# SABOYA & BRANDÃO
# ADVOGADOS ASSOCIADOS

## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

| | |
|---|---|
| **OUTORGANTE** | **SIMONE FELIX DOS SANTOS** |
| Nacionalidade | BRASILEIRO (A) |
| Natural | FORTALEZA-CE |
| Estado Civil | SOLTEIRA (A) |
| RG nº | 94009000540 DETRAN 26/10/2007 |
| CPF nº | 615.585.163-87 |
| Profissão | GERENTE |
| Endereço | VILA ODALISCA ,27 |
| Complemento | CASA A |
| Bairro | VICENTE PINZON |
| CEP | 60.180-280 |
| Município/UF | FORTALEZA-CE |
| Telefones | (85)98514-4609 OI (85)99636-3939 TIM |

**OUTORGADOS:** **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 para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com.

**PODERES:** Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicia" 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 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, terça-feira, 29 de novembro de 2016.

SIMONE FELIX DOS SANTOS



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

# SABOYA & BRANDÃO
# ADVOGADOS ASSOCIADOS

## DECLARAÇÃO

| | |
|---|---|
| **DECLARANTE** | **SIMONE FELIX DOS SANTOS** |
| Nacionalidade | BRASILEIRO (A) |
| Natural | FORTALEZA-CE |
| Estado Civil | SOLTEIRA (A) |
| RG n° | 94009000540 DETRAN 26/10/2007 |
| CPF n° | 615.585.163-87 |
| Profissão | GERENTE |
| Endereço | VILA ODALISCA ,27 |
| Complemento | CASA A |
| Bairro | VICENTE PINZON |
| CEP | |
| Município/UF | FORTALEZA-CE |
| Telefones | (85)98514-4609 OI (85)99636-3939 TIM |

**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 as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5°, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei n° 1.060/50.

Fortaleza/CE, terça-feira, 29 de novembro de 2016.

Simone Felix dos Santos

**DECLARANTE**

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE
Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069
E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao_@hotmail.com

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

# DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, SIMONE FELIX DOS SANTOS , BRASILEIRO (A), SOLTEIRA (A), GERENTE, PORTADOR DO RG Nº 94009000540 DETRAN 26/10/2007, INSCRITO NO CPF SOB Nº 615.585.163-87, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA VILA ODALISCA ,27, CASA A, VICENTE PINZON, , FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98514-4609 OI (85)99636-3939 TIM,

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – 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 PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, 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 no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, 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, terça-feira, 29 de novembro de 2016.

SIMONE FELIX DOS SANTOS

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

REGISTRO GERAL

5400D000540 -2aV DATA DE EXPEDIÇÃO 20/3/2007

NOME SIMONE FELIX DOS SANTOS

FILIAÇÃO NC E MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS

NATURALIDADE FORTALEZA-CE

DATA DE NASCIMENTO 5/2/1980

DOC. ORIGEM CERT.NASC. 48032 L 42 F 19 3A ZONA FORTALEZA CE

CPF 61558516387

FORTALEZA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**Nº DO CLIENTE**
2161117-3
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

enel

**Companhia Energética do Ceará**
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-0401 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 495993837

Rota 04 01120 40 133800 - 5 Data de Emissão 09/10/2017
Nome SIMONE FELIX DOS SANTOS
End. Postal VL ODALISCA 00027 CS A
VICENTE PINZON - FORTALEZA - 60180280
Medidor 10856102 Poste 0000 G66L
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 615585163-87 CGF
Nome do Responsável

**DATAS**

| Mês de Referência | Data de Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|---|---|---|
| Out/2017 | 09/10/2017 | 09/11/2017 |

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Ago/2017 EUGD 6,75
Mês DICRI= 0,00 P

| | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC | 4,83 | 9,67 | 19,34 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FIC | 3,11 | 6,22 | 12,45 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC | 2,69 | | | 0,00 | | |

**ICMS**

| Base de Cálculo (R$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|---|---|---|
| ISENTO | | |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**
F09A.2037.F584.5BAC.D660.5C92.2344.B150

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R$/kWh) | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10784 | 10652 | 1,00 | 42 | 0,00 | 42 | [illegible] | 22,02 |
| 09/10/17 | 09/09/17 | | 30 DIAS | | 42 | | 22,02 |

| DESCRIÇÃO | VALOR (R$) |
|---|---|
| VALOR CONSUMO DO MES | 22,02 |
| QUOTA PARCELAMENTO 3/6 | 85,90 |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES ( R$ 1,07 ) | |

VENCIMENTO 10/11/2017

**TOTAL A PAGAR (R$)** 107,92

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**
[illegible]
Total 22,02

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

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 29 | 42 | 40 | 30 | 0 | 0 | 22 | 36 | 22 | 15 | 22 | 8 | 56 |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE $CO_2$ (kg/kWh)**
Conheça suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emissão 19,99 Compensação ($CO_2$) Consciência Ecológica (% $CO_2$)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

CE Nº 01221922004 6

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

2015

ENR6258

HONDA NXR160 BROS ESDD 2015

PRETA

SEGURO DPVAT 292,01 00/00/0000

CE Nº 01221922004 6 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

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

www.dpvatseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

60019143342 ENR6258

EXERCÍCIO 2015 | DATA EMISSÃO 08/10/2015

DIA 01 | 60019143342 | PLACA ENR6258

RENAVAM 1064918082 | MARCA/MODELO HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. 2015 | DATA FAB. 09 | Nº CHASSI 9C2KD0810FR479257

PRÊMIO TARIFÁRIO

| PIS (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$) |
|---|---|---|
| 129,04 | 19,84 | 143,38 |

| CUSTO DO BILHETE (R$) | IOF (R$) | TOTAL A SER PAGO SEGURO (R$) |
|---|---|---|
| 4,15 | 1,11 | 292,01 |

| PAGAMENTO À VISTA | PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO |
|---|---|---|
| X | | 00/00/0000 |

PROPRIETÁRIO
LOTE 2106 CHASSI 9C2KD0810FR479257 PLACA ENR6258
MOTOR KD08E1F479257

SEGURADORA LÍDER DPVAT

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo e Outros, 30/06/2016 16:01:32
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe processo 3006807-77.2016.8.06.0001 e código 16060130000000000000000000000

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

POLÍCIA CIVIL DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO DADT CEARÁ

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5685 / 2016**

***Dados da Ocorrência***

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/07/2016 14:36:19**
Data / Hora da Ocorrência: **01/05/2016 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DIOGUINHO**
Complemento:
Bairro: **CACA E PESCA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A PIZZARIA CHEIRO DO MAR**

***Dados da(s) Vítima(s)***

Nome: **SIMONE FELIX DOS SANTOS**
Nascimento: **05/02/1980** CPF: **615.585.163-87**
RG: **94009000540** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS**
**PAI NÃO DECLARADO**
Endereço: **VILA ODALISCA** **, 27 CASA A**
Bairro: **VICENTE PINZON** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **98514-4609**

***Histórico***

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DA MARCA HONDA/NXR160 BROS ESDD, COR PRETA, ANO 2015, PLACA PNC-6258-CE E LICENCIADO EM NOME EMANUELE FELIX DOS SANTOS; QUE TRAFEGAVA PELA AV. DIOGUINHO, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO EM QUE ESTAVA VINDO A ACONTECER A QUEDA DA VITIMA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

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

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**
**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** SIMONE FELIX DOS SANTOS

**VISTO DO DELEGADO(A) :**
**CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5**



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

# DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, requerimento **nº 2021/2016**, que o SAMU 192 Regional Fortaleza prestou atendimento a Sra. **Simone Felix dos Santos**, no dia **01/05/2016**, às **19h:45min**, na **Avenida Dioguinho, Bairro Caça e Pesca**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendida no local e removida para o **Instituto Doutor José Frota.**

Fortaleza, 07 de julho de 2016.

Atenciosamente,

Alexandre Magno Balthazar
Núcleo de Informática do SAMU 192 Regional Fortaleza

Glaucia Maria Raupp Gunzel
Assist. Técnico Administrativo do SAMU 192 Regional Fortaleza

RUA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA – CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452.9150 - FAX: (085) 3452.9151
FORTALEZA-CE
ouvidoria@samu.fortaleza.ce.gov.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

Prefeitura de Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

SAÚDE HOSPITALAR e-SUS

Emitido em: 23/05/2016 10:25:58

Por:JOSE URBANO DA MOTA COELHO

## Registro de Atendimento Emergencial

| REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL | | | | | DATA/HORA: 01/05/2016 20:42:54 |
|---|---|---|---|---|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | | | | |
| CNS: 701401617282331 | NOME: SIMONE FELIX DOS SANTOS | | | Registro: 5442004 | |
| CPF: 61558516387 | RG: | D. NASC: 05/02/1980 | ESTADO CIVIL: | SEXO: F | RAÇA/COR: Parda |
| NOME DA MÃE: MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS | | | NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO | | |
| TIPO DE LOGRADOURO: Vila | ENDEREÇO DO PACIENTE: ODALISCA | | Nº: 27 | BAIRRO: CAIS DO PORTO | |
| COMPLEMENTO: | TELEFONE CONTATO: 32633527 | MUNICÍPIO: FORTALEZA | UF: CE | CEP: 60180280 | |
| IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL | | | | | |
| NOME: SAMU USB 88 CONDUTOR EMERSON | | PARENTESCO: MARILENE/AMIGA | | TELEFONE: 32633527 | |
| ACIDENTE DE TRABALHO | | | | | |
| TIPO DE VÍNCULO: | CBO DO EMPREGADO: | CNPJ DO EMPREGADOR: | | CGSIDO 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: Vítima de queda de moto com trauma de face, dentário. Lesão na face. Escoriações pelo corpo. Orientada. Alcoolizada. | | | | | |
| OBSERVAÇÕES: | | | | | |
| SINAIS VITAIS | | | | | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica | Escala de Dor: Moderado | | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO | | |
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: | | | | | |
| ATENDIMENTO MÉDICO | | | | | |

Anamnese e Exame Físico:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - UF
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 23 / 05 / 2016
MATRICULA 13846
José Urbano da Mota Coelho
SERVIDOR(A)



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

4023

SANTA CASA DE FORTALEZA
SISTEMA DE FATURAMENTO DO SUS
RELATÓRIO DE APOIO A ENTRADA DE AIH

1 / 2
DATA: 30/05/2016
HORA: 11:35:59

Número AIH 2316100762118 Situação Tipo 1 Inicial Apresentação 01/06/2016 Data Autorização 02/05/2016
Especialidade: 01 CIRURGICO Órgão Emissor: Enfermaria: P241 Leito: 555
Doc Autorizador: 9144587368 Doc mes resp: 10129847372 Doc diretor clínico: Doc médico solic: 80552293334
CNES: 2651394 SANTA CASA DE MISERICORDIA FORTALEZA CNS: 701401617282331
Paciente: SIMONE FELIX DOS SANTOS Prontuário: 1074879
Data Nasc.: 05/02/1980 Sexo: F Nacionalidade: 10 BRASIL Tipo Doc.: Nº RG Documento: 94009000540
Responsável pac: SIMONE FELIX DOS SANTOS Nome da mãe: MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS
Endereço: VL DDALISCA Nº 27 Complemento:
Município: FORTALEZA UF CE CEP: 60180280 Raça: 03 Telefone: Muda proc?
Procedimento Solicitado: 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
Procedimento Principal: 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
Diagnóstico Principal: S027 FRATURAS MULTIPLAS ENVOLVENDO OS OSSOS DO CRANIO E DA FACE Diagnóstico Secundário: V269
Complementar: Causa óbito:
Caracter atendimento: 01 ELETIVO Modalidade:
Data internação: 02/05/2016 Data saída: 21/05/2016 Mot. Saída: 12 ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:
Atendimento: 4315834 Cobrança: 1599838
—[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]
Cnpj do Empregador: CNAER
Vínculo Previdência: Empregador CBOR

