



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO		
Nacionalidade Brasileiro (a)	Estado Civil solteiro	Profissão agricultor
RG (Registro de Identidade) 2007015097127	CPF 95035346315	
Endereço / Localidade BOQUERÃO		Número
Bairro / Distrito ZONA RURAL		Complemento CASA
CEP 63870000	Cidade BOA VIAGEM	Estado CE

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO – SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Pça. Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867;

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com cláusula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) **SEGURADORA(S) pertencentes ao CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem - CE, 13 de Agosto de 2022

Joel Rodrigues do Nascimento
OUTORGANTE



VINÍCIUS MELO
ADVOCACIA

CONTRATO DE HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO		
Nacionalidade Brasileiro (a)	Estado Civil SOLTEIRO	Profissão AGRICULTOR
RG (Registro de Identidade) 2007015097127	CPF 95035346315	
Endereço / Localidade BOQUERÃO		Número
Bairro / Distrito ZONA RURAL		Complemento CASA
CEP 63870000	Cidade BOA VIAGEM	Estado CEARA

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem - CE, 13 de Agosto de 2020.

Joel Rodrigues do Nascimento
Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 2007015097127 DATA DE EMISSÃO 24/04/2018

NOME

JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

FILIAÇÃO

JOSÉ CHAGAS DO NASCIMENTO

MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO

NATURALIDADE

BOA VIAGEM - CE

BOA ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: IZUAQUÉ TERMO: 2785 FOLHA: 57 LIVRO: A

04 BOA VIAGEM - CE

CPF 950.353.463-15

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.118 DE 20/08/83

P. : 103

7951740

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 037948658

Rota BV333R04 - 118000 Referência 11/2019
Nome MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO
Endereço DT BOQUEIR#0, 00029, DT BOQUEIR#0, 63870-000, BOA VIAGEM
Classificação Rural Residencial Rural
Modalidade Tarifária B2 RURAL
Ligação Monofásico

Emissão 19/11/2019
Medidor 768144-SCH-001

ÁREA RESERVADA AO FISCO 1105.AFD7.8764.A412.CF89.E.57.460.8F3D

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 33 dias
Anterior 17-10-2019 Atual 19-11-2019 Próxima prevista 19-12-2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
BT	35,350	35,199	1,00	151	00	151	0,55377	83,62

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CONSUMO	0,55377	83,62
ADICIONAL BAND. AMARELA	-	1,30
ADICIONAL BAND. VERMELHA	-	4,96

Tributo:	Base (R\$):	Alíquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	89,88	27,00	24,27
PIS	89,88	0,04	0,04
COFINS	89,88	0,30	0,26

27/12/2019

89,88

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 222.218.833-49

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂)

FATURADO POP MEDIA - LEITURA BIMESTRAL

PERÍODOS ANTERIORES

Períodos:	Band.	Tarif.	Anterior	Valor (R\$)
31/10 Vermelho	01/11 - 19/11		96,28	
			Total:	96,28

SE VOCÊ RECEBEU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 21/08/2020 às 13:35, sob o número 02468439620208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0246843-96.2020.8.06.0001 e código 71856D2.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO		
Nacionalidade Brasileiro (a)	Estado Civil SOLTEIRO	Profissão
RG (Registro de Identidade) 2007015097127	CPF 95035346315	
Endereço / Localidade		Número
Bairro / Distrito BOQUERÃO		Complemento CASA
CEP 63870-000	Cidade BOA VIAGEM	Estado CEARA

DECLARO para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83) que sou residente e domiciliado (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

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

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Boa Viagem - CE, 13 de Agosto de 2020.

Joel Rodrigues do Nascimento
DECLARANTE



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 510 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/06/2020 11:14:52**
Data / Hora da Ocorrência: **17/11/2019 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA CARROÇAL, ZONA RURAL - BOQUEIRÃO BOA VIAGEM/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO**
Nascimento: **09/07/1977** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO**
JOSE CHAGAS DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO BOQUEIRAO**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **BOA VIAGEM/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99317-9842**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSS6318** Uf: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi:
9C2KD0550ER311286 Renavam: **1005998679** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

NÃO HÁ INDENIZAÇÃO DPVAT SE A VÍTIMA ESTAVA PRATICANDO UM CRIME COM O VEÍCULO NO MOMENTO DO ACIDENTE, INFORMATIVO 604 DO STJ.

A vítima qualificada compareceu hoje nesta delegacia e informou que na data acima mencionada estava pilotando a motocicleta acima mencionada, que esta MOTO está LICENCIADA em nome de FRANCISCO JEFFERSON RODRIGUES ALMEIDA, que a vítima vinha pilotando esta motocicleta na estrada carroçal da localidade de Boqueirão, que o declarante afirma ter buscado uma saca de milho nesta localidade e colocado nesta moto e que bateu em uma broca e desequilibrou desta moto, fazendo com que a mesma caísse por cima de sua perna direita, que foi socorrido até o HOSPITAL CASA de SAÚDE ADÍLIA MARIA, que a vítima SOFREU: uma pancada muito forte na sua perna direita, fratura na perna direita, que a vítima trouxe a esta delegacia 2 testemunhas, e que a vítima estava ciente NÃO POSSUIR CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO e nada mais disse///

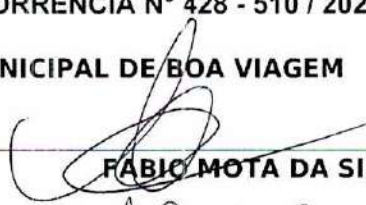
Estando ciente de que, por não ser habilitado(a), cometeu a infração preceituada no art. 162, I, do C.T.B, o que poderia, inclusive, ter configurado o delito tipificado no art. 309 do C.T.B, CASO ESTIVESSE conduzindo o veículo GERANDO PERIGO DE DANO (crime de perigo concreto).



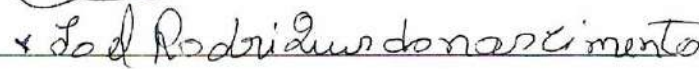
BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 510 / 2020

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

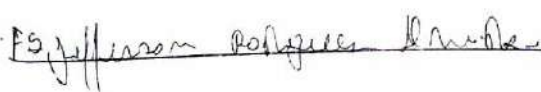

FABIO MOTA DA SILVA - MAT.: 30119541

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

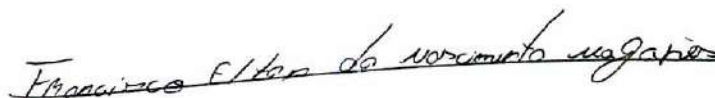

RODOLFO RODRIGUES DO NASCIMENTO

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIANA CAMINHA SIMÕES - MAT.: 301255-3-3

TEST. 01: 
ES JEFFERSON RODRIGUES DE MOTA

TEST. 02:


FRANCISCO ELTON DO NASCIMENTO MAGALHÃES

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA

DETRAN - CE Nº **015701250192**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

DIG 1 VIA CÔD. RENAVAM R.N.T.R.C. EXERCÍCIO
1005998679 0000000000 2019

NOME
FRANCISCO JEFFERSON RODRIGUES ALMEIDA

BOA VIAGEM /CE

CPF / CNPJ PLACA
04204462308 OSS6318/CE

PLACA ANT / UF CHASSI
*****/CE 9C2KD0550ER311286

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. **GASOL/ALCO**

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR150 BROS ES **2013** **2014**

