos seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 023041169**

Rota CD106U02 - 296000

Referência 10/2019

Nome JOSE AURILO JERONIMO

Endereço RU JOSE SAMPAIO, 248, CENTRO INHUPORANGA,

62730-000, CARIDADE

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásica

Emissão 09/10/2019

Medidor 769072-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO

27084F30314743C847793CB0B0C0E0EA

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**DATAS DE LEITURA**

P.F.: 29 dias

Anterior
10/09/2019Atual
09/10/2019Próxima prevista
11/11/2019**DADOS DA MEDIÇÃO**

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	25.464	25.260	1,00	204	00	204	0,72681	148,27

DADOS DO FATURAMENTO**TARIFA****VALOR (R\$)**

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	-	24,09
JUROS MORATÓRIOS	-	1,13
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00627	1,28
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,03779	7,71
CONSUMO	0,72681	148,27

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	157,26	27,00	42,45
PIS	157,26	0,03	0,04
COFINS	157,26	0,14	0,21

VENCIMENTO**15/11/2019****TOTAL A PAGAR (R\$)****182,48****CONSUMO CONSCIENTE****CPF/CNPJ**

301.142.173-00

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica (%CO₂) 0 100**INFORMAÇÕES AO CLIENTE**

PREVIO AVISO NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DE FORNECIMENTO DE ENERGIA ELETRICA Voce possui conta(s) em atraso (Ref:2019/08 Valor R\$184,82). A inadimplência possibilita a suspensão do fornecimento de energia (Res. ANEEL 414/10 Arts. 171 c/c 172) e o envio aos ORGAOS DE PROTECAO AO CREDITO e CARTORIO

Seu acesso ao fornecimento de energia elétrica será suspenso caso não ocorra a suspensão do fornecimento ou a religação da UC. Res ANEEL 414/10 Art.173. Ao lado, detalhe do debito para pagamento. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar este aviso. Nº Cliente: 000004406814.

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 11/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 09/10

Nº do Cliente:

Data de Emissão:

Nº da Nota Fiscal: 4406814

09/10/2019

023041169

Referência:

Total a Pagar (R\$):

Nº de Controle:

10/2019

V: [1.0.0.5]

182,48

200007344741

CGB - 1336388910

-4.0962569

-39.05537364

83810000001 9 82480031200 5 00734474107 6 00004406814 0

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 014419211560

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA ODB RENAVAM R.A.T.R.C. EXERCÍCIO
EMITIDOR 979243750 0000000000 2019

MARIA DAS DORES DA SILVA JERONIMO

PACAJUS/CE

CPF/CNPJ

72646462387

PLACA HYM3696

PLACA ANT./UF

9C2JJC30708R641795

SERIE/TIPO

979/MOTOCICLO/MOTO APILITE

COMBUSTIVEL

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.

2008

CATEGORIA

PARTIC

VENO. COTA ÚNICA

VENO. COTAS

COTA ÚNICA

PARCELAMENTO / COTAS

PREMIO TARIFARIO (R\$)

0.32

PREMIO TOTAL (R\$)

26/03/2019

DATA DE PAGAMENTO

26/03/2019

DATA DE PAGAMENTO

26/03/2019

OBSERVAÇÕES

PACAJUS

LOCAL

26/03/2019

26/03/2019

CENº 014419211560 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

72646462387

HYM3696

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

014419211560

38947758637

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2019 26/03/2019

CPF/CNPJ

72646462387

PLACA HYM3696

RENAVAM

979243750

MARCA/MODELO

HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB.

2008

DATA ÚNICA

09

9C2JJC30708R641795

PREMIO TARIFARIO

36.05

DETRAN (R\$)

4.01

QUOTIDIANO DO SEGURO (R\$)

4199 BILHETE (R\$)

0.32

IOF (R\$)

84.58

PAGAMENTO

PARCELADO

26/03/2019

COTA ÚNICA

LOTE/DOC

227338782

DPVAT

MOTOR

9C30E78641795

DPVAT

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIDADE
Impresso nº 2019533637



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 434 - 234 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **05/08/2019 11:20:34**
Data / Hora da Ocorrência: **05/02/2019 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSÉ SAMPAIO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **CARIDADE/CE**
Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **JOSE AURILO JERONIMO**
Nascimento: **01/03/1954** CPF: **301.142.173-00**
RG: **2006099108836** Orgão Emissor:
Filiação: **MARIA ZENEIDA AMORIM** UF:
ESPEDITO JERONIMO
Endereço: **RUA CORONEL JOSÉ SAMPAIO, 248**
Bairro: **DISTRITO DE CAMPO BELOS** CEP:
Município: **CARIDADE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYW3696** Uf: **CE** Município: **PACAJUS** Chassi:
9C2JC30708R641795 Renavam: **979243750** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2008 Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **MARIA DAS DORES DA SILVA JERONIMO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a esta Unidade Policial, o queixoso, informando que no dia, horas e local acima citado, encontrava-se pilotando a sua motocicleta acima citada, na Av. José Sampaio, quando o pneu dianteiro bateu em uma pedra, perdeu o controle da moto e veio a cair ao solo, desta queda teve um grande corte na perna esquerda, foi socorrido para o hospital desta cidade, transferido para Canindé, onde passou vinte dias hospitalizado, depois foi transferido para o IJF em Fortaleza, passou dois meses hospitalizados, foi submetido a quatro intervenções cirúrgicas, duas em Canindé e duas no IJF. Nada mais havendo, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIDADE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CLÁUDIO SÉRGIO LANDIM BARROCA - MAT.: 028488-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Aurilo Jeronimo

VISTO DO DELEGADO(A):

DANIEL ARAÚJO MOTA - MAT.: 300591-1



Av. Humberto Monte, 1440 - Parqueiândia - CEP: 60450-000
 Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente Jp21 Avulso
 Jerônimo Soares Pature ex-
 parte grave do Acidente
 1 por 1245 em 05/02/2019,
 submetido a neurotização
 cirúrgica e encontrando com
 perda funcional do tornoz-
 lo a por 1245 40% perder a
 mobilização + limitação
 dos movimentos e dor de
 articulação definitiva.