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

| Procedimento | CNS/CPF | CBO | CNES/CNPJ | Apurar valor p/ | Qtde | Cmpt. UTI | Descrição | Valor Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 0404020461 | 80552293334 | 223268 1 | | 2651394 | 1 | 05/2016 | OSTEOTOMIA DA MANDIBULA | 395.06 |
| 0404020461 | 65703278368 | 225151 6 | | 2651394 | 1 | 05/2016 | OSTEOTOMIA DA MANDIBULA | 395.06 |
| 0702050474 | | | | 2651394 | 1 | 05/2016 | PLACA DE RECONSTRUCAO EM | 2,300.32 |
| 0404020500 | 80552293334 | 223268 1 | | 2651394 | 1 | 05/2016 | OSTEOSSINTESE DA FRATURA ( | 304.40 |
| 0404020500 | 65703278368 | 225151 6 | | 2651394 | 1 | 05/2016 | OSTEOSSINTESE DA FRATURA ( | 304.40 |
| 0702050474 | | | | 2651394 | 1 | 05/2016 | PLACA DE RECONSTRUCAO EM | 2,300.32 |
| 0404020577 | 80552293334 | 223268 1 | | 2651394 | 1 | 05/2016 | REDUCAO DE FRATURA ALVEOL | 31.33 |
| 0211020036 | 7273592000164 | | 2651394 | 2651394 | 1 | 05/2016 | ELETROCARDIOGRAMA | 0.00 |
| 0202020380 | 7348733000160 | | 2529165 | 2651394 | 4 | 05/2016 | HEMOGRAMA COMPLETO | 0.00 |
| 0202020029 | 7348733000160 | | 2529165 | 2651394 | 4 | 05/2016 | CONTAGEM DE PLAQUETAS | 0.00 |
| 0202020096 | 7348733000160 | | 2529165 | 2651394 | 1 | 05/2016 | DETERMINACAO DE TEMPO DE S | 0.00 |
| 0202010694 | 7348733000160 | | 2529165 | 2651394 | 1 | 05/2016 | DOSAGEM DE UREIA | 0.00 |
| 0202010600 | 7348733000160 | | 2529165 | 2651394 | 1 | 05/2016 | DOSAGEM DE POTASSIO | 0.00 |
| 0202010317 | 7348733000160 | | 2529165 | 2651394 | 1 | 05/2016 | DOSAGEM DE CREATININA | 0.00 |
| 0202010635 | 7348733000160 | | 2529165 | 2651394 | 1 | 05/2016 | DOSAGEM DE SODIO | 0.00 |
| 0202020142 | 7348733000160 | | 2529165 | 2651394 | 2 | 05/2016 | DETERMINACAO DE TEMPO E AT | 0.00 |
| 0204040094 | 7273592000164 | | 2651394 | 2651394 | 1 | 05/2016 | RADIOGRAFIA DE MAO | 0.00 |
| 0204060150 | 7273592000164 | | 2651394 | 2651394 | 1 | 05/2016 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS D( | 0.00 |
| 0204010144 | 7273592000164 | | 2651394 | 2651394 | 1 | 05/2016 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FAC | 0.00 |
| 0204030170 | 7273592000164 | | 2651394 | 2651394 | 1 | 05/2016 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) | 0.00 |
| 0802010199 | 7273592000164 | | 2651394 | 2651394 | 13 | 05/2016 | DIARIA DE PERMANENCIA A MAI | 210.47 |

21

DADOS DE OPM

| Linha | Nota Fiscal | CNPJ Fornecedor | Lote | Série | Reg. ANVISA | CNPJ Fabricante |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 1673 | 72075757000155 | | 1 | | |
| 2 | 1673 | 72075757000155 | | 1 | | |

Dra. Maria do Socorro Oliveira
Diretora Técnica CRM 5223
Santa Casa de Fortaleza

Daniza Maria C. de Andrade
Auditora CRM - 5352
CPF 244.883.353-34
SMS / FORTALEZA



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01:[illegible] 22420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

SANTA CASA DE FORTALEZA
SISTEMA DE FATURAMENTO DO SUS
RELATÓRIO DE APOIO A ENTRADA DE AIH

2 / 2
DATA: 30/05/2016
HORA: 11:35:59

Número Aih 2316100762118 Situação Tipo 1 Inicial Apresentação 01/06/2016 Data Autorização 02/05/2016
Especialidade: 01 CIRURGICO Órgão Emissor: Enfermaria: P241 Leito: 555
Doc Autorizador: 9144587368 Doc mes resp: 10129847372 Doc diretor clínico: Doc médico solic: 80552293334
CNES: 2651394 SANTA CASA DE MISERICORDIA FORTALEZA CNS: 701401617282331
Paciente: SIMONE FELIX DOS SANTOS Prontuário: 1074679
Data Nasc.: 05/02/1980 Sexo: F Nacionalidade: 10 BRASIL Tipo Doc.: Nº RG Documento: 94009000540
Responsável pac: SIMONE FELIX DOS SANTOS Nome da mãe: MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS
Endereço: VL ODALISCA Nº: 27 Complemento:
Município: FORTALEZA UF CE CEP: 60180280 Raça: 03 Telefone: Muda proc?
Procedimento Solicitado: 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
Procedimento Principal: 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
Diagnóstico Principal: S027 FRATURAS MULTIPLAS ENVOLVENDO OS OSSOS DO CRANIO E DA FACE Diagnóstico Secundário: V289
Complementar: Causa óbito:
Caracter atendimento: 01 ELETIVO Modalidade:
Data internação: 02/05/2016 Data saída: 21/05/2016 Mot. Saída: 12 ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01: AIH Anterior: AIH Posterior:
Atendimento: 4315834 Cobrança: 1599838
—[ Causas Externas (Acidente ou Violência) ]
Cnpj do Empregador: CNAER
Vínculo Previdência: Empregador CBOR

VALORES DA PRÉVIA

| | Serviço Hospitalar | | Serviço Profissional | | | | Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Direto | | Direto | | Rateado | | |
| | Próprio | Terceiro | Próprio | Terceiro | Próprio | Terceiro | |
| 02.02.01 EXAMES BIOQUIMICOS | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 02.02.02 EXAMES HEMATOLOGICOS E HEMOST | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 02.04.01 EXAMES RADIOLOGICOS DA CABECA | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 02.04.03 EXAMES RADIOLOGICOS DO TORAX E | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 02.04.04 EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 02.04.06 EXAMES RADIOLOGICOS DA CINTURA | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 02.11.02 DIAGNOSTICO EM CARDIOLOGIA | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 |
| 04.04.02 CIRURGIA DA FACE E DO SISTEMA ES | 730.79 | 0.00 | 489.52 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 1,220.31 |
| 07.02.05 OPM COMUNS | 2,300.32 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 2,300.32 |
| 08.02.01 DIARIAS | 210.47 | 0.00 | 50.31 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | 260.78 |
| Total Geral: | 3,241.58 | 0.00 | 539.83 | 0.00 | 0.00 | 0.00 | [illegible] |

Números Nascidos Números Saídas Nº Pré-Natal:
Vivos: Mortos: Altas: Transf.: Óbitos:

De acordo com a portaria S.A.S. Nº 92, uma via deste relatório deve ser arquivado no prontuário.

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Dra. Marcia M Soares Oliveira
Diretora Técnica - CRM 5225
Santa Casa de Fortaleza

espelho_aih10 Aplecis Assessoria e Sistemas Ltda - Matriz Rua Conde D'Eu, 329 Monte Santo C.Grande PB Cep - 50102-025 Telefax (83) 3342-0204

Denise Azevedo C. de Andrade
Auditora CRM - 5302
CPF 244.[illegible]-34
SMS / FORTALEZA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por [illegible] PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do [illegible] em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01[illegible]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo [illegible] e código 309EB7F

Ortopedia
L: 127

SANTA CASA DE FORTALEZA
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 02/05/2016
HORA: 16:30:48

Prontuário 1074679
Atendimento 4315834
Reserva/Guia *12600035090*
Data 02/05/2016 Hora 16:28

| Paciente | Sexo | Est. Civil | Dt Nasc. | Idade | Telefone | R.G. | Código CNS |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| SIMONE FELIX DOS SANTOS [ CPF: ] | F | | 05/02/1980 | 36 | 85988307649 | 94009000540 | |

Nome Social

Endereço: ODALISCA — Num.: 27 — Complemento — Profissão
Bairro: CAIS DO PORTO — Cidade: FORTALEZA — UF: CE
Nome da Mãe: MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS
Responsável: SIMONE FELIX DOS SANTOS — Endereço: ODALISCA — Num.: 27
Bairro: CAIS DO PORTO — Cidade: FORTALEZA — Cep — Telefone: 85988307649

IJF

Médico Atendente: 40932 HOSPITAL [CRM: 002470] [ CPF: 8800359 ]
Médico Acompanhante: 40932 HOSPITAL [CRM: 002470] [ CPF: 8800359 ]
Procedimento: 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
Cid: S027 FRAT MULT ENVOLV OSSOS DO CRANIO E I
Setor: 160000 CONTAS MEDICAS
Convênio: 50 SUS
Origem: OUTRO HOSPITAL
Acomodação: POSTO: P24140 - POSTO 4 ENFERMARIA: E24020 - ENFERMARIA 020 LEITO: ~~555~~ 127
Data min. para alta - 02/05/2016 Data máx. para alta - 12/05/2016 Atendente - MARIA ALBENISA PINTO

**Resumo de Tratamento**

Acompanhante.....? [ ] Sim [ ] Não Data admissão 02/05/2016 Data alta 21 / 05 / 16
Internação anterior..? [ ] Sim [ ] Não Hora admissão 16:28 Hora alta ___ : ___ : ___

Alta....: Curado.....: [ ] Melhorado.....: [ X ] Inalterado.....: [ ] Clínica..: Médica.....: [ ]
Piorado.....: [ ] A pedido.....: [ ] Indisciplina.....: [ ] Cirúrgica.....: [ ]
Transferido...: [ ] Falecimento....: [ ] Evasão.....: [ ] Obstétrica...: [ ]

**Diagnóstico:** Cid
Internação.: Politrauma de face — S102.7
Definitivo.:

**Histórico:** Pct. vítima de ac. motociclístico tendo comprido politrauma de face

Alta - 1
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4

Raio X: [ ] Simples [ ] C/Contraste

Uti
Entrada ___/___/___
Saída ___/___/___

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE 6294
Carimbo e Assinatura do Médico

Motivo

Caract. Trat. [ ]

[ ] Sangue..: [ ] Rh..: [ ] [ ]A [ ]B [ ]C [ ]D [ ]E [ ]F [ ]G

cobrado
05/16

ALTA PARA O DIA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PERE[illegible] DAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em [illegible] 17/07/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001 [illegible] Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/validar.aspx informe o processo 01777132420178060001 e o código 308EB7F.