CAP / POT / CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2F/0CV/149CC **PARTIC** **BRANCA**

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I ***** 1ª *****
P ***** 2ª *****
V ***** 3ª *****
A *****

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS
*** *****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 **0.32** **84.58** **18/09/2019**

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
BOA VIAGEM **05/11/2019**

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

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

CE Nº 015701250192 BILHETE DE SEGURO DPVAT

04204462308 OSS6318 /CE

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
15701250192 10028703134

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2019 05/11/2019

VIA CPF / CNPJ PLACA
1 04204462308 OSS6318

RENAVAM MARCA / MODELO
1005998679 HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB. CAT. TARIF. Nº CHASSI
2013 09 9C2KD0550ER311286

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
36.05 **4.01** **40.06**

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)
4.15 **0.32** **84.58**

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO **16/09/2019**

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.606/0001-04

MOTOR: KD05E5E311286



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

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

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 05 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, FRANCISCO JEFFERSON RODRIGUES ALMEIDA,

RG nº 20072133664, data de expedição 19 / 02 / 2010.

Órgão _____, portador do CPF nº 042.044.623-08,

com domicílio na cidade de Boa Viagem, no Estado de

Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

FAZENDA BOQUERAÔ, nº _____,

complemento ZONA RURAL, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO, cujo o condutor era

JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO.

Veículo: Motociclo Modelo: HONDA/NXR 150 BAOS Ano: 2013/2014

Placa: OSS 6318 Chassi: 9C2KD0530ER311286

Data do Acidente: 17/11/2019.

Local e Data: Boa Viagem - ce 19/06/2020.

Francisco Jefferson Rodrigues Almeida

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor

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





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
FICHA DE ATENDIMENTO URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

UNIDADE DE ATENDIMENTO 24H

DATA: 17/11/19 HORÁRIO: 08:42 H **DADOS DO PACIENTE** ATENDIMENTO Nº: _____

NOME: Joel Rodrigues do Nascimento CARTÃO DO SUS: 160399323260018

SEXO: () F (X) M DATA DE NASCIMENTO: 09/10/1977 IDADE: 42 ESTADO CIVIL: União Estável PROFISSÃO: Agente de Saúde

NOME DA MÃE: Meni Helena Rodrigues do Nascimento NATURALIDADE: Boa Viagem

ENDEREÇO: Boa Viagem Nº _____ BAIRRO: Boa Viagem

CIDADE: Boa Viagem ESTADO: Ceará TELEFONE: () _____ ACIDENTE DE TRABALHO: () SIM () NÃO

PA: _____ X _____ mmHg SPO₂: _____ % FC: _____ bpm FR: _____ ipm T: _____ °C PESO: _____ Kg

QUEIXAS: _____

EMERGÊNCIA (VERMELHA) ATENDIMENTO IMEDIATO (0 MIN)	MUITO URGENTE (LARANJA) ATENDIMENTO EM ATÉ 10 MIN	URGENTE (AMARELA) ATENDIMENTO EM ATÉ 60 MIN	POUCO URGENTE (VERDE) ATENDIMENTO EM ATÉ 120 MIN	NÃO URGENTE (AZUL) ATENDIMENTO EM ATÉ 240 MIN
- Politraumatizado grave - Lesão grave de um ou mais órgãos e sistemas; - Queimaduras grandes; - Parada cardiorrespiratória; - Estado mental alterado ou em coma, com histórico de uso de drogas; - Comprometimentos da coluna vertebral; - Desconforto respiratório grave; - Dor no peito associada à falta de ar; - Crises convulsivas (inclusive pós- crise); - Intoxicações exógenas ou tentativas de suicídio; - Reações alérgicas associadas à insuficiência respiratória; - Complicações de diabetes (hipo ou hiperglicemia); - Hemorragias não controláveis; - Alterações de sinais vitais em paciente com sintomas diversos;	- Cefaleia intensa de início súbito ou rapidamente progressiva, acompanhada de sinais ou sintomas neurológicos, alterações do campo visual, dislalia, afasia; - Alteração aguda de comportamento (agitação, letargia ou confusão mental); - Dor severa; - Hemorragia moderada sem sinais de choque ou instabilidade hemodinâmica; - Arritmia (sem sinais de instabilidade);	- Politraumatizado sem alterações de sinais vitais; - Trauma cranioencefálico leve; - Convulsão nas últimas 24 horas; - Desmaios; - Alterações de sinais vitais em paciente sintomático; - Idade superior a 60 anos; - Hemorragia moderada (controlada) sem sinais de choque; - Vômito intenso; - Crise de pânico; - Dor moderada; - Pico hipertensivo;	- Asma fora de crise; - Dor leve; - Estado febril sem alteração nos sinais vitais; - Enxaqueca (paciente com diagnóstico anterior de enxaqueca); - Náusea e tontura; - Torcicolo; - Hemorragia em pequena quantidade controlada (sem sinais de instabilidade hemodinâmica); - Drenagem de abscesso; Casa de Saúde Adília Maria CNPJ: 07.806.680/0001-84 Esta Cópia Confere Com a Original dos Nossos Arquivos	- Queixas crônicas sem alterações agudas; - Unha encravada; - Troca de sondas; - Aplicação de medicação externa com receita; - Curativos; - Trocas ou requisições de receitas médicas; - Avaliação de resultados de exames; - Solicitação de atestados médicos; SEMPRE ORIENTAR A PROCURAR UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE / MARCAR CONSULTA COM MÉDICO DE ASSISTÊNCIA.

Protocolo Nº 315

Joana Maria Pereira
 ASSINATURA PACIENTE/RESPONSÁVEL

PARA FINS DE DPVAT ESSA FICHA DE ATENDIMENTO SÓ TERÁ LEGITIMIDADE COM ASSINATURA DA DIREÇÃO GERAL.

Rua São Vicente de Paula, Nº 100 - Centro - Boa Viagem - Ceará - CEP: 63.870-000 - Fone: (88) 3427-1136 / 3427-1699 - CNPJ: 07.806.680/0001-84 CNES - 2479028

NOME: _____

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____:____

ANAMNESE E EXAME FÍSICO:

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:

*KLATA BOM AN TUBER D'ACORDO
CPOI TUBER*

Dr. Samuel Pinheiro
Médico
REMEC 18530

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*SOLICITO AX RM TUBER
VOLUNTARIA IPA + 100ml SH*

Janete Viera dos Santos
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 401.404.539

PRESCRIÇÃO MÉDICA:

Casa de Saúde Adília Maria
CNPJ: 07.806.680/0001-84
Esta Cópia Contém Com
a Original dos Nossos Arquivos

Protocolo Nº 345

DIREÇÃO GERAL

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO

14180014936



CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: _____

DISTRITO SANITÁRIO: _____ MUNICÍPIO: _____

NOME: SOL ROLDANI DA ASSIS PONTUÁRIO: _____SEXO: M ☐ F ☐ DATA DE NASCIMENTO 1/1/ OCUPAÇÃO: _____

ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____ FONE: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: _____

ORIENTAÇÃO CLÍNICA E DA RM 50442 DIBIOL
OX RIVONANDO FRATURA DO POTO TIBIAL

RESULTADO DE EXAMES: _____

CONSULTA JÁ REALIZADA: _____

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: FRATURA DO POTO TIBIAL

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO - Nº REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