Dr. João Batista Gomes da Silva
 Médico - CRM: 5155
 CPF: 228.775.923-01

Fortaleza, 07 / 01 / 2020

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 22/02/2019 16:13:55	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705207408580372	NOME: JOSE AURILO JERONIMO			Registro: 5601715			
CPF: 30114217300	RG: 2006099108836	D. NASC: 01/03/1954	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA ZENEIDE AMORIM			NOME DO PAI: ESPEDITO JERONIMO				
TIPO DE LOGRADOURO: Distrito	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAMPOS BELOS		Nº: S/N	BAIRRO: ZONA RURAL			
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: CARIDADE		UF: CE	CEP: 62730000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: JOSE AURILO JERONIMO		PARENTESCO:			TELEFONE: 991507193		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: PERDA DE SUBSTANCIA NO CALCANHAR, HA 19 DIAS							
OBSERVAÇÕES: PROBL. DE EXTREMIDADES, DOR LEVE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condução:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

REVISÃO DE PROTOCOLO - 101
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 29/10/2019
MATRICULA 51022
SERVIDOR(A)



Nº 4420032622

Data da Impressão : 5/2/2019 20:49:11

fls. 24

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : SUS AMBULATORIO

Dados do Paciente

GUIA :

Usuário do Cadastro :

VIRGINIA

Usuário do Atendimento :

FRANCISCO

Nome : JOSE AURILO JERONIMO

Paciente : 57709

Atendimento

1395104

Nome da Mãe : MARIA ZENEIDA AMORIM

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 01/03/1954

Idade: 64 Anos / 11 Meses / 4 Dias

Endereço : RUA CORONEL JOSE SAMPAIO

Número : 248

Bairro : CAMPOS BELO

CEP : 62730000

Cidade : CARIDADE

Telefone :

Dados do Atendimento

Prestador Médico : ANTONIO VALDECI GOMES FREIRE

Data : 05/02/2019

Hora : 21:49:08

Especialidade : CIRURGIA GERAL

Serviço : CIRURGIA GERAL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: 2006099108836

Queixas :

T:

PA: 160 / 100

P:

RMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que?

Anamnese:

Sporões sobre o lado do tendão
do lado do tendão
Arterial no meio da

Exame Físico:

ORTOPEDIA: Perda de movimento no ombro,
foi portador com perda de movimento
do lado direito do tendão do Agulha Eucalipto
1 trat com fisioterapia

Hipótese Diagnóstica :

Cód. COD 10:

Procedimento

Dr. Marcos J. Soares
Traumato - Ortopedia
CRM: 5557☐ Imagem :☐ Laboratório :☐ Outros :

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/COREN



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente JOSE AURILO JERONIMO, foi submetido a tratamento cirúrgico. Necessita de 30 (trinta) dias de afastamento de suas atividades.

CID: S91.3

Dr. Hayato Corrêa
Cirurgião Plástico
Médico Residente
CRM-REC 17943

Fortaleza, 18/04/2019

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota
CNPES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80
RUA SENADOR POMPEU, 1757
Bairro: Centro Fone: 3255.5000
Fortaleza- CE CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

USO ORAL

PACIENTE: JOSE AURILO JERONIMO
ENDEREÇO: RUA SENADOR POMPEU, 1757
PRESCRIÇÃO:

- 1) Cefalexina 500mg ----- 28 comp.
Tomar 01 comprimido, de 6/6h, por 07 dias.
- 2) Dipirona 500mg ----- 20 comp.
Tomar 01 comprimido até de 6/6h, por 05 dias.

Dr. Hayato Corrêa
Cirurgião Plástico
Médico Residente
CREMEC 17943

Data: 18/04/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:
RG:
ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: __/__/____
FORNECEDOR:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota
CNPES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80
RUA SENADOR POMPEU, 1757
Bairro: Centro Fone: 3255.5000
Fortaleza- CE CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

USO ORAL

PACIENTE: JOSE AURILO JERONIMO
ENDEREÇO: RUA SENADOR POMPEU, 1757
PRESCRIÇÃO:

- 1) Cefalexina 500mg ----- 28 comp.
Tomar 01 comprimido, de 6/6h, por 07 dias.
- 2) Dipirona 500mg ----- 20 comp.
Tomar 01 comprimido até de 6/6h, por 05 dias.

Dr. Hayato Corrêa
Cirurgião Plástico
Médico Residente
CREMEC 17943

Data: 18/04/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:
RG:
ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: __/__/____
FORNECEDOR:



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA

Nome: JOSE AURILO JERONIMO

Prontuário: 5601715

Unidade: 15

Leito: 03

RESUMO CLÍNICO: Paciente com perda de substância em calcâneo esquerdo, realizou retalho fasciocutâneo dia 22/03/2019, evoluindo com necrose. Foi realizado debridamento e enxerto dia 13/04/2019. Evolui com bom aspecto, em boas condições de alta hospitalar.

Diagnóstico Principal:

Sequelas apresentadas: (não se aplica)

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: (X) SIM () NÃO

1.1- CIRURGIA REALIZADA:

1.2- CIRURGIÃO :

1.3- TIPO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO:

1.4- DATA:

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: (X) SIM () NÃO

1.1- CIRURGIA REALIZADA:

1.2- CIRURGIÃO:

1.3- TIPO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO:

1.4- DATA:

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em:

Observações:

Marcar consulta no ambulatório da Cirurgia Plástica, AGENDAR RETORNO Dr. Roberto Cezar com 1 semana, extra.

Trocar curativo a cada 2 dias, no posto de saúde / upa.

Tomar medicações prescritas.

Não deixar calcâneo esquerdo em contato com chão ou com a cama

Data: 18/04/2019

Médico

CRM/Carimbo

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Nome: Jose Aurelio Jerônimo
Cartão do SUS*: 162381573300008 Telefone*: _____
Idade: 64 PESO: _____ Horário: 21:10 Data: 05/08/19
PA: 140x80 T: _____ PULSO: _____ RESP: _____ DX: _____
Mãe: Mrs. Zepilda Amunim
Pai: Expedito Genonimo
Endereço: R. Gales

ACIDENTE DE TRABALHO: () Sim () Não NOTIFICAR () Sim () Não
EMITIR A CAT: () Sim () Não

Evolução Médica e Conduta realizada: De acordo com
perda de tecido celular
subcutâneo no abdome
as guarnições, após consulta de
um especialista

Evolução de Enfermagem: Anestesia + Enca
mentamento planejado
com sucesso

PACIENTE

MÉDICO (A)



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIDADE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____
Cartão dos SUS: _____ Telefone: _____
Distrito Sanitário: _____ Município: CARIDADE

Nome: João Augusto Feronima Prontuário nº _____
Sexo: M (☒) F () Idade: 64 anos Ocupação: _____
Endereço: Campes Belo - Caridade

Motivo do Encaminhamento: Der entrada neste setor com pedido de vacinas e exames laboratoriais. Solicito conduta adequada do médico Relat - para por moto angustiar.
Resultado do Exame: _____

Conduta Já Realizada: Genotipo
Impressão Diagnóstico: Verdade de tipo de câncer Esq
Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro _____ Função _____ Data 01/20 Hora 19h