SANTA CASA DE MISERICORDIA
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
TERMO DE RESPONSABILIDADE

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 02/05/2016
HORA: 16:32:42

## TERMO DE RESPONSABILIDADE

Os abaixo assinados, paciente e seu responsável, AUTORIZAM o corpo clínico do(a) SANTA CASA DE MISERICORDIA de FORTALEZA-CE a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico, bem como atos anestésicos, transfusões e realizar *ainda as investigações que julgar necessárias ao diagnóstico, inclusive exames complementares.*

*O responsável se compromete ainda pela retirada do paciente dentro de 24 horas após lhe haver dado alta.*

FORTALEZA-CE, 02/05/2016

**Paciente:** SIMONE FELIX DOS SANTOS
**Nome Social:**
**Responsável:** SIMONE FELIX DOS SANTOS
**Endereço:** R ODALISCA 27 CAIS DO PORTO
**Cidade:** FORTALEZA - CE
**Telefone:** 85988307549
**Documento:** 94009000540

IJF

TESTEMUNHAS:
1 - Marilu de Jesus Gonçalves
2 -

O abaixo assinado, _____

responsável pelo doente _____

*certifica que o retira deste Nosocomio contra parecer dos médicos que o assistem, assumida inteira responsabilidade por sua decisão.*

FORTALEZA-CE, 02/05/2016

**Paciente:** SIMONE FELIX DOS SANTOS
**Nome Social:**
**Responsável:** SIMONE FELIX DOS SANTOS
**Endereço:** R ODALISCA 27 CAIS DO PORTO
**Cidade:** FORTALEZA - CE
**Telefone:** 85988307549
**Documento:** 94009000540

TESTEMUNHAS:
1 - _____
2 - _____



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA [redacted] do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 [redacted] sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 [redacted]

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

Fortaleza

P- 1074679

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
2 - CNES: 2|5|2|9|1|4|9
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
4 - CNES:

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE: SIMONE FELIX DOS SANTOS
6 - Nº PRONTUÁRIO:
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 701140116172823131
8 - DATA NASCIMENTO: 05/02/1980
9 - SEXO: ☐Masc ☐Fem
10 - RAÇA/COR
10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE: MARIA DE FÁTIMA FELIX DOS SANTOS
12 - TELEFONE DE CONTATO:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL
14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): VILA ODALISCA, Nº 27, CAIS DO PORTO
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA
17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:
18 - UF: CE
19 - CEP: 60180280

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO. APRESENTA LIMITAÇÃO ABERTURA BUCAL, MOBILIDADE DOS COTOS MANDIBULARES FRATURADOS E DESOCLUSÃO DENTÁRIA

Unip

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: CIRURGIA SOB ANESTESIA GERAL
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FRATURA MANDÍBULA
24 - CID 10 PRINCIPAL: S026
25 - CID10 SECUNDÁRIO:
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 041502003-4
29 - CLÍNICA: BMF
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: ELETIVO
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: 1355188485
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: DR. CÉSAR LOSINO
34 - DATA SOLICITAÇÃO: 02/05/2016
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

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

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

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

**AUTORIZAÇÃO**

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

Denise Azevedo C. de Sousa
Auditora CRM
CPF 244.582.
SMS FORTALEZA

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

POI.000.002 Versão 3 - 01/SET/11 - 2 Vias - Formato A4 (210X297).

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777[illegible]3060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

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

USUARIO: [illegible] - UNIDADE: UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

427

Operação:
*Acompanhar Solicitação de Internação*

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

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

CRAI INFORMAÇÕES SUPORTE

Saiba Mais
UNISUS WEB

## *VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO*

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

*Identificação do paciente*

| | |
|---|---|
| CNS - PACIENTE | 165254651690008 - SIMONE FELIX DOS SANTOS |
| NOME DA MÃE | FRANCISCA FELIX DO NASCIMENTO |
| NÚMERO DO PRONTUÁRIO | 5442004 |
| DATA DE NASCIMENTO - IDADE | 12/12/1986 - 29 anos |
| *SEXO* | *FEMININO* |
| NOME DO RESPONSÁVEL | O MESMO |
| TELEFONE DO RESPONSÁVEL | (85) 32633527 |
| ENDEREÇO | CAMPO SANTO |
| BAIRRO | |
| *ESTADO DE RESIDÊNCIA* | *CEARA* |
| MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | PORTEIRAS |
| Plantonista | |
| MÉDICO | 13551684315 - ANTONIO CESAR JOSINO RODRIGUES |
| TELEFONE PARA CONTATO | (85) 32566083 |
| *OBSERVAÇÕES IMPORTANTES* | *PACIENTE SERÁ TRANSFERIDA PARA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA, EM LEITO DE RETAGUARDA DO UF* |
| Solicitação | |
| NÚMERO | 12600035090 |
| SITUAÇÃO | SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO |
| *CENTRAL DE REGULAÇÃO* | *2304051 - FORTALEZA* |
| DATA - HORA | 07/09/2016 - 11:36 |
| PROFISSIONAL | 13551684315 - ANTONIO CESAR JOSINO RODRIGUES |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | 0415020034 - OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS |
| PROCEDIMENTO REALIZADO | |
| CLÍNICA | *1 - CIRURGICO - BUCO MAXILO FACIAL* |
| CLÍNICA COMPLEMENTAR | |
| CARÁTER DA INTERNAÇÃO | 3 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA ANTES DA INTERNAÇÃO |
| GRAU DE PRIORIZAÇÃO | 1 - EMERGÊNCIA |
| Justificativa da Internação | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL | S026 - Fratura de mandíbula |
| DIAGNÓSTICO PRINCIPAL | |
| DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO | |
| *DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS* | |
| *PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS* | PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOBILIDADE DOS COTOS MANDIBULARES FRATURADOS E DESOCLUSÃO DENTÁRIA. SERÁ TRANSFERIDO PARA SANTA CASA PARA TRATAMENTO CIRÚRGICO. |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | *RISCO DE COMPLICAÇÃO* |
| *PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS* | ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX |
| Causas externas | |
| DEFINIÇÃO DO ACIDENTE | 1 - NÃO SE APLICA |

Voltar

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

*Acessar ocorrências*

UF

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MA[redacted]BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo [redacted]06.0001 e código 308EB7F.

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

REQUISIÇÃO DE ÓRTESE E/PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL - OPMES

| | | |
|---|---|---|
| PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS | | PRONT: |
| CLINICA: CTBMF | LEITO: 127 | ENF: |
| PROCEDIMENTO SILICITADO: | | CODIGO: |

OPME REQUISITADA

| QUANT | DESCRIÇÃO | VR UNIT | | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|

**OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO- MAXILAR – 04.04.02.052-6**
04 PLACAS DE TITÂNIO (0702050482)

**OSTEOTOMIA DE MANDIBULA- 04.04.02.046-1**
01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM TITÂNIO (0702050474)

**OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA – 04.04.02.050-0**
01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM TITÂNIO (0702050474)
compatível:
04040205026/0702050482/04
04040204061/0702050474/01
04040205000/0702050474/01

Coordenadora do Atendimento
Santa Casa de Fortaleza

03/05/16

| | |
|---|---|
| MÉDICO SOLICITANTE: | CRM: |
| DIRETOR TÉCNICO: | |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRAGA [redacted] Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/[redacted] sob o número 01771324201780600001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferencia.do, informe o processo 01771324201780600001 e [redacted]

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

REQUISIÇÃO DE ÓRTESE E/PRÓTESE E MATERIAL ESPECIAL - OPMES

| | | |
|---|---|---|
| PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS | | PRONT: |
| CLINICA: CTBMF | LEITO: 127 | ENF: |
| PROCEDIMENTO SILICITADO: | | CODIGO: |

OPME REQUISITADA

| QUANT | DESCRIÇÃO | VR UNIT | | VR TOTAL |
|---|---|---|---|---|

**OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA DO COMPLEXO ORBITO-ZIGOMÁTICO- MAXILAR – 04.04.02.052-6**
04 PLACAS DE TITÂNIO (0702050482)

**OSTEOTOMIA DE MANDIBULA- 04.04.02.046-1**
01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM TITÂNIO (0702050474)

**OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA – 04.04.02.050-0**
01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM TITÂNIO (0702050474)
compatível:
04040220526/0702050482/04
04040204161/0702050474/01
04040220500/0702050474/01

Mariana Carvalho
Coordenadora do Atendimento
Santa Casa de Fortaleza

Dr. Jones Cusatão
Cirurgião Traumatologia
Buco Maxilo Facial
CRO 473

| | |
|---|---|
| MÉDICO SOLICITANTE: | CRM: |
| DIRETOR TÉCNICO: | |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número [redacted]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pgdoMeConferirAcesso.do, informe processo 01[redacted]24.2017.8.06.0001 e código [redacted]

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | **PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS** |
| | LEITO:127 |
| | DATA: 03.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, COM CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ NEGA VÍCIOS, ALERGIAS, E RELATA FAZER TRATAMENTO DE ANEMIA.<br>❖ AO EXAME APRESENTA EDEMA EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTARIA E LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL<br>❖ SOLICITO PRE OP E OPMES |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo [redacted] 2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS |
| | LEITO:127 |
| | DATA: 04.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, COM CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ NEGA VÍCIOS, ALERGIAS, E RELATA FAZER TRATAMENTO DE ANEMIA. RELATA MESTRUAÇÃO DESDE 11/ABR/2016<br>❖ AO EXAME APRESENTA EDEMA EM FACE, EGORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTARIA E LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL<br>❖ SOLICITO PRE OP E OPMES<br>❖ AGUARDO REGRESSAO DE EDEMA E EXAMES PARA PLANO DE TRATAMENTO. |
| | Eymard Vieira Barros<br>Cirurgia e Traumatologia<br>Buco Maxila Facial<br>CRO, 1939 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em [illegible] 13:01 , sob o número 01777132420178060001 [illegible]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrir_conferir_documento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | **PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS** |
| | **LEITO:127** |
| | **DATA: 05.05.16** |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE. |
| | ❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA REFERE "MENSTRUAÇÃO" CONTÍNUA DESDE 11/ABR/2016 |
| | ❖ AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTARIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL. |
| | ❖ PRESCRITO CIPROFLOXACINO E CLINDAMICINA |
| | ❖ AGUARDO EXAMES PRE OP E OPMES |
| | ❖ AGUARDO REGRESSAO DE EDEMA E EXAMES PARA PLANO DE TRATAMENTO. |
| | ❖ SOLICITO PARECER DA G.O. |
| | Dr. Bruno Frota<br>Cirurgião Buco-Maxilo-Facial<br>CRO-CE 5294 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS |
| | LEITO:127 |
| | DATA: 06.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA REFERE "MENSTRUAÇÃO" CONTÍNUA DESDE 11/ABR/2016<br>❖ AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTARIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL.<br>❖ PRESCRITO CIPROFLOXACINO E CLINDAMICINA<br>❖ AGUARDO EXAMES OPMES<br>❖ AGUARDO REGRESSÃO DE EDEMA E EXAMES PARA PLANO DE TRATAMENTO.<br>❖ AGUARDO PARECER DA G.O. |
| | Dra. Ana Karolyne Nogueira Cirurgiã Buco-Maxilo-Facial CRO 7404 |
| 07/05/16 | |
| | Cirurgia segura por falta de cardiologista disponível. |
| | Dr. Bruno Frota Cirurgião Buco-Maxilo-Facial CRO-CE 8604 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 08[redacted]06000001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.[redacted]digital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo [redacted]43-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | **PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS** |
| | **LEITO: 127** |
| | **DATA: 08.05.16** |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA. REFERE "MENSTRUAÇÃO" CONTÍNUA DESDE 11/ABR/2016<br>❖ AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTARIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL.<br>❖ AGUARDO OPMES E USG PÉLVICO<br>❖ PRESCITO TRANSAMIN 1 AMPOLA EV 08 EM 08H DE ACORDO COM SUGESTÃO DA G.O.. PRESCRITO SULFATO FERROSO, ÁCIDO FÓLICO E VIT C. **SOLICITAR NOVO HEMOGRAMA EM 11.05.16.**<br>Dr. Bruno Frota<br>Cirurgião Buco-Maxilo-Facial<br>CRO-CE 6294 |
| 09/05/16 | **SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA**<br>Feito U.S Pélvica Endovaginal<br>DR. MARIGELBIO LUCENA<br>CREMEC: 2569<br>CHEFIA DA CLÍNICA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM<br>SANTA CASA DA MISERICÓRDIA FORTALEZA - CE |