ENCAMINHADO PARA ATENDIMENTO: ☐ AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☐ AUXÍLIO DIAGNÓSTICOPROCEDIMENTO: AVULIAÇÃO PROFISSIONAL: INTENSIVISTAUNIDADE DE REFERÊNCIA _____ DATA: 1/1/ HORA: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____ PRONTUÁRIO Nº: _____ ALTA: 1/1/

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 1: _____ CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO: _____

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



Ficha de Atendimento Ambulatorial - SHSFC / Retorno

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : PARTICULAR

Dados do Paciente

SENHA :

Usuário do Cadastro :

STEFANNYF

Usuário do Atendimento :

CLAUDIA C

Nome : JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Paciente : 209739

Atendimento

1466364

Dados do Atendimento

Prestador Médico : MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

Data : 20/12/2019

Hora : 06:46:52

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA

Joana Dark Carriá Pereira

Assinatura do Paciente ou Responsável

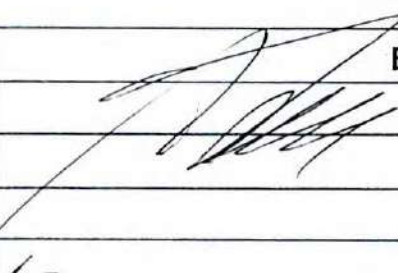
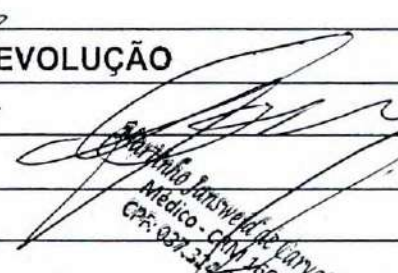
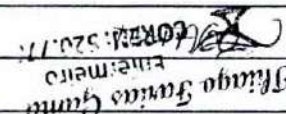
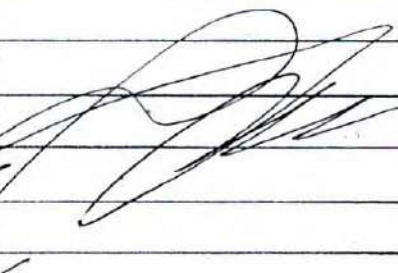
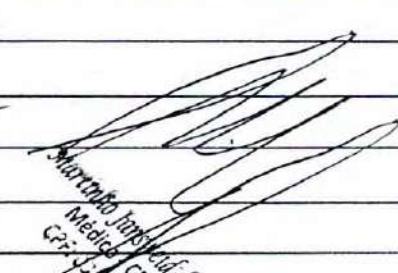
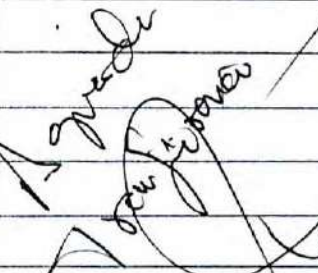
RG: 2007015097127

Retirar os pontos

[Signature]

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

Carimbo/Assinatura Médico-CRM

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
19/11/19		
30-11-19	 Dr. Aurélio Parente Médico - CRM 1659 CPF: 027.319.044-72 1º e 2º 4RA, UD SEU 3º DIL POR FRATURA DE PLATTO RIGITAL. SEM HISTÓRICO DE COMORBIDADE. AO EXAME: SCG-15, NORMOCÁRDICO, AFEBRIL, EUPNEICO E HODIPNÉTICO. EM USO DE AUP E JENCO DE 18 PLTUFUSÃO MEDICAMENTOSA. - CADASTRADO NA CRM. SEGUE NO AGUARD. PA = 120x80 FC = 77 BPM SAT = 99% TA = 360  Dr. Aurélio Parente Médico - CRM 1659 CPF: 027.319.044-72	
20/11/19		
21/11/19	 Dr. Aurélio Parente Médico - CRM 1659 CPF: 027.319.044-72  Dr. Aurélio Parente Médico - CRM 1659 CPF: 027.319.044-72	



SANTA CASA DE CANINDE

Data de Impressão: 17/11/2019 12:08:29

Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro :

STEFAN

Paciente : 209739 CNS : 160399323260018 Idade: 42 Anos / 4 Meses / 8 Dias
Nome do Paciente : JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO Data Nascimento : 9/7/1977
Sexo : MASCULINO Estado Civil : SOLTEIRO Religião :
Profissão : AGRICULTOR Naturalidade : BOA VIAGEM
Endereço : BOQUEIRAO Número : 0
Bairro : ZONA RURAL Cidade : BOA VIAGEM
CEP : 63870000 Telefone : 992314815
Identidade : 2007015097127 CPF : 95035346315
Nome da Mãe : MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO
Nome do Pai : JOSE CHAGAS DO NASCIMENTO

Dados do Responsável

Parentesco : Fone :
Número :
CEP :
98001629604

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

STEFAN

Número : 1458644



Data : 17/11/2019 Hora : 11:39:47

Origem : INTERNACAO SUS

Tipo : INTERNACAO ORTOPEDICA

Unidade de Internação : POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA

Leito : LEITO 214

Médico do Atendimento : 267 RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

Conselho: CRM-C - 14370

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS : 980016296043401

Convênio : 1 SUS INTERNACAO

Plano : SUS INTERNACAO

Carteira :

Guia :

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Comodação : ENFERMARIA

Serviço : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CID :

Procedimento principal :

Local de Procedência :

Observação:

Paciente/Responsável

RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE
CRM-CE 14370



Laudo para solicitação de autorização de internação

fls. 25

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

2 - CNES

4 - CNES



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente
JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

6 - Nº Prontuário
209739

7 - Cartão Nacional do SUS
160399323260018

8 - Data de Nascimento
09/07/1977

9 - Sexo
☒ Masculino ☐ Feminino

10 - Raça/Cor
03 - Parda

10.1 - Etnia
0000 - Não Se Aplica

11 - Nome da Mãe
MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO

12 - Telefone de Contato
8899231481

13 - Nome Responsável
MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO

14 - Telefone de Contato

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)
BOQUEIRÃO, 0 - ZONA RURAL

16 - Município
BOA VIAGEM

17 - IBGE
230240

18 - UF
CE

19 - CEP
63870000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

- Principais Sinais e Sintomas Clínicos

Arred e do nro a
fratura de ploto tibial D

21 - Condições que justificam a internação

Rumo de uph

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas

de + use +

23 - Diagnóstico Inicial / Código

Fratura ploto tibial D

24 - CID 10 Principal

T039

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

Ind

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - Especialidade

T0

30 - Caráter de Atendimento

31 - Documento

(X) CNS () CPF

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

980016296047

Nome do Profissional Solicitante/Assistente

RAFAEL DA SILVA CAVALCANTE

34 - Data da Solicitação

17/11/2019

35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro no Conselho)

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.370/RCE-8550/TEOT-18-2019

14370

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bônus

41 - Série

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ Empresa

43 - CNAE Empresa

44 - CBOR

38 - () Acid. Trabalho Trajetado

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

46 - Nome do Profissional Autorizador

AURELIO PARENTE BARBOSA

47 - Cod. Órgão emissor

M230280001

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar ()