AGENDAMENTO

Encaminhamento p/ Atendimento: Ambulatorial () Hospital () Auxílio Diagnóstico ()
Procedimento: _____ Profissional: Cirurgião
Unidade de Referência: HSE (Caridade) Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário nº _____ Data: ____/____/____
Resumo Clínico / Cirúrgico: _____
Resultado do Exame: _____
Diagnóstico Principal: _____ CID _____
Secundário 1 _____ CID _____
Secundário 2 _____ CID _____
Conduta realizada: _____
Proposta de Consulta p/ Seguimento: _____
O problema justificou a referência? Sim () Não () O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()
Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data 1/20 Hora _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
 SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
 SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

2 - CNES

2527413

4 - CNES

2527413

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente
 JOSE AURILO JERONIMO

7 - Cartão Nacional do SUS
 162381573300008

8 - Data de Nascimento
 01/03/1954

9 - Sexo
 Masculino ☒ 1 Feminino ☐ 3

10 - Raça/Cor
 03 - Parda

6 - Nº Prontuário

57769

10.1 - Etnia

0000 - Não Se Aplica

12 - Telefone de Contato

8533432110

14 - Telefone de Contato

0

11 - Nome da Mãe
 MARIA ZENEIDA AMORIM

13 - Nome Responsável
 JOSE AURILO JERONIMO

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)
 RUA CORONEL JOSE SAMPAIO, 248 - CAMPOS BELO

16 - Município
 CARIDADE

17 - IBGE

230300

18 - UF

CE

19 - CEP

62730030

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

21 - Condições que justificam a internação

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

23 - Diagnóstico Inicial / Código

24 - CID 10 Principal

1998

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - Especialidade

30 - Caráter de Atendimento

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

203634055260008

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

34 - Data da Solicitação

06/02/2019

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro do Conselho)

DR. MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 MEDICO 5557

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora

42 - CNPJ / Empresa

40 - Nº Bilhete

43 - CNAE / Empresa

41 - Série

44 - CEOR

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador
 AURELIO PARENTE BARBOSA

47 - Cód. Órgão Emissor

M230280001

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

(X) CNS () CPF

201560652950007

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)



SANTA CASA DE CANINDE

Data de Impressão 6/2/2019 08:34:56
fls. 31

Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro :

VIRGINIA

Paciente : 57709 CNS : 162381573300008 Idade: 64 Anos / 11 Meses / 5 Dias
Nome do Paciente : JOSE AURILO JERONIMO Data Nascimento : 1/3/1954
Sexo : MASCULINO Estado Civil : CASADO Religião :
Profissão : AGRICULTOR Naturalidade : CARIDADE
Endereço : RUA CORONEL JOSE SAMPAIO Número : 248
Bairro : CAMPOS BELO Cidade : CARIDADE
CEP : 62730000 Telefone : 0
Identidade : 2006099108836 CPF : 30114217300
Nome da Mãe : MARIA ZENEIDA AMORIM
Nome do Pai : ESPEDITO JERONIMO



Dados do Responsável

Nr : JOSE AURILO JERONIMO Parentesco : MESMO(A) Fone : 0
Endereço : RUA CORONEL JOSE SAMPAIO Número : 248
Complemento : CEP : 62730000
20383405526

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

IRAI

Número : 1395161 Data : 06/02/2019 Hora : 08:32:38
Origem : INTERNACAO SUS 1395161 Tipo : ORTOPEDIA
Unidade de Internação : POSTO 4 Leito : APTO E1

Médico do Atendimento : 24 MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
Conselho: CRM-C-5557 Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS : 203834055260008

Convênio : 1 SUS INTERNACAO Plano : SUS INTERNACAO
Carteira : Guia : Dias Autorizados : Horas Autorizadas :
Acomodação : APARTAMENTO

Serviço : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
CID :
Procedimento principal :
Local de Procedência :

Observação:

X José Jeronimo de

Paciente/Responsável

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE 5557



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (085) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente Jose Aurilio Jussien Prontuário 7207

Data da Cirurgia 06/02/19 Enfermaria 1

Diagnóstico Pré-Operatório: Tumor ex. de cabeça e pescoço

Cirurgia Proposta: Ressecção de tumor de cabeça e pescoço

Cirurgia Realizada: Ressecção de tumor de cabeça e pescoço

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgião: Dr. Marcus

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesista: Dr. Avelino

Circulante: Helia

Instrumentador: Helia

Tipo de Anestesia: Raqui

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Incisão em T de 10 cm

Exat 1 cm de espessura

Orelha livre

Dissecção e remoção do tumor

O sub m p

DR. MARCUS JUSSIEU SOUZA DUARTE
MÉDICO
CRM: 5557 / CPF: 484.947.043-20



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

CNPJ: 07.113.558/0001-22

Praça Frei Aurélio, 1397 – Tele/Fax: (085) 3343-2110 - Canindé - Ceará



BOLETIM DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Jose Aurilio Jeronimo
 IDADE: 64 anos TIPO SANGÜÍNEO: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____
 CIRURGIA REALIZADA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: _____ ANESTÉSICO: _____
 INÍCIO: 10:20 TÉRMINO: 10:50 DURAÇÃO: 30 min
 CIRURGIÃO: _____ CRM _____
 1ª AUXILIAR: _____ CRM _____
 2ª AUXILIAR: _____ CRM _____
 ANESTESISTA: _____ CRM _____

MEDICAMENTO ANESTÉSICO DROGAS E INFUSÕES.

• SANGUE: _____	• KETALAR: _____	• ADRENALINA: _____
• PLASMA: _____	• FLAXEDIL: _____	• AMINOFILINA: _____
• S. GLICO FISIOLÓGICO _____	• DOLANTINA: _____	• FENERGAN: _____
• RINGER LACT.: <u>01</u>	• ATROPINA: <u>04</u>	• ERGOTRATE _____
• S. FISIOL.: <u>01</u>	• PROSTIGMINE: _____	• ETRANE _____
• S. GLICOSADO: _____	• VÁLIUM 10: _____	• HALOTANO: _____
• THIONEMBUTAL: _____	• PLASIL: _____	• OXIGÊNIO: _____
• INOVAL: _____	• FLEBOCORTID: _____	• XILOCAÍNA 5%: _____
• FENTANIL: _____	• EFORTIL: <u>01</u>	• MARCAÍNA 0,5%: <u>01</u>
• SOLUÇÃO DE MANITOL _____	• LIDOCAÍNA 2% _____	• XILOCAÍNA FRASCO AMP. _____
• DORMONID _____	• PAVULON _____	• QUELICIN _____
• ORASTINA _____	• MAGNOPIROL _____	• DIMORF <u>01</u>
• VOLTAREN _____	• TAGAMET _____	• GENTAMICINA _____
• CLORANFENICOL _____	• AMPICILINA _____	• BICARB. DE SÓDIO _____
• LASIX _____	• CLORETO DE POTÁSSIO _____	• GARDENAL _____
• SULFATO DE MAGNÉSIO _____	• TRANSAMI _____	• VIT K _____
• TROFODERMIN _____	• FURACIN _____	• CICATRENE _____
• OUTROS: <u>Apulobren 1/22</u>	• PROFENID _____	• TILATIL _____