Estado do Ceará, proto[illegible] 2017 às 13:01 , sob o número 01777132420[illegible]0001 e código 308EB7F.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01777132420[illegible]0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | **PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS** |
| | LEITO:127 |
| | DATA: 09.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA. REFERE "MENSTRUAÇÃO" CONTÍNUA DESDE 11/ABR/2016. FOI SUBMETIDA HOJE A ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL.<br>❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTÁRIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL.<br>❖ AGUARDO OPMES E USG<br>❖ PRESCITO TRANSAMIN 1 AMPOLA EV 08 EM 08H DE ACORDO COM SUGESTÃO DA G.O. PRESCRITO SULFATO FERROSO, ÁCIDO FÓLICO E VIT C. **SOLICITAR NOVO HEMOGRAMA EM 11.05.16.**<br>❖ DEVE PERMANECER SOB TERAPIA CLÍNICO-MEDICAMENTOSA PARA MELHOR EVOLUÇÃO LOCAL E SISTÊMICA |
| | Dr Breno Souza Benevides<br>CIRURGIÃO TRAUMATOLOGIA<br>BUCO MAXILO - FACIAL<br>CRO CE 4879 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO [redacted] BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em [redacted]/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178000001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/[redacted]/conferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713242017[redacted]0001 e código 308EB7F.

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | **PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS** |
| | **LEITO:127** |
| | **DATA: 10.05.16** |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA. REFERE "MENSTRUAÇÃO" CONTÍNUA DESDE 11/ABR/2016. FOI SUBMETIDA HOJE A ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL.<br>❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTARIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇAO ÓSSEA INTRA ORAL.<br>❖ AGUARDO OPMES E USG.<br>❖ PRESCITO TRANSAMIN 1 AMPOLA EV 08 EM 08H DE ACORDO COM SUGESTÃO DA G.O. PRESCRITO SULFATO FERROSO, ÁCIDO FÓLICO E VIT C.<br>❖ SOLICITO NOVOS HEMATOLÓGICOS. |
| | Gomes<br>Dermatologia<br>Bucco-Maxilo-Facial ABO<br>CRO: 6960 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número [redacted]
Para conferir o original, acesse o site [redacted] br/pastadigital/pg/ab/ConferenciaDocumento.do?[redacted] processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | **PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS** |
| | LEITO:127 |
| | DATA: 11.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS, RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA. REFERE "MENSTRUAÇÃO" CONTÍNUA DESDE 11/ABR/2016. FOI SUBMETIDA HOJE A ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL.<br>❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTARIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL.<br>❖ AGUARDO OPMES<br>❖ PRESCITO TRANSAMIN 1 AMPOLA EV 08 EM 08H DE ACORDO COM SUGESTÃO DA G.O. PRESCRITO SULFATO FERROSO, ÁCIDO FÓLICO E VIT C.<br>❖ AGUARDO RESULTADO NOVOS HEMATOLÓGICOS.<br><br>Eymard Vasca Borges<br>Cirurgião Hematologia<br>Buco Maxilo Facial<br>CRO 3939 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEIXOTO [illegible] e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 27/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para verificar a assinatura, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | **PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS** |
| | **LEITO:127** |
| | **DATA: 12.05.16** |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA. REFERE SANGRAMENTO VAGINAL DESDE 11/ABR/2016, QUE VEM MELHORADO APÓS USO DO TRANSAMIN.<br>❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA DISCRETO EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTÁRIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL.<br>❖ AGUARDO OPMES E RESULTADO DO HEMOGRAMA.<br>❖ SOLICITO PARECER DA G.O. |
| | Dr. Bruno Frota<br>Cirurgião Bucomaxilofacial<br>CRO-CE 5294 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/esajcpo/digital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | **PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS** |
| | *LEITO:127* |
| | **DATA: 13.05.16** |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE. |
| | ❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA. REFERE SANGRAMENTO VAGINAL DESDE 11/ABR/2016, QUE VEM MELHORADO APÓS USO DO TRANSAMIN. |
| | ❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA DISCRETO EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTÁRIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL. |
| | ❖ AGUARDO OPMES E RESULTADO DO HEMOGRAMA. |
| | ❖ AGUARDO PARECER DA G.O. |

Dra. Ana Raquel Lemos
Cirurgião-Buco-Maxilo-Facial
CRO 7644

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO [illegible] e Tribunal de Justica do Estado do Ceará, [illegible] às 13:01 , sob o número [illegible]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS |
| | LEITO:127 |
| | DATA: 14.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA. REFERE SANGRAMENTO VAGINAL DESDE 11/ABR/2016, QUE VEM MELHORADO APÓS USO DO TRANSAMIN.<br>❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA DISCRETO EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTÁRIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL.<br>❖ AGUARDO OPMES.<br>❖ Parecer GO: paciente com 2 ( dois) miomas, maior medindo 1.9 mm. Orientando a utilizar DEPOMEN 1 AMP a cada 30 dias.<br>Dr. Paulo Henrique R. Gonçalves<br>Cirurgião Bucomaxilofacial<br>Buco - Maxilo - Facial<br>CRO-CE 6806 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e [redacted] Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:04 [redacted] 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código [redacted]

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS |
| | LEITO:127 |
| | DATA: 15.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE. |
| | ❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PADE ANEMIA. REFERE SANGRAMENTO VAGINAL DESDE 11/ABR/2016, QUE VEM MELHORADO APÓS USO DO TRANSAMIN. |
| | ❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA DISCRETO EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTÁRIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL. |
| | ❖ AGUARDO OPMES. |
| | ❖ PARECER GO: PACIENTE COM 2 ( DOIS) MIOMAS, MAIOR MEDINDO 1.9 MM. ORIENTANDO A UTILIZAR DEPOMEN 1 AMP A CADA 30 DIAS. |
| | ❖ CONDUTA: SUSPENSÃO DO TRANSAMIM E ENCERRAMENTO DO CICLO DE ANTIBIOTICOTERAPIA |
| | ❖ SOLICITO NOVO HEMOGRAMA. |
| | Sequela fraturas de Mão e Pé (E), paciente relata limitação de movimentos |
| | Dr. Paulo Henrique R. Carvalho<br>Cirurgião Traumatologia<br>Buco-Maxilo-Facial<br>CRO-CE 5505 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente em 17/10/2017 às 13:01, sob o número 01777132 [redacted] FEIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do [redacted]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01777132-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS |
| | LEITO:127 |
| | DATA: 16.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE. 15 DIH |
| | ❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PARA ANEMIA. REFERE SANGRAMENTO VAGINAL DESDE 11/ABR/2016, QUE VEM MELHORADO APÓS USO DO TRANSAMIN. |
| | ❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA DISCRETO EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTARIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL. |
| | ❖ SOLICITADOS OPMES. |
| | ❖ PARECER GO (13.05.2016): PACIENTE COM 2 ( DOIS) MIOMAS, MAIOR MEDINDO 1.9 MM. ORIENTANDO A UTILIZAR DEPOMEN (ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL) 1 AMP A CADA 30 DIAS |
| | ❖ CONDUTA: SUSPENSÃO DO TRANSAMIN E ENCERRAMENTO DO CICLO DE ANTIBIOTICOTERAPIA. NÃO HÁ EVIDÊNCIAS CLÍNICAS DE INFECÇÃO |
| | ❖ SOLICITADO NOVO HEMOGRAMA – AGUARDAMOS RESULTADO |
| | ❖ DEVE CONTINUAR CUIDADOS LOCALIZADOS ESPECÍFICOS E PROTOCOLO CLÍNICO-MEDICAMENTOSO ESPECÍFICO PARA MELHOR EVOLUÇÃO DO QUADRO CLÍNICO |

Dr. Breno Souza Benevides
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO - FACIAIS
CRO CE 4870

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA [redacted] Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em [redacted] sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS |
| | LEITO:127 |
| | DATA: 17.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLÍSTICO (SIC) DIA 01.05.16, TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE. 16 DIH |
| | ❖ NEGA VÍCIOS E ALERGIAS. RELATA FAZER TRATAMENTO PARA ANEMIA. REFERE SANGRAMENTO VAGINAL DESDE 11/ABR/2016, QUE VEM MELHORADO APÓS USO DO TRANSAMIN. |
| | ❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA DISCRETO EM FACE, ECORIAÇÕES EM MEMBROS E FACE, DESOCLUSÃO DENTARIA, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, EXPOSIÇÃO ÓSSEA INTRA ORAL |
| | ❖ PARECER GO (13.05.2016): PACIENTE COM 2 (DOIS) MIOMAS, MAIOR MEDINDO 1,9 MM. ORIENTANDO A UTILIZAR DEPOMEN (ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL) 1 AMP A CADA 30 DIAS. |
| | ❖ PACIENTE RELATA SINTOMATOLOGIA DOLOROSA. |
| | ❖ CONDUTA: MANTENHO CUIDADOS ESPECÍFICOS. |
| | ❖ AGUARDO RESULTADO DO NOVO HEMOGRAMA PARA PLANEJAMENTO CIRÚRGICO. |
| | Dr. George Gomes<br>Cirurgia e Traumatologia<br>Buco-Maxilo-Facial ABO<br>CRO 6960 |
| 18/05/16 | * Pt. em P.O. 1. de ND. Cirurgia de gestão de Proc. rel. A.G. e sem intercorrência.<br>A.V.R.<br>OBS.: Manter retorno p/ amb. do Dr. George. |

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE 6294

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e [illegible] autenticado no Ceata, protocolado em 17/10/2017 às 13:[illegible] por [illegible] 07771324201706000001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | **PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS** |
| | LEITO:127 |
| | **DATA: 19.05.16** |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, EM 1º P.O DE TTO. CIRURGICO DE POLITRAUMA DE FACE.<br>❖ EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADA, AFEBRIL, EUPNÉICA, COMQUEIXAS ÁLGICAS INTRA ORAIS.<br>❖ AO EXAME FÍSICO, APRESENTA EDEMA DISCRETO EM TERÇO INFERIOR DE FACE, MÁ HIGIENE ORAL, SUUTRAS SEM DEISCÊNCIAS. PORTA BMM.<br>❖ CONDUTA: AGUARDO RX P.O.<br>❖ OBS.: MARCAR RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DO DR. GEORGE.<br>Dr. Bruno Frota<br>Cirurgião Buco Maxilo Facial<br>CRO-CE 6294 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por [redacted] PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado [redacted] protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177132420178060001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**EVOLUÇÃO DO PACIENTE**

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS |
| | ~~LEITO:127~~ |
| | DATA: 20.05.16 |
| | ❖ PACIENTE, SEXO FEMININO, 36 ANOS, EM 2º. PO TRATAMENTO CIRURGICO POLITRAUMA DE FACE. |
| | ❖ EVOLUI COM DOR OROFACIAL |
| | ❖ ALTA PREVISTA PARA 21.05.16 |
| | ❖ OBS.: MARCAR RETORNO PARA O AMBULATÓRIO DO DR. GEORGE. |

Dr. Sérgio Araújo
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
CRO-6652/CE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARGARETH [illegible] e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em [illegible]/06/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177[illegible], código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| | PACIENTE: SIMOME FELIX DOS SANTOS |
| | LEITO: 127 |
| | DATA: 21.05.16 |
| | ❖ ALTA HOSPITALAR, AGENDADO RETORNO PARA DR. GEORGE DIA 31.05.2016. |
| | Dr. Paulo Henrique Carvalho Silveira Cirurgia Bariátrica e Metabologia Rua Mariz Marão - Fortaleza CRO-CE 6605 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO [redacted] Justiça do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2018 [redacted] número 01777132420178060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 3001[illegible]

13.05.16 Dra Andre às 11:30hs

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME DO PACIENTE: Simone Félix dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO: 127

CLÍNICA SOLICITADA: G.O.