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)

Dr. Aurélio Parente Barbosa
Médico Autor
CREMEC 4637 - CFC 155311/03-72

Código do Laudo:

1458644



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

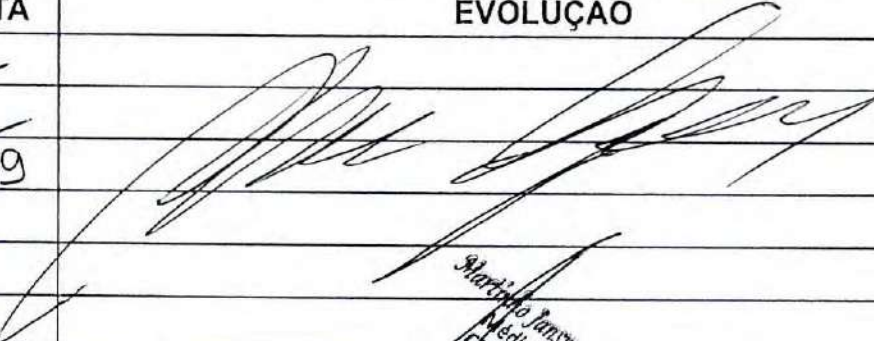
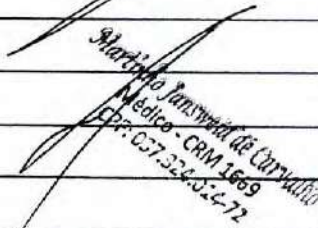
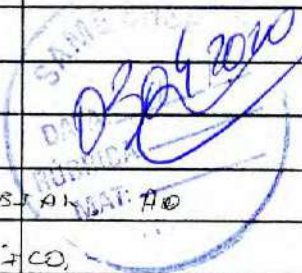
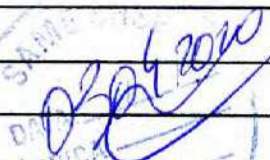
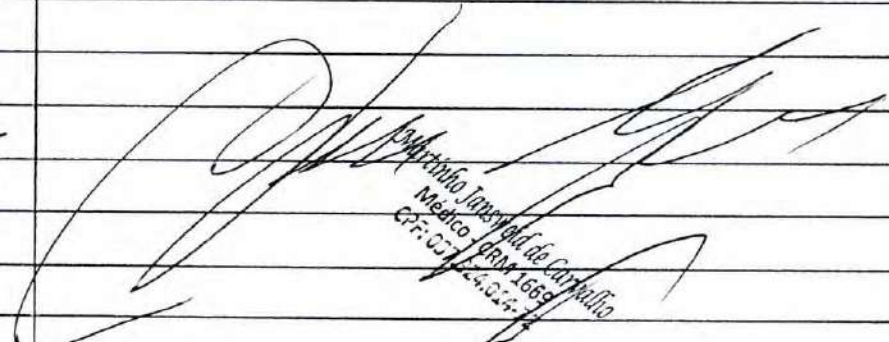
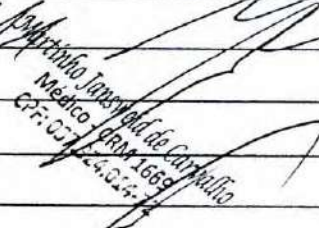
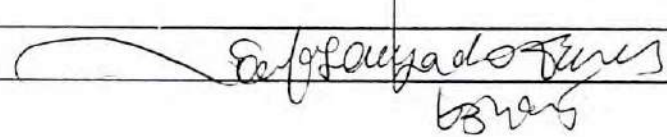


NOME: <u>Dr. R. DE SOUZA DO CARVALHO</u>	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
--	---------------	------	-------

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
22-12-19	Classe 42A - no deu 5º Dia por Prontuário. Ao exame: SCG - 45, corneopático, AFEETA, EUPNEICO, MIOCARDIO E CORONÁRIO. Em uso de AUP 91 Jato no 18 M RECUPERAÇÃO UTERINA COMPLETA. A - CADASTRADO NA CEN. SEGOE NO ABUARD. PA - 160x80 FC - 87 bpm SAT - 99%	Thiago Soares Gama Enfermeiro COREN: 520.77
22/12/19	<i>[Handwritten signature]</i> <i>[Handwritten signature]</i> Martinho José de Carvalho Médico - CRM 1669 CFR 12	<i>[Handwritten signature]</i> <i>[Circular stamp: SANTA CASA DE CANINDÉ]</i>

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

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
23/11/19		
	 Thiago Jansky de Carvalho Médico - CRM 1669 CPF: 077.324.0472	
24/11/19	Paciente ♂ 42 anos, 79 dias por fratura de pâncreo fibroso, exame: SGO-25, normocárdico, afébril, eupnéico, corado e normotenso. Em uso de AUP 01/10/2019. 18 ml infusão metoprolol 0,5mg. 24 cadastrado na CRM. Segue no aguardo PA: 120x70 FC: 77 bpm SAE: 99% TA: 3600.	  Thiago Jansky de Carvalho Médico - CRM 1669 CPF: 077.324.0472
25/11/19		
	 Thiago Jansky de Carvalho Médico - CRM 1669 CPF: 077.324.0472	
25/11/19	Paciente ♂ 42 anos, 80 dias por fratura de pâncreo fibroso, exame: SGO-25, normocárdico, afébril, eupnéico, corado e normotenso. Em uso de AUP 01/10/2019. 18 ml infusão metoprolol 0,5mg. 24 cadastrado na CRM. Segue no aguardo PA: 120x70 FC: 77 bpm SAE: 99% TA: 3600.	
	 Thiago Jansky de Carvalho Médico - CRM 1669 CPF: 077.324.0472	



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



NOME: LOGN ADRIELLES DO CASCIANGATO	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
26.11.19	PE 5 72A UO SCO 99AII POR FRAT. DE PLATOR IZBIAH. AD EXACUG; SCO 15 E ENAGE. ECU USO DE APO A JELCO UO 18. 7A CAPASTRADO NA C.PA. SCOOE UO AGUAPRO PA 120x70 FC= 883PUN SAT= 991.	
25/11/19	<i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i>	Marcelo Jansuá da Cunha Enfermeiro COREN: 520.775
26/11/19	<i>[Signature]</i> <i>[Signature]</i>	Marcelo Jansuá da Cunha Médico - CRM 1669 C.R. 027.12.12-12 <i>[Signature]</i>

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>Joel Rodrigues do Nascimento</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
<i>08/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/11/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>06/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>07/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>08/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>31/12/19</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>06/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>07/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>08/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>31/01/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>06/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>07/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>08/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>31/02/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>06/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>07/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>08/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>31/03/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>06/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>07/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>08/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>31/04/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>06/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>07/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>08/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>31/05/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>06/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>07/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>08/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>31/06/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>06/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>07/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>08/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>31/07/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>06/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>07/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>08/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>09/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>10/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>11/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>12/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>13/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>14/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>15/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>16/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>17/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>18/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>19/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>20/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>21/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>22/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>23/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>24/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>25/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>26/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>27/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>28/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>29/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>30/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>31/08/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>01/09/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>02/09/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>03/09/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>04/09/20</i>	<i>Admissão</i>	
<i>05/09/20</i>	<i>Admissão</i>	

[illegible]



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



NOME:	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
Hel. Rodrigues de Nascimento			

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.