OBSERVAÇÕES: _____

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shsfe@fortalnet.com.br



BOLETIM CIRÚRGICO

Cirurgia: Curpore Curpica Douglas @ Data: 06/02/18
Paciente: José Aurélio Brown
Cirurgião: Dr. Aécio Leito: Convênio:
1º Auxiliar: 2º Auxiliar: 3º Auxiliar:
Início: 10:10 Fim: 10:40 Duração: 30 min
Anestesia: Roxin Início: Fim: Duração:

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.	CONSIGNAÇÃO	QTD.
Adalat si	CAP		Azul de Metileno	ML		Botão p/ Crânio	
Adnocard	AMP		Aguilha Descartável (40x12,25x7;13x4)	UN	02	Cabeça Inter-Cambrável	
Adrenalina	AMP		Algodão Ortopédico	CM	20	Caneta p/ Bisturi	
Água Destilada 10ml	AMP	03	Aguilha Descartável Peridural	UN	Ver.	Canula de Aorta p/ CEC	
Água Destilada 500ml	TB		Aguilha Descartável Raqui	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Albumina Humana	FR		Abocath N°	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Ailoferrine	AMP		Aparelho p/ Tricotomia (desc)	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Amicacina	AMP		Álcool	ML		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Aminofilina	AMP		Álcool Iodado	ML		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Ampicilina	AMP		Água Oxigenada	ML		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Antak	AMP		Asseptol	ML		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
ramin	AMP		Atadura de Crepon (10cm; 15cm)	UN	02	Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
ilansil	AMP		Atadura de Crepon (20cm; 25cm)	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Atropina	AMP		Atadura Gessada (10cm; 15cm)	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Bicarbonato de Sódio	AMP		Atadura Gessada (20cm; 25cm)	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Buscopan	AMP		Algodão	GR		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Cataflan Sup	UN		Bolsa p/ Cotostomia	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Cedilanide	AMP		Cal Sodado	GR		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Cefalotina	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Cefamesin	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Celestone	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Claforan	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Clexane	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Clorafenicol	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Cloreto de Potássio	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Cloreto de Sódio	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Clordraia de Nalarfina	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Complexo B	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Decadron	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Dilacorone	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Dimorf	AMP	01	Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Dipirona	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Dipirona Supositório	UN		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Diprivan	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Diprosopan	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Dubolrex	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
opamina	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Dormonid	AMP	01	Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Droperidol	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Efortil	AMP	01	Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Ergotrate	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Esmeron	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Ethamolin	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Etrane	ML		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Fentanil 05 ml	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Fentanil 10 ml	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Flagyl 500 mg	FR		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Flaxedil	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Forane	ML		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Fortaz	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Fraxiparina 0.3 ml	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Fraxiparina 0.6 ml	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Furacin	GR		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Garamicina (40,80 mg)	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Garasone	GR		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Glicose (25%; 50%)	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Gluconato de Cálcio	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Haemacel	FR		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Halotano	ML		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Heparina	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Hidantal	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Hypaque	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Hypnamidate	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Inoval	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Ipsilon	AMP		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	
Irxol	GR		Can. Sodado	UN		Can. Baixo p/ Embolotomia Art. Venosa	

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente	Jon Aurélio Perazzo		Prontuário
Data da Cirurgia	12/02/2020	Enfermaria	Leito
Diagnóstico Pré-Operatório:	Necrose de pele total da		
Cirurgia Proposta:	extremidade		
Cirurgia Realizada:	Amputação		
Diagnóstico Pós-Operatório:			
Cirurgião:	Maurício		
1º Auxiliar:			
2º Auxiliar:			
3º Auxiliar:			
Anestesista:	Dr. Maurício		
Circulante:	Helena		
Instrumentador:	Juliana		
Tipo de Anestesia:	Rápid		

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Peel na região
 de pele necrosada
 da extremidade
 distal da perna
 direita e seccionada
 com fio de seda
 0/2 e sutura de pele
 com fio de seda 3/0






HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

CNPJ: 07.113.558/0001-22

Praça Frei Aurélio, 1397 - Tele/Fax: (085) 3343-2110 - Canindé - Ceará

fls. 36



BOLETIM DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Jose Aurilio proum
IDADE: 64 anos TIPO SANGÜÍNEO: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Exatidão
CIRURGIA REALIZADA: Exatidão
TIPO DE ANESTESIA: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____ DURAÇÃO: 30
CIRURGIÃO: Exatidão CRM 5157
1º AUXILIAR: _____ CRM _____
2º AUXILIAR: _____ CRM _____
ANESTESISTA: Exatidão CRM Exatidão

MEDICAMENTO ANESTÉSICO DROGAS E INFUSÕES.

• SANGUE: _____	• KETALAR: _____	• ADRENALINA: _____
• PLASMA: _____	• FLAXEDIL: _____	• AMINOFILINA: _____
• S. GLICO FISIOLÓGICO _____	• DOLANTINA: _____	• FENERGAN: _____
• RINGER LACT.: _____	• ATROPINA: _____	• ERGOTRATE _____
• S. FISIOL.: <u>560</u>	• PROSTIGMINE: _____	• ETRANE _____
• S. GLICOSADO: _____	• VÁLIUM 10: _____	• HALOTANO: _____
• THIONEMBUTAL: _____	• PLASIL: _____	• OXIGÊNIO: _____
• INOVAL: _____	• FLEBOCORTID: _____	• XILOCAÍNA 5%: _____
• FENTANIL: _____	• EFORTIL: _____	• MARCAÍNA 0,5%: _____
• SOLUÇÃO DE MANITOL _____	• LIDOCAÍNA 2% _____	• XILOCAÍNA FRASCO AMP. _____
• DORMONID _____	• PAVULON _____	• QUELICIN _____
• ORASTINA _____	• MAGNOPIROL _____	• DIMORF _____
• VOLTAREN _____	• TAGAMET _____	• GENTAMICINA _____
• CLORANFENICOL _____	• AMPICILINA _____	• BICARB. DE SÓDIO _____
• LASIX _____	• CLORETO DE POTÁSSIO _____	• GARDENAL _____
• SULFATO DE MAGNÉSIO _____	• TRANSAMI _____	• VIT K _____
• TROFODERMIN _____	• FURACIN _____	• CICATRENE _____
• OUTROS: _____	• PROFENID _____	• TILATIL _____