CLÍNICA SOLICITANTE: CTBMF

MOTIVO DA CONSULTA: Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os sintomas do enfermo.
DATA:

Pct, 9, 36 a, com queixa de sangramento vaginal desde 11/04/16. Foi realizado USG transvaginal solicitado pelo Serviço de G.O. Solicito reavaliação.

Atenciosamente,

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Bucomaxilo Facial
CRO-CE 6294

ASS DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:
DATA:

Pct retorna com melhora do sangramento vaginal. Traz USG-TV evidenciando três miomas intramurais, maior medindo 1,9 cm.

Indico uso de de anticoncepcional injetável (~~trimestral~~ mensal), caso não exista contra indicação do ponto de vista da CTBMF, grato.

Dr. Andre Schlachter
Endocrinologia/Obstetrícia
CREMEC 12411

ASS DO MÉDICO ESPECIALISTA

RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20 – CENTRO – CEP 60025 – 060 – FORTALEZA – CEARÁ.
C.G.C.07273592/0001-64 Fone: (85) 3455-9155 Fax: (85) 3455-9167

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Contas para protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o protocolo 1242017806000 1.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 3068[illegible]

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME DO PACIENTE: Simone Filha dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO: 127

CLÍNICA SOLICITADA: G.O.

CLÍNICA SOLICITANTE: CTBMF

MOTIVO DA CONSULTA: Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os sintomas do enfermo.
DATA:

Pct, 9, 36 a, com queixa de corrimento vaginal desde 11/04/16. Foi realizado USG transvaginal solicitado pelo Serviço de G.O. Solicito reavaliação.

Atenciosamente,

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE 5294

ASS DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:
DATA:

Pct retorna com melhora do corrimento vaginal. Trazendo USG-TV evidenciando dois miomas intramurais, maior medindo 1,9 cm.
Indico uso de de anticoncepcional injetável (mensal/trimestral) caso não exista contra indicação do ponto de vista da CTBMF, pelo.

Dr. André Schachter
Ginecologia e Obstetrícia
CREMEC 12411

ASS DO MÉDICO ESPECIALISTA

RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20 – CENTRO – CEP 60025 – 060 – FORTALEZA – CEARÁ.
C.G.C.07273592/0001-64 Fone: (85) 3455-9155 Fax: (85) 3455-9167

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777113-24.2017.8.06.0001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01777113-24.2017.8.06.0001 e código 308EBTA.

D. Andre Carvalho 11:30 hs
sexta feira

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME DO PACIENTE: Simone Felix dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO: 127

CLÍNICA SOLICITADA: G.O.

CLÍNICA SOLICITANTE: CTBMF ORTOPEDIA

MOTIVO DA CONSULTA: Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os sintomas do enfermo.
DATA:

Pd. 9, 36 anos gestada de politrauma de face por acidente motociclístico em 01.05.16. Refere realizar tratamento p/ anemia e que está menstruada (rec) desde 11/04/16. Solicito avaliação e provável conduta.

Atenciosamente,

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Bucco-Maxilo-Facial
CRO-CE 6294

05/05/16

ASS DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:
DATA:

Pct vítima de acidente motociclístico há 5 dias refere sangramento uterino há 1 mês. após fazer uso de contracept. refere miomas uterino.
Cf: Solicito USG-pélvica TV.
Sugiro dosagem 2ro, dejo, 1 amp (V) 8/8h.

Dr. Andre Schlachte
Ginecologia/Obstetrícia
CREMEC 12411

ASS DO MÉDICO ESPECIALISTA

RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20 – CENTRO – CEP 60025 – 060 – FORTALEZA – CEARÁ
C.G.C.07273592/0001-64 Fone: (85) 3455-9155 Fax: (85) 3455-9167

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO [redacted] Justiça do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 [redacted]

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

## REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME DO PACIENTE: Simone Felix dos Santos

Nº DO PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO: 127

CLÍNICA SOLICITADA: G.O.

CLÍNICA SOLICITANTE: CTBMF

MOTIVO DA CONSULTA: Especificar os dados sobre os quais deseja opinião e enumerar os sintomas do enfermo.
DATA:

Pct. Q, 36 anos, portadora de politrauma de face por acidente motociclístico em 01.07.16. Refere realizar tratamento p/ anemia e que está menstruada (sic) desde 11/04/16. Solicito avaliação e possível conduta. Atenciosamente,

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Bucomaxilofacial
CRO-CE 3294

01/07/16

ASS DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:
DATA:

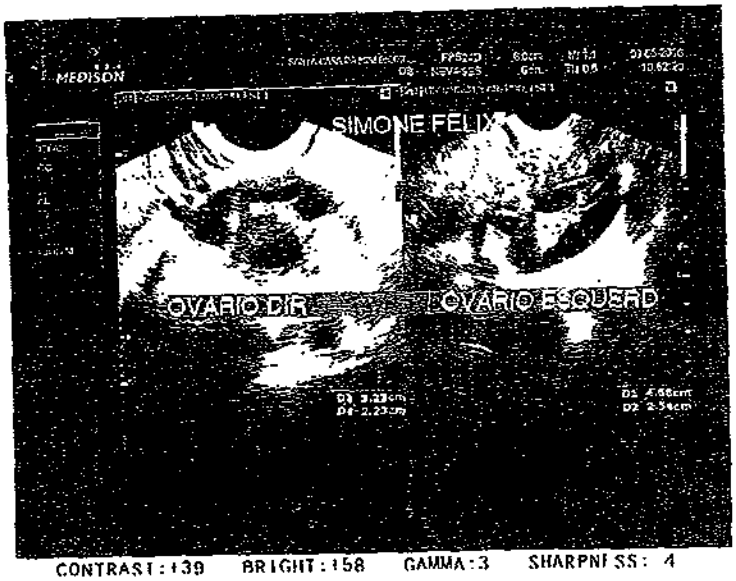
Pct. queixa de audição prejudicada há 5 dias refere sangramento uterino há 1 mês após fazer uso de contraceptivo. refere mioma uterino.
cf: Sangramento ativo + 210g, dejo, fluxo hemorrágico
1 ovp (IV) 8/84.

Dr. Andre Schlichter
Ginecologia/Obstetrícia
CREMEC 12341

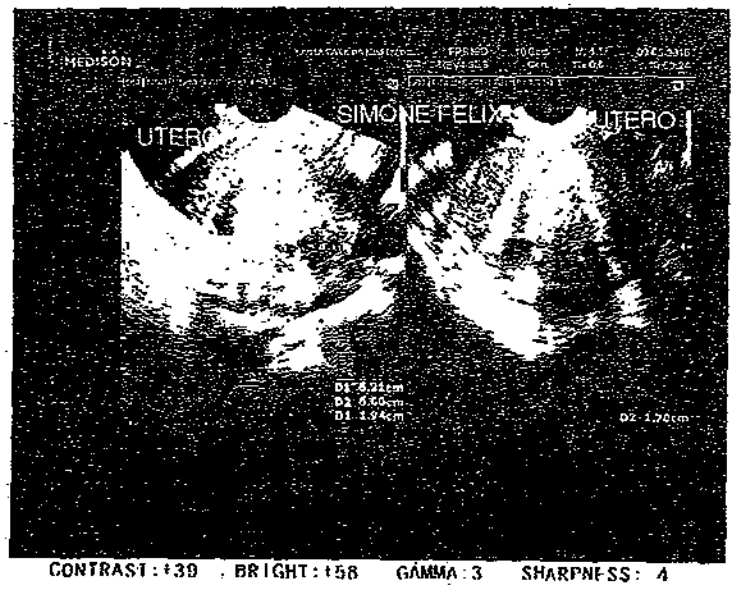
ASS DO MÉDICO ESPECIALISTA

RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20 – CENTRO – CEP 60025 – 060 – FORTALEZA – CEARÁ.
C.G.C.07273592/0001-64 Fone: (85) 3455-9155 Fax: (85) 3455-9167

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PENNA [illegible] e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em [illegible] às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.




CONTRAST : +39 BRIGHT : +58 GAMMA : 3 SHARPNESS : 4




CONTRAST : +39 BRIGHT : +58 GAMMA : 3 SHARPNESS : 4

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

## SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

## SERVIÇO DE ULTRASSONOGRAFIA - DR. MARIGELBIO LUCENA

| | |
|---|---|
| **Nome do(a) Paciente:** SIMONE FELIX DOS SANTOS | 267809 |
| **Médico(a) Solicitante:** ANDRÉ SCHLACHTER | 10/05/2016 |

# Laudo de Ultrassonografia endovaginal

Exame realizado em modo bidimensional com equipamento dinâmico, na freqüência de 5.0 MHz, com varredura vaginal.

Bexiga: Vazia.

Vagina: normal, não apresentando ecos anômalos no seu interior.

Útero: anteversoflexão, de contornos irregulares, limites imprecisos e centrado.
Medindo: Long 11,2 X a.p. 6,0 X trans. 6,2 cm. e volume de 187,49 cm3.
Miométrio: Heterogêneo, globoso mostrando envolvimento miomatoso difuso, com 2 nódulos miomatosos intramurais, dominantes, medindo: 1,9 x 1,6 cm e 1,7 x 1,5 cm na porção posterior.
Endométrio: Misto, irregular, menstrual medindo 6 mm.
Canal endocervical fechado.
Fundo de saco Douglas livre.

Ovário Direito: para uterino, de contornos regulares e limites precisos.
Exibindo parênquima de textura acústica sólida.
Medindo: Long 3,2 X a.p. 2,3 X trans. 3,1 cm. e volume de 11,86 cm3.

Ovário Esquerdo: para uterino, de contornos regulares e limites precisos.
Exibindo parênquima de textura acústica sólida.
Medindo: Long 4,7 X a.p. 2,5 X trans. 3,0 cm. e volume de 18,33 cm3.

Conclusão: 1)Ovários de aspecto policístico. 2)Útero aumentado de volume, globoso, heterogêneo, com envolvimento miomatoso difuso e 2 pequenos nódulos miomatosos intramurais dominantes.

**DR. MARIGELBIO LUCENA**
**CREMEC 2569**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por [redacted] PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do [redacted] em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número [redacted]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/[redacted]/abrirConferenciaDocumento.do, informe o [redacted] 2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA**
**"24 hora de proteção à vida"**

Prefeitura de Fortaleza

| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | |
|---|---|---|
| **Paciente:** SIMONE FELIX DOS SANTOS | | **ID Paciente:** 5442004 |
| **Data de Nascimento:** 05/02/1980 | **Idade:** 36 anos | **Sexo:** F |
| **Médico Solicitante:** (Sem nome) | | **Data do Exame:** 01/05/2016 |
| **LAUDO** | | |

# TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

**TÉCNICA:** Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

– Fraturas cominutivas de seios maxilares com hemossinus bilateral e fratura com desnivelamento do assoalho orbitário esquerdo com pneumo-órbita.