[illegible]

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
05/12/19	<i>Hydronephrosis</i> <i>Dr. Augusto Parente</i> CRM 15669 CPF: 027.324.266-72	<i>03/04/2020</i> <i>DR. AUGUSTO PARENTE</i>
05.12.19	part. 420-007. 18º DIH. Por fratura de platô tibial D. Exclui componente, oriolado, verbalizando curta dieta sup-nice normocárdica. Excluem glóbulos e indolores palpáveis eliminados zidocicas preservadas. Inicialmente restrito ao leito. segue em PR e com cuidados da equipe	
05/12/19	<i>Martinho Jansweide Carvalho</i> Médico - CRM 15669 CPF: 027.324.266-72	<i>DR. GILSON ROBERTO</i> Enfermeiro COREC-CE 428.401



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ
Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 Centro – CANINDÉ-CEARÁ

CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail:
shsfc@fortalnet.com.br



NO 4155

DATA 06/12/2019	CATEGORIA PARTICULAR	INSTITUIÇÃO SHSFC	PROFISSÃO AGRICULTOR
--------------------	-------------------------	----------------------	-------------------------

NOME: JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO
ENDEREÇO: BOQUEIRAO – ZONA RURAL
DN: 09/07/1977 – BOA VIAGEM - CE

IDADE 42 ANOS	COR PARDA	SEXO M	ESTADO CIVIL SOLTEIRO	NACIONALIDADE BRASILEIRA	PROCEDÊNCIA BOA VIAGEM
------------------	--------------	-----------	--------------------------	-----------------------------	---------------------------

PAI: JOSE CHAGAS RODRIGUES DO NASCIMENTO
MÃE: MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO
ENDEREÇO: BOQUEIRAO – ZONA RURAL
ASSISTENTE: DR. MARCUS JUSSIER

DIAGNÓSTICO PROVÁVEL

Infarto agudo do miocárdio

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Infarto agudo do miocárdio

RESULTADO

NENHUM () TRANSFERIDO () MELHORIA
CURADO () FALECIDO ()
ADMITIDO PARA DIAGNÓSTICO
EM CASO DE FALECIMENTO CAUSA- MORTES:
PRIMÁRIA: _____
SECUNDÁRIA: _____

HISTÓRIA CLÍNICA – Registre as palavras do paciente e todos os achados do exame a que foi submetido

Infarto agudo do miocárdio

CLASSIFICAÇÃO FINAL

VISTO DO DIRETOR DO HOSPITAL

RG: _____ EX: _____

NOME DO RESPONSÁVEL

Joana Rosa e Silva



Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

PARTICULAR

Usuário do Cadastro :

Paciente : 209739 CNS : 160399323260018 Idade: 42 Anos / 4 Meses / 27
Nome do Paciente : JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO Data Nascimento : 09/07/1977
Sexo : MASCULINO Estado Civil : SOLTEIRO Religião :
Profissão : AGRICULTOR Naturalidade : BOA VIAGEM
Endereço : BOQUEIRAO Número : 0
Bairro : ZONA RURAL Cidade : BOA VIAGEM
CEP : 63870000 Telefone : 992314815
Identidade : 2007015097127 CPF : 95035346315
Nome da Mãe : MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO
Nome do Pai : JOSE CHAGAS DO NASCIMENTO

Dados do Responsável

Nome : JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO Parentesco : MESMO(A) Fone : 992314815
Endereço : BOQUEIRAO Número : 0
Complemento : CEP : 63870000
20383405526

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

Número : 1463327



Data : 06/12/2019 Hora : 12:

Origem : INTERNACAO CONVENIO
Unidade de Internação : POSTO 1 - CLINICA MEDICA

Tipo : INTERNACAO ORTOPE
Leito : APTO D1

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

Convênio : 9 PARTICULAR Plano : PARTICULAR
Carteira : Guia : Dias Autorizados : Horas Autorizadas
comodação : APARTAMENTO

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

Observação:

Paciente/Responsável

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE 5557



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: Joel Rodrigues do Nascimento
 IDADE: 42 anos TIPO SANGÜÍNEO: _____
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____
 CIRURGIA REALIZADA: _____
 TIPO DE ANESTESIA: Periférica + Sedação ANESTÉSICO: _____
 INÍCIO: 17:40 TÉRMINO: 19:10 DURAÇÃO: 1:30
 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 + 1 (2)</u>	• ATROPINA: <u>02</u>	• ERGOTRATE _____
• S. FISIOL.: <u>07</u>	• PROSTIGMINE: _____	• ETRANE _____
• S. GLICOSADO: _____	• VÁLIUM 10: _____	• HALOTANO: _____
• THIONEMBUTAL: _____	• PLASIL: _____	• OXIGÊNIO: _____
• INOVAL: _____	• FLEBOCORTID: _____	• XILOCAÍNA 5%: _____
• FENTANIL: <u>20</u>	• EFORTIL: <u>01 + 1 (2)</u>	• MARCAÍNA 0,5%: _____
• SOLUÇÃO DE MANITOL	• LIDOCAÍNA 2% _____	• XILOCAÍNA FRASCO AMP: _____
• DORMONID <u>01</u>	• 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>Ceftriaxona 1g. 2</u>	• PROFENID _____	• TILATIL _____
<u>Procainol - 01</u>		<u>para sed. 05</u>
		<u>Halodal - 01</u>

OBSERVAÇÕES: _____

Pro. Malcides P. de Lucena
 Médico
 CRM 112.595.635-20

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

CANINDÉ-CE, 06 DE dezembro DE 20 19

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


SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 Centro – CANINDÉ-CEARÁ

CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 343-2110 Fax: (085) 343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br


FOLHA DE RELATÓRIO DE ALTA

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ		
NOME DO PACIENTE : JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO		
PRONTUÁRIO: 1463327	ENFERMARIA: POSTO I	LEITO: E-03
Data de Internação 06/12/2019	Data de Alta 09/12/2019	Tempo de Permanência DIA:

RESUMO CLÍNICO

Paciente, 42 anos admitido por FRATURA DE JOELHO, realizado OSTEOSINTESE DE PLATOR TIBIAL. Com boa evolução pós operatória.

DIAGNÓSTICO INICIAL:

FRATURA DE JOELHO

TERAPÊUTICA UTILIZADA:

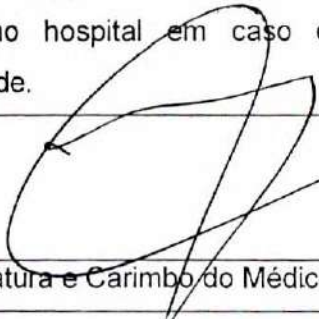
OSTEOSINTESE DE PLATOR TIBIAL..

CONDIÇÕES DE ALTA:

RETORNO COM DR.MARCUS JUSSIER

PROCEDIMENTO PARTICULAR REALIZADO EM: 06/12/2019

Retornar ao hospital em caso de dor intensa, sangramento anormal ou outra anormalidade.