OBSERVAÇÕES: _____

DR. MARTINHO JANSSEN DE CARVALHO
CRM: 1660 / RPP: 857.324.014-72

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

CANINDÉ-CE, DE _____ DE 20____

* OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



BOLETIM CIRÚRGICO

Cirurgia: hernia umbilical (B)

Data: 12/12/19

Paciente: João Carlos

Cirurgião: Dr. Lucas Leito: _____

Convênio: _____

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Início: _____

Fim: _____

Duração: _____

Anestesia: torque Início: _____

Fim: _____

Duração: _____

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.	CONSIGNAÇÃO	QTD.
Adalat sl	CAP		Azul de Metileno	ML		Botão p/ Crânio	
Adnocard	AMP		Agulha Descartável (40x12,25x7;13x4)	UN	03	Cabeça Inter-Cambrável	
Adrenalina	AMP		Algodão Ortopédico	CM		Caneta p/ Bisturi	01
Água Destilada 10ml	AMP	02	Agulha Descartável Pandural	UN		Canula de Aorta p/ CEC	
Água Destilada 500ml	TB		Agulha Descartável Raqui	UN	01	Cat. Ba'ão p/ Embolotomia Art. Venosa	
Albumina Humana	FR		Abocath N°	UN	01	Catéter Arterial	
Alloferine	AMP		Aparelho p/ Tricotomia (desc)	UN		Catéter Intra-Venosa	
Amicacina	AMP		Álcool	ML		Cimento Ortopédico	
Aminofilina	AMP		Álcool todado	ML		Clips p/ Aneurisma	
Ampicilina	AMP		Água Oxigenada	ML		Conj. p/ Hidrocefalia Baixo Perfil	
Antak	AMP		Asseptol	ML		Conj. Aula Transfusão	
ramin	AMP		Atadura de Crepon (10cm; 15cm)	UN	02	Cotonóide	
transil	AMP		Atadura de Crepon (20cm; 25cm)	UN		Contra Pino	
Atropina	AMP		Atadura Gessada (10cm; 15cm)	UN		Dreno p/ Sucção (Ponta de Apirador)	
Bicarbonato de Sódio	AMP		Atadura Gessada (20cm; 25cm)	UN		Dreno p/ Sucção	
Buscopan	AMP		Algodão	GR		Enxerto Art. de PTFE (por cm)	
Cataflan Sup	UN		Bolsa p/ Colostomia	UN		Enxerto Art. Tubular Inorgânico Bifurcado	
Cedilande	AMP		Cal Sodado	GR		Exerto But. Tubular Inorgânico	
Cefalotina	AMP		Catéter Peridural	UN		Endapath - Trocater (10 mm)	
Cefamesin	AMP		Cabon	CM		Filtro Linha Arterial	
Celestone	AMP		Cera de Osso	UN		Filtro p/ Cardioplegia	
Claforan	AMP		Cidex	ML		Fio de Aço	
Clexane	AMP		Chumaca	UN		Fios de Kischner	
Clorafenicol	AMP		Coletor Urina Sistema Fechado	UN		Fios de Staimman	
Cloreto de Potássio	AMP		Coletor de Urina Urofix	UN		Fixador Dinâmico de Antebraço	
Cloreto de Sódio	AMP		Compressa Cirúrgica Pequena	UN		Fixador Dinâmico de Fêmur	
Clordraia de Nalarfina	AMP		Compressa Cirúrgica Média	UN	06	Fixador Dinâmico de Tibia	
Complexo B	AMP		Catéter p/ Oxigênio	UN		Fixador Dinâmico de Úmero	
Decadron	AMP		Cânula p/ Traqueostomia	UN		Ganchos	
Dilacorón	AMP		Dreno de Keer	UN		Grampos de Blaut	
Dimorf	AMP	01	Dreno Penrose	UN		Haste de Harrington	
Dipirona	AMP		Esparadrapo	CM		Haste de Luck	
Dipirona Supositório	UN		Eletrodo Descartável (Conj.)	UN		Haste Femural	
Diprivan	AMP		Equipo p/ Bomba de Infusão	UN		Hemoconcentrador	
Diprospon	AMP		Equipo p/ Infusão	UN		Hemostática Tipo Surgicel	
ubotrex	AMP		Equipo p/ Transfusão	UN		Kit Canulas	
opamina	AMP		Equipo Microgotas	UN		Liga Clip	
Jormonid	AMP		Equipo Bureta	UN		Oxigenador de Bolhas	
Droperidol	AMP		Equipo Fotossensível	UN		Oxigenador de Membrana	
Efortil	AMP		Equipo p/ PVC	UN		Parafuso Corticais	
Ergotrate	AMP		Éter	ML		Parafuso Esponjosos	
Esmeron	AMP		Fita Cardíaca	ENV		Paich Inorgânico (por cm - Bovino)	
Ethamolin	AMP		Formol	ML		Parafusos Maleolar	
Etrane	ML		Fibrase	GR		Paich Inorgânico (por cm - Dracon)	
Fentanil 05 ml	AMP		Fio Cat Gut Simples	ENV		Pino	
Fentanil 10 ml	AMP		Fio Cat Gut Cromado S/AG	ENV		Pino Deslizante	
Flagyl 500 mg	FR		Fio Cat Gut Cromado C/AG	ENV		Placa Angular	
Flaxedil	AMP		Fio Cat Gut Cromado	ENV		Placa DCP pequenos fragmentos	
Forane	ML		Fio Cat Gut Cromado Laçado	ENV		Placa DCP grandes fragmentos	
Fortaz	AMP		Fio Monicon	ENV		Placa de Richard	
Fraxiparina 0,3 ml	AMP		Fio Algodão S/AG	ENV		Placa Tubular	
Fraxiparina 0,6 ml	AMP		Fio Algodão C/AG	ENV		Placa p/ Bisturi	01
Furacin	GR		Fio Mononylon	ENV		Prótese Bipolar	
Garamicina (40,80 mg)	AMP		Fio Prolene Cardíaco 7.0	ENV		Prótese Valvular Mecânica de Baixo Perfil	
Garasone	GR		Fio Prolene	ENV		Prótese Valvular Biológica	
Glicose (25%; 50%)	AMP		Fio Seda	ENV		Reservatório Cardioplegia	
Gluconato de Cálcio	AMP		Fio Vicryl	ENV		Reservatório Cardiotomia	
Haemacel	FR		Fio Maxon	ENV		Salto p/ Gesso	
Halotano	ML		Fio Valvekil	ENV		Serra de Gigie	
Heparina	AMP		Fio Ethibonnd	ENV		Sistema p/ Drenagem Mediastinal	
Hidantal	AMP		Gilete	UN		Sistema p/ Drenagem Torácica	
Hypague	AMP		Gelfoan	UN		Solução Cardioplegia de Indução	
Hypnamidate	AMP		Gase Alcochoada	UN	01	Solução Cardioplegia de Manutenção	
Inoval	AMP		Gorro Descartável	UN	01	Tela de marlex	
Ipsilon	AMP		Gase	UN	03	Válvula p/ Hidrocefalia	
Irxol	GR		Intracath	UN			