Parênquima encefálico com valores de atenuação normais;

Sulcos, fissuras e cisternas cerebrais de amplitude normal;

Sistema ventricular anatômico;

Linha média centrada;

Estruturas ósseas focalizadas de aspecto preservado.

Dr. Pablo Coimbra
Médico
CRM 6806

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por [redacted] PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Es[redacted]cidado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01[redacted]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

# Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

## SERVIÇO DE ENFERMAGEM

## AVISO DE OPERAÇÕES

Clínica _____ Enf. Ortopedia Leito 127 Data 18 / 05 / 2016

Nome Dinore Félix dos Santos Hora 08:00hs

N. do Registro 1074679 Sexo FEM Idade _____ Cor _____

Operação Tratamento de Politrauma fecal Assistente _____

Operador Dr. José Maria Instrumentador(a) _____

Anestesista Dr. Daniel Maciel Anestesia Geral

Sangue _____ Material especializado AM. MED

ANOTAÇÕES DA S.O.

Dr Breno Souza Alencar
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO - FACIAIS
CRO CE 4870

Fios _____

Soros _____

Injeções _____

Estado geral do paciente _____

Circulante _____

Visto _____ Data ___/___/___

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/esaj/portal.do?servlet=PortalDoCidadaoServlet, informe o processo 01777132420178060001 e código 308EB7F.

**SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**MATERIAL ESTÉRIL UTILIZADO**

**NOME:** Simone Felix dos santos

**ENF.:** P. 4 **LEITO:** 127 **PRONTUÁRIO:** 607.467-9 **DATA:** 18/05/16

SANTA CASA
DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

PREPARADO POR:

DATA: AUT. LOTE:

VALIDADE:

INDICADOR

SANTA CASA
DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

PREPARADO POR:

DATA: AUT. LOTE: 4

INDICADOR

SANTA CASA
DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

PREPARADO POR:

INDICADOR

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

Kit 20

PREPARADO POR: Sheila

DATA: 18.05.16 AUT. 1 LOTE: 1

INDICADOR

3M Comply™ SteriGage™ Steam EO Chemical 1243 Integrator REJECT ACCEPT

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA DE SOUZA, protocolado em 01/07/2017 às 15:42:01 - 0.0.0 número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

# IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DE FORTALEZA

*RELATÓRIO DE OPERAÇÃO*

*SEQUENCIAL EM ONCOLOGIA*

Data: 18/05/16

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Nome do Paciente:** | **Simone Felix dos Santos** | | | | |
| **Nº Prontuário:** | **1074679** | **Clínica:** | **BMF** | **Categoria:** | |
| **Cirurgião:** | **DR George** | | **Leito:** | **127** | |
| **1º Auxiliar:** | **DR Bruno** | | **2º Auxiliar:** | | |
| **Anestesista:** | **DR Daniel** | | **Tipo de Anestesia:** | **Geral Balanceada** | |
| **Instrumentadora:** | **Paula** | | **Circulante:** | | |
| **Diagnóstico Pré-Operatório:** | Politrauma de face | | | | |
| **Tipo de Operação / Código:** | Osteotomia de Mandíbula | 0 4 0 4 0 2 0 - 4 6 1 | | | |
| **Tipo de Operação / Código:** | Osteossíntese de Frat. De Mand. | 0 4 0 4 0 2 0 - 5 0 0 | | | |
| **Tipo de Operação / Código:** | Redução das Frat. Alveolares | 0 4 0 4 0 2 0 - 5 7 7 | | | |
| **Tipo de Operação / Código:** | | | | | |
| **Tipo de Operação / Código:** | | | | | |
| **Diagnóstico Pós-Operatório:** | | | | | |
| **Relatório Imediato Patologista:** | | | | | |
| **Acidentes e Incidentes:** | | | | | |
| **Contagem de Compressas:** | | | | | |

| **Anestesia (Ocorrências Principais)** | **Classificação da cirurgia** | |
|---|---|---|
| | **LIMPA:** | |
| | **POT. CONTAMINADA:** | |
| | **CONTAMINADA:** | |
| | **INFECTADA:** | |

Assinatura da(o) Enfermeira(o)

Dr. Daniel Alves Maciel
Médico Anestesiologista
CREMEC 10[illegible]

Assinatura do Anestesista

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

Hospital Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

fls. 61

# GASTO: SALA CIRURGIA 06 (Circulante) Iris + Poliana

Nome do Paciente: Simone Felix dos Santos | Leito: 327 | Nº Prontuário: 107-46679 | Data: 18/05/16

| CÓD | DESCRIÇÃO | Unidade Medida | QUANT |
|---|---|---|---|
| 464-2 | Água Oxigenada | ML | |
| 550-9 | Água destilada 1000ml | Und | |
| 465-0 | Álcool | ML | 50 |
| | Agulha descartável 40x12 | Und | 04 |
| | Agulha descartável 25x7 | Und | 02 |
| | Agulha descartável 30x8 | Und | 02 |
| | Agulha descartável | Und | |
| | Agulha descartável | Und | |
| 65862 | Agulha peridural desc. Nº 16 | Und | |
| | Agulha spinal nº 25 | Und | |
| | Agulha spinal nº 26 | Und | |
| | Agulha spinal nº 27 | Und | |
| | Agulha Sutura G | Und | |
| | Agulha Sutura GR | Und | |
| | Agulha Sutura KEITH | Und | |
| 476-6 | Algodão Pct. 500 Gr | Gramas | 05 |
| 4774 | Algodão ortopédico 500 Gr | Und | |
| 1432-0 | Alça para amigdalas | Und | |
| 4790 | Atadura de crepon | Rolo | |
| | Atadura gessada 10cm | Rolo | |
| 917-2 | Azul de metileno 30cm | ML | |
| | Bolsa colostomia | Und | |
| | Cateter intravenoso 20 | Und | 03 |
| | Cateter intravenoso | Und | |
| 589-4 | Cateter p/ oxigênio tipo óculos | Und | |
| 5444 | Coletor de urina aberto | Und | |
| 730-7 | Coletor de urina fechado | Und | |
| | Compressa de (lucido lavado) 37g | Kg | 10 |
| | Canula p/ traqueostomia metal | Und | |
| | Canula p/ traqueostomia descar | Und | |
| 731-5 | Dreno de sucção 3.2 (portovac) | Und | |
| 732-3 | Dreno de sucção 4.8 (portovac) | Und | |
| 733-1 | Dreno de sucção 6.4 (portovac) | Und | |
| 1015-4 | Dreno penrose 01 duzia | Und | |
| 1016-2 | Dreno penrose 02 | Und | |
| 1017-0 | Dreno penrose 03 | Und | |
| | Dreno de Kerr. | | |
| 5946 | Dreno de tórax blokit completo adulto | Und | |
| 690-4 | Eletrodo Descartável | Und | 05 |
| 471-5 | Éter sulfúrico | ML | |
| 565-7 | Equipo macro gotas | Und | |
| 5690 | Equipo p/ soro c/ injetor lateral | Und | 01 |
| 570-3 | Equipo p/ bomba de infusão | Und | |
| 13773 | Extensão p/ equipo 40cm | Und | |
| 13751 | Extensão p/ equipo 90cm | Und | 02 |

| CÓD | MEDICAMENTOS | Unidade Medida | QUANT |
|---|---|---|---|
| 852-1 | Esparadrapo | Cm | 1000 |
| 6530 | Fita adesiva branca hospitalar | Und | |
| 446-4 | Formol | ML | |
| 488-0 | Gazp 7,5 x 7,5 | Und | 80 |
| | Gaze acolchoada (91cm x 91cm + algodão) | Und | |
| 692-0 | Gel p/ ECG&kl | Gr | 30 |
| | Lâmina de bisturi 15 | Und | 01 |
| 656-0 | Látex 204 Siliconado | MT | 03 |
| 531-2 | Luva de procedimento-média | Und | 03 |
| 532-0 | Luva estéril 7.0 | Par | 04 |
| 533-0 | Luva estéril 7.5 | Par | 03 |
| 534-7 | Luva estéril 8.0 | Par | 01 |
| 655-6 | Micropore | Cm | 30 |
| 473-1 | Povidine degermante | ML | 30 |
| 474-0 | Povidine tópico | ML | 30 |
| 517-7 | Scalp 19 | Und | |
| 516-5 | Scalp 21 | Und | |
| 562-7 | Serra gigle | Und | |
| 740-4 | Seringa descartável 1ml | Una | |
| 525-8 | Seringa descartável 3ml | Und | |
| 526-E | Seringa descartável 5ml | Und | 02 |
| 527-4 | Seringa descartável 10ml | Und | 03 |
| 528-2 | Seringa descartável 20ml | Und. | 04 |
| | Tomolinha 3 vias | Und | 01 |
| | Ammontyo | | 01 |
| | Bes-feli Butrigo | | 01 |
| | Fordacaine sl-b | | 01 |
| | | | |
| | | | |
| | **ORTESES E PROTESES** | | |
| 79-43 | Tela marlex | | |
| | Grampeador Circular Intraluminal | | |
| | Grampeador Linear Cortante | | |
| | Carga para Grampeador Linear | | |
| | Grampeador Linear | | |
| | Fixador Externo Circular | | |
| | Pino de Shantz | | |
| | Fio Olivado Para Fixador Externo | | |
| | Placa de Compressão Dinâmica | | |
| | Placa e Parafuso Deslizante de 135 | | |
| | Placa e Parafuso Deslizante de 95 | | |
| | Componente Femural Cimentado | | |
| | Componente Acetabular | | |
| | Componente Cefálico pata | | |
| | Cimento sem Antibiótico | | |

| CÓD | MEDICAMENTOS | Unidade Medida | QUANT |
|---|---|---|---|
| | **SONDAS** | | |
| 569+1 | Sonda dobbhoff | Tubo | |
| | Sonda endotraqueal s/ balão | Und | |
| | Sonda endotraqueal c/ balão 7.0 | Und | 01 |
| | Sonda foley 2 vias | Und | |
| | Sonda foley 3 vias | Und | |
| | Sonda gástrica | Und | |
| | Sonda p/ aspirar 14 | Und | 01 |
| | Sonda p/ aspirar | Und | |
| | Sonda uretral | Und | |
| | Sonda uretral | Und | |
| | | | |
| | | | |
| | **SOROS** | | |
| 553-3 | Solução frutose 500ml | Tubo | |
| 553-3 | Solução de Manitol 250ml | Tubo | |
| 559-2 | Solução de Ringer lactato 500ml | Tubo | 04 |
| 557-6 | Soro fisiológico 0,9% 250ml | Tubo | |
| 558-8 | Soro fisiológico 0,9% 500ml | Tubo | 02 |
| 1901-1 | Soro fisiológico 1.000ml | Tubo | 01 |
| 556-4 | Soro glicosado 5% 500ml | Tubo | |
| | | | |
| | | | |
| | **ANESTÉSICOS** | | |
| 401-4 | BUPIVACAÍNA 0,5% | | |
| 403-0 | BUPIVACAÍNA + EPINEFRINA | | |
| 406-5 | LIDOCAÍNA COM VASOCONST | | 01 |
| 407-3 | LIDOCAÍNA SEM ADRENALINA | | 01 |
| | | | |
| | **VESTUÁRIO CIRÚRGICOS** | | |
| | Avental descartável | Und | 03 |
| 199-6 | Gorro descartável | Und | 04 |
| 186-4 | Máscara descartável | Und | 07 |
| 187-2 | Propés descartável | Par | 08 |
| 2003 | Touca descartável | Und | 04 |
| | | | |
| | Campo LAP | Und | 01 |
| | Campo cabeça | Und | |
| | Roupa Pequena Cirurgia | Und | |