 Assinatura e Carimbo do Médico	09/12/2019
	DATA DA ALTA

PRESCRIÇÃO.: 184023 DATA: 09/12/2019 08:20
USUÁRIO....: GLEICIANES
ATENDIMENTO: 1463327 DT NASC: 09/07/1977 (42A 5M 1D)
CONVÊNIO....: PARTICULAR
PACIENTE....: 209739 - JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/12/2019 12:28 3 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
UNID. INT...: POSTO 1 CLINICA MEDICA LEITO...: APTO D1 COBERTURA: APARTAMENTO
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO E RISCO:

1ª VIA

Rubrica de Médico

1463327

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIET	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA GERAL							

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2 DAPIRONA 500 MG/ML AMP Obs.: DAPIRONA 2:18 AD EV DE 6/6 HS	1	AMPOLA		2	6/6 hs	[09/12]	. 12 . 18 [10/12] . 00 . 06
3 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID) Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS	1	AMPOLA		2	12/12 hs	[09/12]	. 12 [10/12] . 00
4 TRAMAL 100 MG AMP Obs.: TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 HS SN	1	AMPOLA	S	2	8/8 hs		
5 HEPARINA SÓDICA SC 5.000UI 0,25ML AMP Obs.: HEPARINA 5000UI SC 12/12 HS	1	AMPOLA		5	12/12 hs	[09/12]	. 12 [10/12] . 00
6 CAPTOPRIL 25 MG Obs.: CAPTOPRIL 25MG SL SE PA >= 160X100	1	COMPRIMIDO	S	1	8/8 hs		
7 CEFTRIAXONA 1GR F/A	1	FRASCO / AM		2	12/12 hs	[09/12]	. 12 [10/12] . 00

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
8 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS							

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

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



1008	NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
	Rodrigues			10

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	SINATURA

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
	<i>B.O. 06/10/2010</i> <i>Clínica</i> <i>> 20ml de secreção</i> <i>sanguinolenta. 16/2</i> <i>30287</i> <i>Cliente recebeu alta hospitalar</i> <i>clon</i> <i>001.207.207</i>



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Data : 17/11/2019

Convênio : SUS AMBULATORIO

Hora : 10:45:13

GUIA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : STEFANNY
Usuário do Atendimento : STEFANNY

Nome : JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO

Paciente : 209739

Atendimento

1458640

Nome da Mãe : MARIA HELENA RODRIGUES DO NASCIMENTO

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 9/7/1977

Idade: 42 Anos / 4 Meses / 8 Dias

Endereço : BOQUEIRAO

Bairro : ZONA RURAL

CEP : 63870000

Cidade : BOA VIAGEM

Telefone :

Número : 0

Classificação de Prioridade:

G:

P: 68 bpm

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG : 2007015097127

Hora

PESO:

T:

SpO2 - 97%

Queixas: Paciente deu entrada nesta unidade provindo de Boa Viagem para avaliação ortopédica, relatou ter sofrido queda de moto hoje, refere dor no joelho D.

PA 140 x 90 mmHg

ATENÇÃO:

☐ OBSTÉTRICO ☐ GINECOLÓGICO
☐ EDIÁTRICO ☒ ORTOPÉDICO
☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL?

☐ SIM ☐ NÃO☐ GSU☐ OUTRAS AMBULÂNCIAS☐ CARRO PRÓPRIO

PROCUROU PSF?

CAUSAS:

☐ SIM
☐ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

POR QUÊ?

☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO

LOCAL DO ACIDENTE:

☐ DOMICÍLIO ☐ VIA PÚBLICA
☐ TRABALHO ☐ ESCOLA
☐ OUTROS

TIPO DE TRAUMA:

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO
☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA

TIPO DE ACIDENTE:

☐ QUEDA DE ONDE ?☐ ARMA DE FOGO ☐ ARMA BRANCA ☐ OUTROS:☐ INTOXICAÇÃO EXÓGENA: POR:☐ MORDIDA/PICADA DE ANIMAIS ?☐ OUTROS:
☐ ACIDENTE COM OBJETOS CORTO-CONTUSOS ☐ AFOGAMENTO
☐ CARRO: CINTO? ☐ SIM ☐ NÃO ☐ MOTO: CAPACETE? ☐ SIM ☐ NÃO
☐ ATROPELAMENTO ☐ CARRO ☐ MOTO ☐ BICICLETA ☐ OUTROS
☐ QUEIMADURAS: ☐ 1º GRAU ☐ 2º GRAU ☐ 3º GRAU

POR:

☐ ESPANCAMENTO: ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL:

POR QUEM ?

☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ MÃE ☐ DESCONHECIDO☐ VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA:☐ OUTROS

1 | EMERGÊNCIA | 0 min

☐ Estado mental alterado ou em coma
☐ (Glasgow < 12)
☐ Desconforto respiratório grave
☐ Dor torácica
☐ Crises convulsivas
☐ Intoxicações exógenas
☐ Tentativas de suicídio
☐ Reações alérgicas ou anafilaxia
☐ Complicações de Diabetes
☐ Parada cardiorrespiratória
☐ Hemorragias ativas
☐ Infecções graves
☐ Alterações de sinais vitais
☐ * Pulso > 140 ou < 45
☐ * PA diastólica > 130 mmHg
☐ * PA sistólica > 180 mmHg
☐ * FR > 34 ou < 10

2 | MUITO URGENTE | 10 min

☐ Cefaleia súbita ou rapidamente progressiva
☐ Diminuição do nível de consciência
☐ Alteração aguda do comportamento (agitação, letargia, confusão mental)
☐ Convulsão nas últimas 24h com alteração do nível de consciência
☐ Dor torácica
☐ Crise asmática
☐ Desmaios
☐ Diabéticos apresentando sudorese, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia
☐ História recente de sangramento digestivo (melena, hematocúezia)
☐ Dor abdominal intensa
☐ Sangramento vaginal ativo
☐ Náuseas, vômitos ou diarreia persistentes
☐ Febre alta
☐ Fraturas ósseas
☐ Intoxicações exógenas, sem alteração de sinais vitais
☐ Dor oncológica

3 | POUCO URGENTE | 60 min

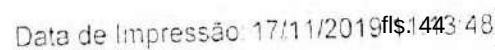
☐ Idade superior a 60 anos
☐ Gestantes
☐ Pacientes escoltados
☐ Deficientes físicos e pacientes em cadeiras de rodas e acamados
☐ Retornos no período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro clínico anterior
☐ Asma
☐ Enxaqueca
☐ Dor de ouvido
☐ Dor abdominal sem alterações de sinais vitais
☐ Sangramento vaginal leve
☐ Lombalgia intensa
☐ Distúrbios neurológicos
☐ Abscessos e outras complicações infecciosas
☐ Convulsões sem alteração do nível de consciência

4 | NÃO URGENTE |

Procurar unidade básica de saúde marcar consulta com médico assistente

☐ Pacientes em acompanhamento ambulatorial, mas sem tratamento atual
☐ Dores crônicas
☐ Procedimentos como curativos trocas de sondas, requisições de receitas médicas
☐ Avaliação de exames solicitados por médico assistente
☐ Solicitações de declarações, atestados ou relatórios médico


NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação



Nome :

Atendimento

1458640

Data

Prescrição Médica :

Horário Medicamentos

Intern Co,

Take Crew
Pacholow

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14.370/RQE: 8560/TEOT: 16316