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



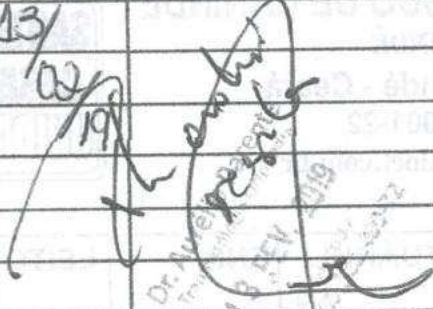
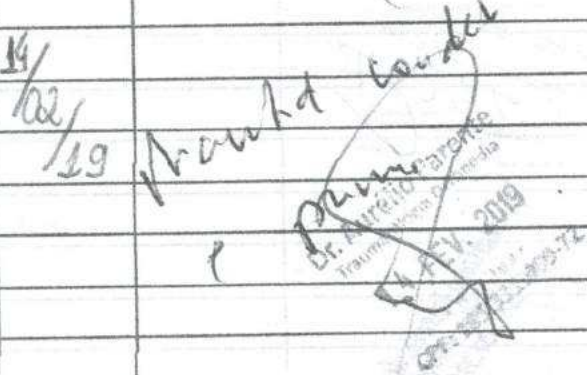
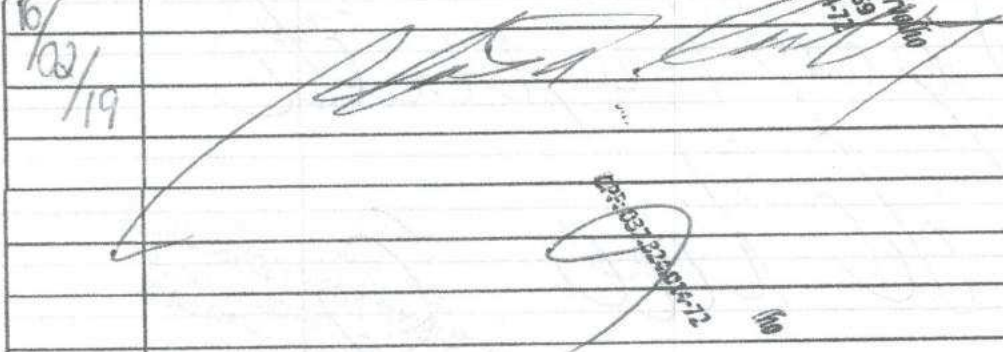
NOME: <i>João Durilo Jeronimo</i>	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
--------------------------------------	---------------	------	-------

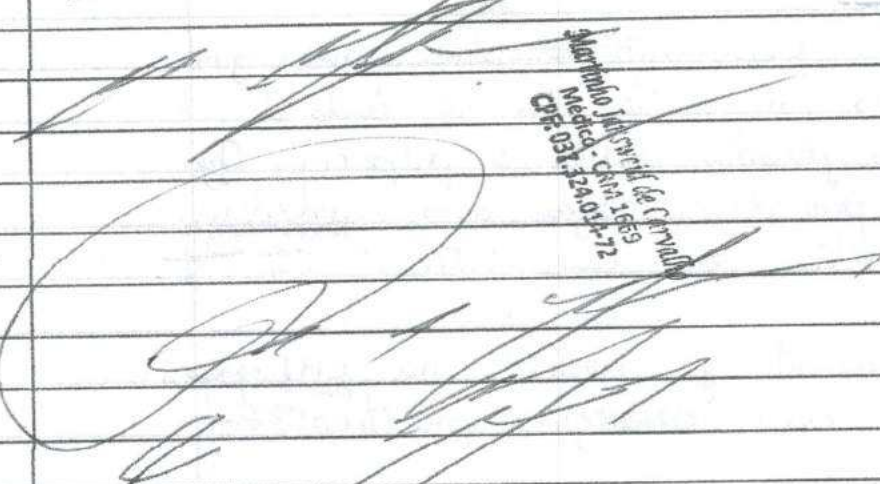
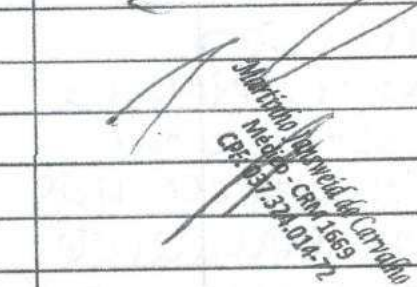
NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO, CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
04/02/19	<i>João Durilo, 64 anos, apresentando trauma no pé E após acidente motociclistico aguarda procedimento cirurgico.</i>	
	<i>1 cent de extensor do</i>	
	<i>enquadrado, com sup flexão posterior,</i>	
	<i>el gartoro + 105 fudo de</i>	
	<i>extensão, e com probabilidade</i>	
	<i>um qd de movimento de</i>	
	<i>e flexão do tornozelo, tendo sido</i>	
	<i>conduzido ao Df de</i>	
	<i>Tudo no 5 fudo não ocorre e</i>	
	<i>um justificado o exa ge</i>	
	<i>de 10 fudo. Rm 4, 2000</i>	
	<i>procedimento de 10 fudo e</i>	
	<i>e 10 fudo e 10 fudo</i>	

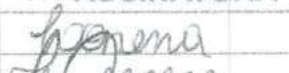
OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

MARCUS JUSSELI SOUZA DUARTE
MEDICO
CRM: 55571 CANINDÉ

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
13/02/19		
14/02/19		
15/02/19		
16/02/19		

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
	Muor Mielos em F.O. grande profundo. (ap. 15) p. 15 Shangou 15. Dr. 140 x 80 cm R. 36 por 98% acurte R. 725 R. 180 mm Comissão de eleições ap. + foto de 1500 (ant. sec.) M. 1500. Capitão de 1500 63428	
18/02/19		
19/02/19	 M. 1500 - CRM 1669 CPF: 037.324.014-72	
	 M. 1500 - CRM 1669 CPF: 037.324.014-72	