| COD | MEDICAMENTOS | Unidade Medida | QUANT |
|---|---|---|---|
| | **FIOS** | | |
| 438-6 | Cera para osso | Und | |
| 412-0 | Fio - Cat gut cromado 0 | Envelope | |
| 413-8 | Fio - Cat gut cromado 2.0 | Envelope | |
| 414-6 | Fio - Cat gut cromado 3.0 | Envelope | |
| 415-4 | Fio - Cat gut cromado 4.0 | Envelope | |
| 421-9 | Fio - Mononylon 2.0 | Und | 02 |
| 422-7 | Fio - Mononylon 3.0 | Und | |
| 423-5 | Fio - Mononylon 4.0 | Und | |
| 424-3 | Fio - Mononylon 5.0 | Und | |
| 425-1 | Fio - Mononylon 6.0 | Und | |
| 426-0 | Fio - Polycot 0 s/ag | Envelope | |
| 428-6 | Fio - Polycot 2.0 s/ag | Envelope | |
| 429-4 | Fio - Polycot 3.0 s/ag | Envelope | |
| 800-5 | Fio - Prolene 0 | Und | |
| 430-8 | Fio - Prolene 2.0 | Und | |
| 810-9 | Fio - Prolene 3.0 | Und | |
| 861-3 | Fio - Prolene 4.0 | Und | |
| 837-0 | Fio - Prolene 5.0 | Und | |
| 862-1 | Fio - Prolene 6.0 | Und | |
| 823-0 | Fio - Seda 2.0 | Und | |
| 431-6 | Fio - Seda 3.0 | Und | |
| 432-4 | Fio - Vicryl 0 | Und | |
| 433-2 | Fio - Vicryl 2.0 | Und | |
| 434-0 | Fio - Vicryl 3.0 | Und | 01 |
| | Fio - Vicryl 4.0 | Und | |
| 436-7 | Fio - Vicryl 6.0 | Und | |
| | deo Flex | | 01 |

CIRURGIA: Politraumatismo Facial

CIRURGIÃO: Dr. George

1º AUXILIAR: Dr Bruno

2º AUXILIAR: Dr. Bymariel

3º AUXILIAR:

ANESTESIOLOGISTA: Dr. Daniel

ANESTESIA:

HR. INÍCIO: hr

HR. TÉRMINO: hr

CIRCULANTE: Iris + Poliana

Este documento foi gerado e assinado digitalmente por MARCELO [redacted] Secretaria Judiciária do Estado do Ceará, protocolado em [redacted] sob o número 01777132420178000001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.



**IRMANDADE BENEFICENTE SANTA CASA DE FORTALEZA**

# Check-list Cirurgia Segura

NOME: Simone Deliz dos Santos CLÍNICA: P.S.

PRONTUÁRIO: 1074679 LEITO: 127 DATA: 18/05/16

## Antes da Indução Anestésica

**IDENTIFICAÇÃO**

Paciente confirmou:
- [x] Jejum
- [x] Identificação do paciente
- [x] Local da cirurgia a ser feita
- [x] Procedimento a ser realizado
- [x] Consentimento

- [x] Demarcação do Sítio Cirúrgico
- [ ] Não se aplica

- [x] Checagem do material cirúrgico

- [x] Checagem do material anestésico

- [x] Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O Paciente tem alguma alergia?
- [x] Não
- [ ] Sim _____

Há riscos de Via Aérea difícil e/ou Broncoaspiração?
- [x] Não
- [ ] Sim e há equipamento disponível

Há riscos de perda sanguínea > 500ml (7ml/Kg em crianças)
- [x] Não
- [ ] Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição

## Antes de Iniciar a Cirurgia

**CONFIRMAÇÃO**

Todos do profissionais da equipe confirmam nomes e profissões:
Cirurgião: Dr. George
Auxiliar: Dr. Brunno / Dr. Emmanuel
Anestesista: Dr. Daniel
Enfermeiro(a): Debora
Instrumentador(a): Saulo
Circulante: Luis Polliana

- [x] Cirurgião. [x] Anestesista [x] e enfermagem confirmam verbalmente
# Identificação do paciente
# Local da cirurgia a ser feita
# Procedimento a ser realizado

Antecipação de Eventos Críticos
- [x] Revisão do Cirurgião:

Há passos críticos na cirurgia? Não
Qual sua duração estimada? 1 hora
Há possíveis perdas sanguíneas? Não

- [x] Revisão do Anestesista:

Há alguma preocupação em relação ao paciente? Não

- [x] Revisão da Enfermagem:

Houve correta esterilização do instrumental cirúrgico/estão dentro do prazo de validade? [x] Sim [ ] Não
Há alguma preocupação em relação aos equipamentos? [ ] Sim [x] Não

O Antibiótico profilático foi administrado nos últimos 60 minutos?
[x] Sim [ ] Não se aplica

Exames do paciente estão disponíveis?
[x] Sim [ ] Não se aplica

## Antes do Paciente sair da Sala de Cirurgia

**REVISÃO**

Enfermagem confirma verbalmente com a Equipe
- [x] Nome do procedimento realizado
- [x] Se a contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta
- [ ] Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente
- [ ] Se houver algum problema com equipamentos que deve ser resolvido.

- [x] Cirurgião, Anestesista e enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós-anestésica e pós-operatória do paciente:

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Buco-Máxilo-Facial
CRO-CE 6294

Médico(a)/ Carimbo

Enfermeiro(a)/ Carimbo

Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

# RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Número do Prontuário: 1074679

Nome: Simone Felix dos San tos | Idade: | Sexo: M

Clínica: CTBMF | Ent.: | Leito: 147 | Procedência: IJF

Endereço do Paciente: | Telefone:

Nome do Responsável: | Telefone:

Data da Internação: 02.05.2016 | Data da Alta: 21.05.2016

## Resumo Clínico

Paciente vítima de trauma facial por acidente motociclistico dia 02.05.2016 com diagnostico de politrauma facial.

## Exames Realizados

Exames: físico, laboratoriais e de imagem

## Terapêutica Utilizada

Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula em 18..05.2016: Osteotomia de Mandíbula (04.04.02.0-461) Osteossíntese de Fratura de Mandibula (04.04.02.0-500). Redução das Frat.Alveolares (04.04.02.0-577)

## Condições de Alta

Melhorado: X | Curado: | Encaminhamento:

Retorno em: 31.05.16 às 08:00h no Ambulatório de Cirurgia Maxilofacial. Sala 17, com Dr. George Gomes

## Diagnóstico Final

Politrauma de face

## Observações

Paciente atendido pelo SUS

Dr. Paulo Henrique R. Carvalho
Cirurgião Traumatologia
Buco - Máxilo - Facial
CRO-CE 6605

Data: 21 / 05 / 2016

Nome do Médico - CRM e Carimbo



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PER[illegible] Justiça do Estado do Ceara, protocolado [illegible] sob o número 01777132420178060001 [illegible]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 5068EB7F.

# IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

## EVOLUÇÃO DO PACIENTE

PRONT. N.º [illegible] NOME: Simone Felix LEITO: 127

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

| DATA | DESENVOLVIMENTO |
|---|---|
| 02/05/16 | # ADMISSÃO #<br># SIMONE FELIX DOS SANTOS, 36a, JH DOR<br>- DP: ACIDENTE DE MOTO.<br># PACIENTE RELATA HA 1 DIA ACIDENTE DE MOTO. PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO NO HGF, ONDE REALIZOU TC DE CRÂNIO SEND. ENCAMINHADA PARA ESTE HOSPITAL.<br># NEGA HISTÓRIA DE DMG. FAZIA USO DE MAMOPIRAZOL<br>- REFERE DIAGNOSTICO DE ANEMIA, FAZENDO USO DE SULFATO FERROSO + VITAMINA C.<br>- NEGA ALERGIAS.<br># AO EXAME<br>EGR, NIDOCORADA, EUPNEICA, AFEBRIL, COLABORANTE, ORIENTADA<br>AP: MV+, SEM RA<br>AC: RCR, BNRNF, SEM SOPRO<br>ABD: PLANO, SEM DOR À PALPAÇÃO<br>EXT: ∅ EDEMA, ESCORIAÇÕES NOS MEMBROS<br>CONFERIDA PRESENÇA EDEMA DE FACE COM ESCORIAÇÕES.<br># CD: ① SOLICITO MORFINA<br>② Px ANALGESIA COM DIPIRONA + TRAMAL<br><br>DRA CAMILA SALEM<br>MEDICA - CREMEC 14470 |
| | GINECOLOGIA (06/05/16)<br>Pc vítima de acidente de moto há dias, refere sangramento uterino há 1 hora após uso de anticoncepcional<br>relata episódio de queimação prévio ao acidente, relata mioma uterino no momento, refere sangramento uterino moderado<br>Cf: - fugiro transanal Lang N 8/86<br>- solicito USG - transvaginal<br><br>Dr. André Schlachter<br>Ginecologia Obstetrícia<br>CREMEC 12411 |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justica do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

Data: 18/05/16

# FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Simone Felix dos santos

| Nº Prontuário: 1074679 | Nº Controle: | Enf. P.09 | Leito: 127 |
|---|---|---|---|
| Cirurgião: Dr. George | Tempo da Sala: | Tempo de Oxigênio: | |

| IDADE | PESO | ALTURA | SEXO | TEMP. | PULSO | RESP. | PR. ART MAX/MIN |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 36 | | | F | | | | |
| TIPO SANGUÍNEO | HEMÁCIAS | HEMOGLOBINA | HEMATÓCRITO | GLICEMIA | UREIA | URINA | |

Ap. Respiratório: MV+ s/ RA
Ap. Circulatório: RCR 2T BNF
Ap. Digestivo: Dentes: Pescoço:
Ap. Urinário:
Diagnóstico Pré-Operatório: Colecistite Crônica Risco
Anestesias Anteriores:

| Medicação Pré-Anestésica: | Aplicada às: | Efeito: |
|---|---|---|
| | | |

Asma: Bronquite:
E.C.G.:
Alergia:
Estado Mental:
Ataraxicos:
Corticóides:
Hipotensores:
Outras Drogas:

Agentes Anestésicos: 20 — TSG — Ulbra

Líquidos: 80 — ML

CÓDIGO — P. Arterial O. Pulso O. Respiração Anestesia O. Operação: 260, 240, 220, 200, 180, 160, 140, 120, 100, 80, 60, 40, 20

INDUÇÃO
Satisf. Excit.
Tosse
Laringuespasmo Lenta
Náuseas Vômitos
Outros

MANUTENÇÃO
1. Fentanil, Cimetidina, Prefenac
2. Leite materno
3. Pro-O2 5L, Fentanil 25g, Ampicilina 1g, Atropina 0,5g

Anestesias Satisfatórias: SIM NÃO
Reflexos na S.O.: Obstr. Co² Excit. Náuseas Vômitos Outros
Para o leito com cânula: SIM NÃO
Condições

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: Refluxo Alcoólico, Desidratação Leve

POSIÇÃO: Decúbito Dorsal
AGENTES: Propofol 150 + TSO
TÉCNICA: Geral Balanceada
OPERAÇÃO: Colecistectomia
CIRURGIÕES: Dr. George
ANESTESISTAS:

TEMPO DE ANESTESIA: Das: hrs. às hrs. = Minutos
Anestesista: C.R.M. 10883

Perda sanguínea aprox. ml
Volume sanguíneo repouso ml

Dr. Daniel Alves Maciel
Médico Anestesiologista
CREMEC 10883

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

# Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

## Assistência de Enfermagem Perioperatória

36 anos

Paciente: Simone Felix dos Santos Prontuário: 1074679

Leito: 127 Clínica: P.S.