Slut & Co
24th Street

Dr. Padua Martins
Gurgel Geral
5001-4915

Data

Anamnese / Evolução / Exame Físico

Assinatura

Arach & ab met
an gret plot- lüch 5

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14.378/RQE: 8560/TEOD: 16316

NTI - Núcleo de Tecnologia da Informação



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: Osteossíntese de Placa tubul Data: 06/12/19
 Paciente: Joel Rodrigues do Nascimento
 Cirurgião: Dr. Marcos Leito: Convênio: particular
 1º Auxiliar: 2º Auxiliar: 3º Auxiliar:
 Início: 17:40 Fim: 19:00 Duração: 1 hora e 20 min
 Anestesia: Raque 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		Cabeça Inter-Cambrável	
Adrenalina	AMP		Algodão Ortopédico	CM		Caneta p/ Bisturi	
Água Destilada 10ml	AMP	04	Aguilha Descartável Peridural	UN		Canula de Aorta p/ CEC	
Água Destilada 500ml	TB		Aguilha Descartável Raqui	UN	01	Cat. Balão p/ Embolotomia Art. Venosa	
Albumina Humana	FR		Abocath N°	UN	01	Cateter Arterial	
Alloferine	AMP		Aparelho p/ Tricotomia (desc)	UN		Cateter Intra-Venosa	
Amoxicilina	AMP		Álcool	ML		Cimento Ortopédico	
Ampicilina	AMP		Álcool Iodado	ML	20	Clips p/ Aneurisma	
Antak	AMP		Água Oxigenada	ML		Conj. p/ Hidrocefalia Baixo Perfil	
Aramin	AMP		Assepiol	ML		Conj. Auto Transfusão	
Atlansil	AMP		Atadura de Crepon (10cm; 15cm)	UN		Cotonóide	
Atropina	AMP	04	Atadura de Crepon (20cm; 25cm)	UN		Contra Pino	
Bicarbonato de Sódio	AMP		Atadura Gessada (10cm; 15cm)	UN		Dreno p/ Sucção (Ponta de Aspirador)	
Buscopan	AMP		Atadura Gessada (20cm; 25cm)	UN		Dreno p/ Sucção	
Cataflan Sup	UN		Algodão	GR		Enxerto Art. de PTFE (por cm)	
Cedilanide	AMP		Bolsa p/ Colostomia	UN		Enxerto Art. Tubular Inorgânico Bifurcado	
Cefazolina	AMP		Cal Sodado	GR		Exerto Bul. Tubular Inorgânico	
Cefamesin	AMP		Cateter Peridural	UN		Endopath - Trocarer (10 mm)	
Celestone	AMP		Carbon	CM		Filtro Linha Arterial	
Claforan	AMP		Cera de Osso	UN		Filtro p/ Cardioplegia	
Clexane	AMP		Cidex	ML		Fio de Aço	
Clorafenicol	AMP		Chumaca	UN		Fios de Kirschner	
Cloreto de Potássio	AMP		Coletor Urina Sistema Fechado	UN		Fios de Staimman	
Cloreto de Sódio	AMP		Coletor de Urina Urofix	UN		Fixador Dinâmico de Antebraço	
Clordrala de Nalafina	AMP		Compressa Cirúrgica Pequena	UN		Fixador Dinâmico de Fêmur	
Complexo B	AMP		Compressa Cirúrgica Média	UN	12	Fixador Dinâmico de Tibia	
Decadron	AMP		Cateter p/ Oxigênio	UN		Fixador Dinâmico de Úmero	
Dilacorón	AMP		Cânula p/ Traqueostomia	UN		Ganchos	
Dimorf	AMP	01	Dreno de Keer	UN		Grampos de Blaut	
Dipirona	AMP		Dreno Penrose	UN		Haste de Harrington	
Dipirona Supositório	UN		Espadrado	CM		Haste de Luck	
Diprivan	AMP		Eletrodo Descartável (Conj.)	UN		Haste Femoral	
Diprospon	AMP		Equipo p/ Bomba de Infusão	UN	01	Hemoconcentrador	
Dubotrex	AMP		Equipo p/ Infusão	UN		Hemostática Tipo Surgicel	
Dopamina	AMP		Equipo p/ Transfusão	UN		Kit Canulas	
Dormonid	AMP	01	Equipo Microgotas	UN		Liga Clip	
Droperidol	AMP	01	Equipo Bureta	UN		Oxigenador de Bolhas	
Efortil	AMP		Equipo Fotossensível	UN		Oxigenador de Membrana	
Ergolrate	AMP		Equipo p/ PVC	UN		Parafuso Corticais	
Esmeron	AMP		Éter	ML		Parafuso Esponjosos	
Ethamolin	AMP		Fita Cardíaca	ENV		Patch Inorgânico (por cm - Bovino)	
Etrane	ML		Formol	ML		Parafusos Metálicos	
Fentanil 05 ml	AMP	2ml	Fibrase	GR		Patch Inorgânico (por cm - Dracon)	
Fentanil 10 ml	AMP		Fio Cat Gut Simples	ENV		Pino	
Flagyl 500 mg	FR		Fio Cat Gut Cromado S/IAG	ENV		Pino Deslizante	
Flaxedil	AMP		Fio Cat Gut Cromado C/IAG	ENV		Placa Angular	
Forane	ML		Fio Cat Gut Cromado Laçado	ENV		Placa DCP pequenos fragmentos	
Fortaz	AMP		Fio Mononylon	ENV	Q3	Placa DCP grandes fragmentos	
Fraxiparina 0,3 ml	AMP		Fio Prolene Cardíaco / 0	ENV		Placa de Richard	
Fraxiparina 0,6 ml	AMP		Fio Prolene	ENV		Placa Tubular	
Furacin	GR		Fio Seda	ENV	04	Placa p/ Bisturi	
Garamicina (40,80 mg)	AMP		Fio Vicryl	ENV		Prótese Bipolar	
Garasone	GR		Fio Maxon	ENV		Prótese Valvular Mecânica de Baixo Perfil	
Glicose (25%; 50%)	AMP		Fio Valvekil	ENV		Prótese Valvular Biológica	
Gluconato de Cálcio	AMP		Fio Ethibond	ENV		Reservatório Cardioplegia	
Haemacel	FR		Gilele	UN		Reservatório Cardiotomia	
Halotano	ML		Gelfoan	UN		Salto p/ Gesso	
Heparina	AMP		Gase Alcochoada	UN	0,2	Serra de Gigle	
Hidantal	AMP		Gorro Descartável e Touca	UN	0,2	Sistema p/ Drenagem Mediastinal	
Hypaque	AMP		Intracath	UN	30	Sistema p/ Drenagem Torácica	
Hypnamidate	AMP					Solução Cardioplegia de Indução	
Inoval	AMP					Solução Cardioplegia de Manutenção	
Ipsilon	AMP					Tela de marlex	
Irurol	GR					Válvula p/ Hidrocefalia	