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

NOME					Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
José Aurélio Jernonima							219
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80			36,1°			 Maria Helena
13:00	120/80	—		36,0°			
19:00	130/80	—		36,6°			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
07/02/19	As 07:00 paciente 24 anos no 1º PP de LC+ osteossintese de tornozelo e calcâneo, o mesmo, evolui com consciência orientada, sem queixas, deambulando e auxiliada, segue aos cuidados. As 13:00 Cliente evolui com consciência, verbaliza no 1º P.O. LC+ Osteossintese de tornozelo e calcâneo, segue aos cuidados da equipe - 6864886.
07.02.19	49:00 Cliente 24 anos, consciente, orientado no 1º P.O. de LC+ osteossintese de tornozelo e calcâneo. Sem queixas, aos cuidados da equipe. (Assinatura)



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Jose Aurilio			214

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140x80	-	-	36°C	-	-	Natalia
13:00	140x80	-	-				fm
19:45	130x80			36.5°C			fm

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
08.02.19	Cliente 64 anos, consciente, orientado e bem 07:00 liza. no 2º P.O. de 10 + osteosintese de tornozelo e calcâneo E. Sem queixas dos membros da equipe.
08/02	13:00h cliente segue no 2º P.O. de 10 + antes destes tornozelo e calcâneo E. Sem queixas dos 19. Sem queixas da equipe.
	Joquim Chagas Marreiro Técnico de Enfermagem COREN-CE 222.396
	19:45h cliente 64 anos, consciente, orientado no 2º P.O. de 10 + osteosintese de tornozelo e calcâneo, 51 queixas dos membros da equipe.
	Angela Maria Pereira Sil Téc. de Enfermagem COREN-CE 001.098.672



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME					Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Jose Gualberto Junior							219
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	110x70	-	-	36.2			[Signature]
13:00	120x70	-	-	36.2			
19:00	130x80			37			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
09/02/19	Do 07:00 cliente 64 anos no 3º DIH por (diagn) 3º P.O de D.C + osteoporose poli tomizelo e calceos 'G' segue aus auscultas da resp. 686/86 -
19/02/19	Do 13:00 cliente consciente orientado no momento em exames, com alterações no exame, desce de los da resp. 686/86 -
09.02.19	Cliente segue no 3º P.O de L.C + Osteoporose de tomizelo e calceos esquerdo unilati em quieta no período segue aus auscultas.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME					Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
José Eduardo Fernandes							203
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	120/80			36°			Lorena Lorena
13:00	120/80			36°			
19:30	140/80	—	—	36°	—		Rita

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
10/02/19	Às 07:00 paciente 64 anos no HPO de IC + Distúrbio de consciência e calcanhares, verbalizava consciente, orientada sem queixas segue aos cuidados. Às 13:00 paciente no HPO de IC + Distúrbio de consciência e calcanhares, verbalizava consciente, orientada sem queixas, deambulando com auxílio, segue aos cuidados.
10/08/19	Às 19:30. Paciente consciente, sem queixas no peritórax.

Lorena Barbosa Miranda
Téc. em Enfermagem
COREN-CE 001.165.032

Lorena Barbosa Miranda
Téc. em Enfermagem
COREN-CE 001.165.032

Rita da Cunha Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 001.029.389



Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	130/80	80	20	36°C	—	—	<i>[Signature]</i>
13:30	140/80	81	16	36°C	—	—	<i>[Signature]</i>
19:46	130/80	—	—	36,4°C	—	+	<i>[Signature]</i>

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
10.02.19 07:00	cliente 68 - 60 anos, admitido no 5º P.O. de LC + Osteomintese de Fornozeiro + Calanet E. Segue as cuidados da equipe. Alocado em 6035. Pena = 8912 225
11.02.19	Os 13:10 cliente consciente, orientado e respondendo bem o 5º P.O. de LC + Osteomintese de Fornozeiro + Calanet E. Segue as cuidados da equipe. Alocado em 6035.
11.02.19	Os 19:46 hs. Cliente, 64 anos no 5º P.O. de LC + Osteomintese de Fornozeiro + Calanet E. Segue as cuidados da equipe. Alocado em 6035.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO	
Josi Aurélio						203	
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	120/80			36°			Monica Santos Almeida Pereira
11:00	120x80	-	-	36°			
13:00	110x70	-	-	36°			
19:28	120/70	-	-	36,8	-	-	

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
12/02/19	As 07:00 paciente 64 anos, no GDIH por diagnóstico 6 PO de LC + Osteoporose de tornozelo + calcâneo "E", está consciente, orientada, sem queixas, segue aos cuidados. As 11:45 cliente deu entrada no CC para submeter-se a uma intervenção cirúrgica de limpeza cirúrgica no calcâneo. Quest = R. Anestesia local = R. Monitores vit = fulcres. As 12:15 cliente para de comer e beber para analgesia com RA = 120/80 mmHg. As 12:00 cliente 64 anos internada e consciente, orientada, sem queixas, em boas condições. P.S. 120x80/75 T=36°C. COem = 89 L 245. As 13:00 cliente em P.O.S de b.c. no calcâneo "E", segue consciente, orientada, no momento sem queixas aos cuidados da equipe - 686486 - As 19:40 cliente chega em P.O.I de LC no calcâneo. Sem queixas e alterações no quadro clínico.



OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Jose Aurilio			203

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80			36°			
13:00	160x90	-	-	36°			
19:20	150/80	-	-	36°			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
14/02/19	As 07:00 paciente 64 anos no 2º PO de U no calcanhar "E" está consciente, orientada sem queixas, deambula com auxílio, segue bem hidratada. As 13:00 Paciente evolui consciente, orientada verbaliza, no momento, sem queixas em P.O. de B.C. no calcanhar "E", segue bem hidratada da equipe. 10/6/19
14/02/19	As 19:20. Paciente consciente sem queixas no período.