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

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.		UNID.	QTD.
Isordil	AMP		Lâmina de Bisturi	UN	04			
Kanokion	AMP		Luvas	PAR				
Keflin 1g	AMP		Latex	UN				
Ketalar	AMP		Microport	CM				
Lanexate	AMP		Malha Tubular 8cm	CM				
Lasix	AMP		Malha Tubular 12cm	CM				
Liquemine	AMP		Malha Tubular 20cm	CM				
Losec	AMP		Máscara Descartável	UN				
Manitol 20%	TB		Pasta p/ ECG	GR				
Marcalina 0,5% c/a	AMP		Periutor	UN				
Marcalina 0,5% s/a	AMP	08	PVPI Degemante	ML	28			
Marcalina Pesada	AMP		PVPI Tópico	ML				
Mefoxin	AMP		PVPI Tintura	ML				
Mefergin	AMP		Polifix	UN	12			
Narcan	AMP		Propês Descartável	UN				
Naropin	AMP		Rolos Dentais	UN				
Nipride	AMP		Seringa Descartável 1ml	UN				
Nootropil	AMP		Seringa Descartável 3ml	UN				
Novalgina Supositório	UN		Seringa Descartável 5ml	UN	02			
Novamin 500mg	AMP		Seringa Descartável 10ml	UN	01			
Nubain	AMP		Seringa Descartável 20ml	UN				
Omnipaque	AMP		Sonda de Foley 2 vias N°	UN				
Orastina	AMP		Sonda de Foley 3 vias N°	UN				
Oxaciina	AMP		Scalp N° 08	UN				
Oxigen	AMP		Sonda Uretral	UN				
Papaverina	AMP		Sonda Nasogástrica	UN				
Pavulan	AMP	01	Torneira Tree Way	UN				
Plamet	AMP		Tubo Traqueal	UN				
Plasil	AMP		Tampão Vaginal	UN				
Profenid (IV)	AMP		Tampão Cardíaco	UN				
Propranolol	AMP							
Prostigmine	AMP							
Protamina	AMP		TAXAS					
Quelicin	AMP		TAXA SALA PORTE					
Quemacetina	AMP		MONITOR					
Rapifer	AMP		OXÍMETRO					
Revivan	AMP		BISTURI ELÉTRICO					
Rifocin	AMP		RESPIRADOR					
Rocet	AMP	28	DEFIBRILADOR					
Solu-medrol 125 mg	AMP		MICROSCÓPIO CIRÚRGICO					
Solu-medrol 500 mg	AMP		SERRA ELÉTRICA P/ CIRURGIA					
Solcortef 100 mg	AMP		SERRA ELÉTRICA P/ GESSO					
Solucortef 500 mg	AMP		VÍDEO LAPAROSCOPIA					
Soro Fisiológico 250 ml	TB							
Soro Fisiológico 500 ml	TB	01						
Soro Frutose 500 ml	TB							
Soro Glicosado 250 ml	TB							
Soro Glicosado 500 ml	TB		SANGUE E HEMODERIVADOS					
Soro Ringer c/ Lactado	TB	01	SANGUE TOTAL					
Styptanon	AMP		CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS					
Sulfato de Magnésio	AMP		PLAMA					
Sulfenta	AMP		CRIO					
Sylador	AMP		PLAQUETAS					
Thionembutal	FR		JUSTIFICATIVA DO MONITOR					
Tilatil	AMP							
Tracrilm	AMP							
Tramal	AMP							
Transamin	AMP							
Tridil	AMP							
Trofodermin	GR							
Valium	AMP							
Vaselina	GR		GASES	QTD.				
Violeta de Genciana	ML		AR COMPRIMIDO					
Vitamina C	AMP		OXIGÊNIO					
Voltaren 75 mg	AMP		PROTÓXIDO					
Xylocaina c/ Adrenalina	AMP		GÁS CARBÔNICO					
Xylocaina Geléia	GR							
Xylocaina Pesada	AMP							
Xylocaina sem Adrenalina	AMP							
Xylocaina spray	ML							
Zofran	AMP							

OBSERVAÇÕES:

CIRURGIÕES

Dr. Marcus

ANESTESISTA:

Dr. Malcoles

INSTRUMENTADORA:

Carmine / Romelle

CIRCULANTE:

Condição

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200248293 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** CIA EXCELSIOR DE SEGUROS**BENEFICIÁRIO** JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO**CPF/CNPJ:** 95035346315**Posição em 21-07-2020 11:21:49**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/07/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
15/07/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO	 https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/fK0UNSu3iC1p2NDVyBsBsg==?api_key=DQWgChBgHimd0GHPs7fu7AE7+B9Yi3ywgX9YD4ebZc4=



**TERMO DE VERACIDADE DE INFORMAÇÕES PRESTADAS
E CONCORDÂNCIA COM PEDIDOS**

Eu; JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO brasileiro (a), Agrigultor, portador (a) do RG sob o nº.2007015097127 expedido pelo órgão SSPDS-CE e inscrito (a) no CPF sob o nº. 950353463-15, residente e domiciliado (a) na Localidade De Boquerão nº.sn, Bairro Zona Rural, comarca de Boa Viagem, estado do Ceara, CEP 63870-000.

Declaro, para os devidos fins de direito, sob as penas da lei, que as informações prestadas e documentos que apresentei ao escritório de **VINICIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado**, devidamente inscrito na **OAB/CE 1453**, com sede o escritório na **Rua Pça Mons. José Cândido, nº 103, Loja 01, Bairro Centro**, cidade de **Boa Viagem**, estado do **Ceará**, CEP: **63.870-000**, constituído para a finalidade de ajuizar á uma **Ação Cível**, contra a Seguradora Líder, administradora de seguros DPVAT, são verdadeiras e autenticas (fieis a verdade e condizentes com a realidade dos fatos á época do acidente de transito).

Sendo assim, declaro nesta oportunidade que tive acesso a minha petição inicial e concordo com todos os pedidos elencados.

Por fim, fico ciente através deste documento que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no **Art. 299 do Código Penal Brasileiro** e passível de apuração na forma da Lei. Além da ciência de responsabilidade sob todos os efeitos e danos causados pelas minhas declarações.

Por ser verdade, dou fé.

Boa Viagem - CE, 13 de Agosto de 2022

x Joel Rodrigues do nascimento
Declarante

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário(a): JOEL RODRIGUES DO NASCIMENTO - Sinistro: 3200248293
Valor Nominal	R\$ 1.687,50
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	17/11/2019 a 20/07/2020

Dados calculados

Fator de correção do período	246 dias	1,021135
Percentual correspondente	246 dias	2,113538 %
Valor corrigido para 20/07/2020	(=)	R\$ 1.723,17
Sub Total	(=)	R\$ 1.723,17
Valor total	(=)	R\$ 1.723,17

Memória analítica do cálculo

Valor inicial	1.687,50
Data inicial	17/11/2019
Data final	20/07/2020
Periodicidade	Mensal
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.

Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor
17/11/2019	01/12/2019	0,2516 (%)	1.691,75
01/12/2019	01/01/2020	1,2200 (%)	1.712,39
01/01/2020	01/02/2020	0,1900 (%)	1.715,64
01/02/2020	01/03/2020	0,1700 (%)	1.718,56
01/03/2020	01/04/2020	0,1800 (%)	1.721,65
01/04/2020	01/05/2020	-0,2300 (%)	1.717,69
01/05/2020	01/06/2020	-0,2500 (%)	1.713,40
01/06/2020	01/07/2020	0,3000 (%)	1.718,54
01/07/2020	20/07/2020	0,2694 (%)	1.723,17

Acréscimos de juro, multa e honorários

Sub Total	(=)	R\$ 1.723,17
Valor total	(=)	R\$ 1.723,17

Retornar Imprimir