Lorena Barbosa Almeida
Téc. em Enfermagem
COREN-CE 001.229.389

Rita da Cunha Vieira
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 001.029.389



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME					Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
José Aurélio							209
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	120/80			36			Larissa Barbosa Miranda Enfermeira
13:30	120/80	80	20	36	-	-	
19:00	130/80	75	19	36			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
16/02/19	On 07:00 paciente em 64 anos na 101, dige a 10 de 40 no colo "E", estado consci- ente, orientado, sem queixas, segue sob cuidados.
16/02/19	Entre 64 as 60 minutos após almoço 13:30 de 130/80, 80, 20, 36, no 4º, B- de 100 no colo "E", estado em melhor e segue sob cuidados e segun. Com-891 225
16.02.19	Paciente segue no Dep. O de L.C no colo "E" 15:00 seguindo estado consciente, orientado, sem queixas no período segue sob cuidados da equipe.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Jose Durilio			203

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	110x80	-	-	36°			Quero
13:00	110°	-	-	36,5			João
19:00	130x80			36			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
17/02/19	As 07:00, paciente 64 anos, no 11º DIT por ilico. 5º P.O. de B.C. no calcâneo "E", no consciente, orientado, verbaliza, nel, mem, sem queixas ou desconforto. B364886.
18/02/19	As 13:00 hs, paciente nome não altera no período. João

João
Técnico de Enfermagem
COREN - CE 322.389

17.02.19	Paciente segue no 11º P.O. por 2 e no calcâneo esquerda. Consciente orientado nel, mem, sem queixas no período dos cuidados de 19:00.
----------	---

Luciene Sousa F. Queiroz
Técnica de Enfermagem
COREN: 644.493

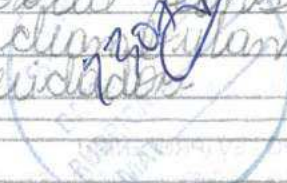
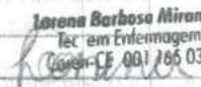


DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
18/02/19	às 07:00 paciente G. amena, com 60% de LC na coluna. E" está consciente, hidratado, sem febre, aférril, eufórico, com bom estado geral. Segue sob cuidados. às 13:00 Cliente consciente, hidratado, eufórico, com fot - de colônias E" BC" no mesmo S. Segue sob cuidados CRL. Os cuidados de enfermagem. 688486-
18/02/19	às 15:56 Cliente consciente, sem febre no período.

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



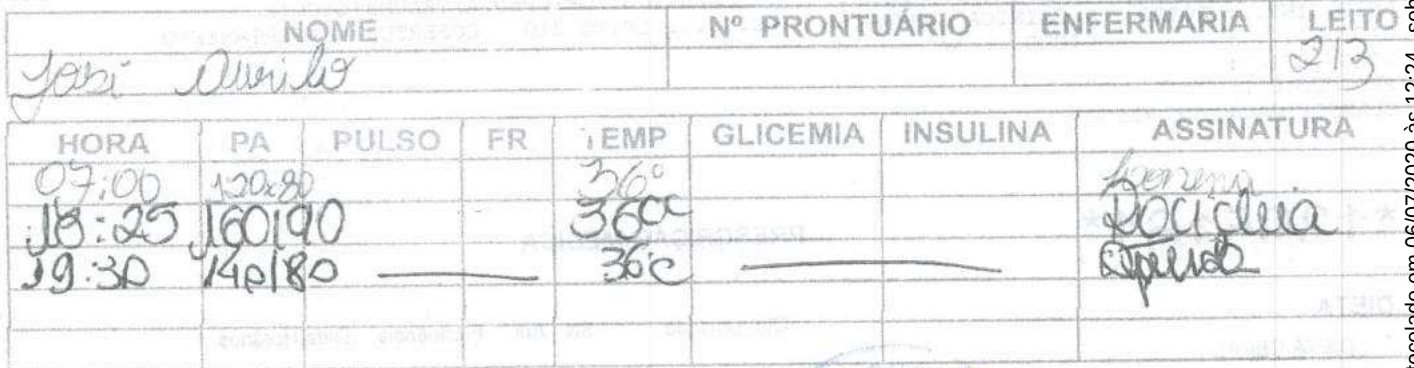
NOME		Nº PRONTUÁRIO		ENFERMARIA		LEITO	
Josi Durilo						213	
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140x80			36°			Larissa Varela
18:36	130x80	—	—	36,4			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
30/02/19	As 07:00 paciente 64 anos no B.P.O de LG em calcanes "E" evolui consciente, em estado sem quixais, claudicante, com auxílio segue aos cuidados.   Lorena Barbosa Miranda Téc. em Enfermagem C.R.N. 001.765.032
30/02/19	 clint, evolui estável, consciente, repouso no local, segue aos cuidados.
30.02.19	As 19:25h. Cliente no 2º P.O. de 2C evolui consciente, orientado, hidratado, em repouso no leito. nega queixas segue aos cuidados da equipe.  M. Inês Silva Lima Téc. Enfermagem C.R.N. 339.435



Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



Lorena Barbosa Mil
Téc em Enfermagem
Loren-CE/00/145

**SANTAS
CASAS
UNIDAS**

NOME		Nº PRONTUÁRIO		ENFERMARIA		LEITO	
Jose Durilo						213	
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80			36°			Natalia
13:00	140/80	-	-	36°	-	-	
19:00							

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
22/02/19	às 07:00 paciente 64 anos no JOPB de LC em salones "E", aguardando leito em CRH, evolui consciente, orientado, sem queixas segue aos leitos. <i>Luciene Sousa A. Queiroz</i> Téc. em Enfermagem COREN-CE 001.165.032
22.02 13:00	Cliente 64 anos, consciente, orientado. Sem alteração no momento. Paciente se dirigiu à Fortaleza IP, para uma avaliação médica em hospital terciário.
22.02.19	Cliente encontra-se em Fortaleza, para realizar exames. <i>Luciene Sousa A. Queiroz</i> Técnico de Enfermagem COREN: 644.493



OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

149200300+3

fls. 60



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO - 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - MUNICÍPIO: CANINDÉ

NOME: João Aurélio Jesus PRONTUÁRIO Nº _____

SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ TELEFONE: _____

END.: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: 19

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: Just el exatou

o aluno que tem o exame

de exame de fe

RESULTADO DO(S) EXAME(S): de exame de fe

CONDUTA JÁ REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Feito ao colar

U. Marciano - Urologista

ASSINATURA DO ENCAMINHANTE: _____ REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA _____ HORA _____

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐

PROCEDIMENTO: de exame de fe DATA: ____/____/____ HORA: _____

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ PRONTUÁRIO Nº _____ ALTA: ____/____/____

MUNICÍPIO: _____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DO(S) EXAME(S): _____

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 1 _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2 _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE - Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO _____ DATA _____ HORA _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 06/07/2020 às 12:24, sob o número 02368104720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0236810-47.2020.8.06.0001 e código 6CA747B.



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, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010354

Vítima: JOSE AURILO JERONIMO

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AURILO JERONIMO

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tomazelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE AURILO JERONIMO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005099-7

Conta: 0000070175-0

Tipo: CONTA CORRENTE

FE 600

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

Pag 0024500246 - carta_15R - INVALIDEZ