ADMISSÃO NO CENTRO CIRÚRGICO: DATA: 18/05/16

• Presença de Exames:

| EXAMES | | SIM | NÃO |
|---|---|---|---|
| Exames Laboratoriais | | X | |
| Raio X | 3 Peliculas | X | |
| Tomografia | 3 fotos | X | |
| Eletrocardiograma | | X | |
| Ultrassom | | | |
| Outros | | | |

Ausência de Exames: ( )

• Consentimento operatório assinado: (X) SIM ( ) NÃO

• Presença de Adornos: (X) NÃO ( ) SIM

• Chegou ao Centro Cirúrgico: ( ) Deambulando ( ) Maca (X) Cadeira de Rodas

• Alergias a Medicamentos: (X) NÃO ( ) SIM Qual?

• Preparo para Cirurgia: (X) Jejum ( ) Clíster ( ) Alimentou-se

• Nível de Consciência: (X) Consciente/Orientado ( ) Desorientado ( ) Gemente ( ) Torporoso ( ) Inconsciente

• Oxigenoterapia: (X) Espontâneo ( ) Cateter Oxigênio ( ) Máscara de Venturi ( ) Traqueostomo ( ) Tubo Endotraquial

• Sondagem Nasogástrica: ( ) SIM (X) NÃO // Resíduo: ( ) NÃO ( ) SIM - Cor:

• Sondagem Vesical: ( ) SIM (X) NÃO // Diurese: ( ) NÃO ( ) SIM - Cor:

• Cirurgia Cancelada: (X) NÃO ( ) SIM - Motivo:

Profissional de Enf.: Rita Coren:

TRANS-OPERATÓRIO

Cirurgia: Bifraumatismo Facial Cirurgião: Dr. George Anestesista: Dr. Daniel Anestesia: Geral

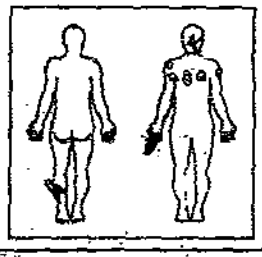
Sala: 06 Circulante: Ius + Poliana Instrumentadora: Paula Início: Fim:

| | | |
|---|---|---|
| ( ) Raios X | ( ) Histopatológico | Discriminar: |
| ( ) Tricotomia | (X) Cultura | |
| ( ) Hemotransfusão | ( ) Citologia Oncótica | |
| ( ) Ex. Laboratoriais | ( ) Outros | |
| ( ) ECG | | |
| ( ) SVD Realizado por: | | |
| ( ) Nenhum dos Anteriores | | |

Anti-sepsia: (X) P. V. P. I. Tópico (X) P. V. P. I. Degermante ( ) Clorexidina 2% Degermante (X) Álcool 70%

Intercorrência em sala de cirurgia:

| POSIÇÃO DO PACIENTE NA MESA CIRÚRGICA | LEGENDA |
|---|---|
| (X) DD | ▲ Placa de Bisturi |
| ( ) DD Elevado | ● Monitoração Cardíaca |
| ( ) DV | X Incisão Cirúrgica |
| ( ) DLD | □ Faixa de Smarch |
| ( ) DLE | ◆ Oxímetro de Pulso |
| ( ) Ginecológica | |
| ( ) Trendelemburg | |
| ( ) Outras: | |



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 15:28:17 - 06/00001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

# RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Número do Prontuário: 1074679

Nome: Simone Felix dos San tos | Idade: | Sexo: M

Clínica: CTBMF | Enf: | Leito: 147 | Procedencia: UF

Endereço do Paciente:

Nome do Responsável:

Telefone:

Telefone:

Data da Internação: 02.05.2016 | Data da Alta: 21.05.2016

## Resumo Clínico

Paciente vítima de trauma facial por acidente motociclistico dia 01.05.2016 com diagnostico de politrauma facial.

## Exames Realizados

Exames: físico, laboratoriais e de imagem

## Terapêutica Utilizada

Tratamento cirúrgico de fratura complexa de mandíbula em 18..05.2016: Osteotomia de Mandíbula (04.04.02.0-461) Osteossíntese de Fratura de Mandíbula (04.04.02.0-500). Redução das Frat.Alveolares (04.04.02.0-577).

## Condições de Alta

Melhorado: X | Curado: | Encaminhamento:

Retorno em: 31.05.16 às 08:00h no Ambulatório de Cirurgia Maxilofacial, Sala 17, com Dr. George Gomes

## Diagnostico Final

Politrauma de face

## Observações

Paciente atendido pelo SUS

Dr. Paulo Henrique Carvalho
Cirurgia e Traumatologia
Bucco - Maxilo - Facial
CRO-CE 6605

Data: 21 / 05 / 2016

Nome do Médico - CRM e Carimbo



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO [illegible], protocolado em [illegible], sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.



**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| HORA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RESULTADO | | | | | |
| INSULINA | | | | | |

| H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|
| 6 | 120x70 | 36º | | |
| 20:00 | 120x80 | 36º | | |

ENF.: LEITO: 127 Nº PRONTUÁRIO:

NOME: SIMONE FELIX DOS SANTOS

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM / OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 18/05/16 | 1) Dieta zero | Att | Manhã: Cliente aguarda chamada C.C. nega hipertensão, diabetes + alergia [illegible] | |
| | 2) SF 0,9% 1000ml → EV 28 gt/min | [illegible] | | |
| | 3) SG 5% 1000ml | 17 23 05 11 | | |
| | 4) Ampicilina 1g EV 6/6h | 23 | | |
| | 5) Profenid 100mg EV 12/12h | 22 08 14 | | |
| | 6) Dexametasona 10mg EV 8/8h | 17 23 05 11 | | |
| | 7) Dipirona 1g EV 6/6h | 22 02 06 14 | | |
| | 8) Atrovent 50mg EV 8/8h | 18 02 10 | | |
| | 9) Plasil 2:1 ABD EV 8/8h | Rotina | | |
| | 10) SSVV + CCGG | Manter | Tarde: [illegible] 18.05.16 [illegible] | |
| | 11) Cabeceira elevada 30° | Att | [illegible] | |
| | 12) Avaliação da [illegible] | Att | [illegible] | |
| | 13) Avaliação [illegible] | Att | [illegible] | |
| | 14) Dieta [illegible] | SN | [illegible] | |
| | 15) [illegible] S/N | | [illegible] | |
| | Dr. Bruno Frota, Cirurgião Buco-Maxilo-Facial, CRO-CE 6294 | | Manhã 19.05.16: Paciente consciente, orientado, verbaliza, deambula no 1º P.O de cirurgia de politrauma de face, segue em obs. de enfermagem — | |
| | [illegible] | [illegible] | | |

Carimbos: [illegible] CRM 9362; COREN-CE [illegible]

Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 69

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| GLICEMIA | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | 20.05 | 10:20 | 110x80 | | | |
| HORA | | | | | | | | | |
| RESULTADO | | | | | | | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

~~SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127~~

NOME: | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 19/05 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | TANCIA 19/05 | |
| | AMPICILINA 1G EV 6 EM 6H 1º/10 | 17 ~~23~~ 05 11 | PACIENTE EVOLUI | |
| | DEXAMETASONA 4MG EV 08 EM 08H | ~~17~~ ~~23~~ 05 | CONSCIENTE, ORIENTADA | |
| | PROFENID 100MG EV 12 EM 12H | ~~23~~ 10 | E MALIZA, COOPERATIVA | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 17 ~~23~~ 05 11 | SEM OUTRAS CLINICAS | |
| | SULFATO FERROSO 40MG VO 2X AO DIA | ~~17~~ 05 | PRESCRIÇÃO SEM ALTERAÇÃO | |
| | ÁCIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | ~~17~~ | CURATIVO CIRURGICO | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | ~~17~~ | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | Noite 19.05.16 | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | CIENTE | Cliente operada (Septo) | |
| | SSVV + CCGG | T N M | evolui consciente, ori- | |
| | AGUARDO RX P.O. | | entada, segue em | |
| | | | observação de enfermagem. | Edu |
| | | | | 182249 |
| | | | manhã 20.05.16 | |
| | | | PA 110x80mmHg | |
| | | | T 36 | |
| | | | Cliente consciente | |
| | | | orientado no | |
| | | | pós operatório | |
| | | | segue em observação | |
| | | | Bom | |

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Bucomaxilo-Facial
CRO/CE 6294

Cibele Maria Lima Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 001.629.812

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO [illegible] e Estado do Ceará, protocolado em 17/07/2024 [illegible] 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 70

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 15:00 | 120x70 | 38,3°C | | |
| HORA | | | | | 20:00 | 120x80 | 36 | | |
| RESULTADO | | | | | | | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES 20/05 | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 20/05/16 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | SND | Pcte encontra-se consciente, orientada, verbaliza, deambula sem ajuda, aceita dieta medicação, segue sem ajuda dos que em | |
| | AMPICILINA 1G EV 6 EM 6H | 23 05 11 17 | | |
| | DEXAMETASONA 4MG EV 08 EM 08H | 02 06 14 | | |
| | PROPENID 100MG EV 12 EM 12H | 02 10 | | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 17 23 05 11 | | |
| | SULFATO FERROSO 40MG VO 2X AO DIA | 11 17 | | |
| | ÁCIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | 11 | Evolui 20.05.16 pela | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | 11 | hemodinamicamente estável, sem queixas, mantendo em o período | |
| | CABECEIRA ELEVADA | manhã! | | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | 17 23 05 11 | deambulando, aceita a dieta oferecida, | |
| | SSVV + CCGG | m t n | | |
| | AGUARDO RX P.O | noite! | mantido acompanhado | |
| | | | | |
| | | Enfermeira | Pct 21.05.16 | |
| | | 17:00. | Pct pede p/ alta hospitalar às 11:00h. | |
| | | | consciente, orientado verbalizando, em companhia de familiares. | |

Dr. Stélio Araújo Neto
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
CRO/CE

Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 71

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | | | | | | | | | |
| RESULTADO | | | | | | | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127

ENF.:

LEITO: 127

Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 21/05/16 | ~~DIETA LIQUIDA/PASTOSA~~ | | Hl – sem dor | |
| | ~~AMPICILINA 1G EV 6 EM 6H~~ | 17 23 05 11 | hospitalar no campo. | |
| | ~~DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H.~~ | 17 23 05 11 | uma de tomadas – | |
| | SULFATO FERROSO 40MG VO 2X AO DIA | 17 05 | | |
| | ÁCIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | 17 | | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | 17 | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | | | |
| | SSVV + CCGG | | | |
| | alta hospitalar | | | |

Dr. Paulo Henrique R. Carvalho
Cirurgia e Traumatologia
Buco - Maxilo - Facial
CRO-CE 6885

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FRANCISCO PEREIRA BRANDAO e Thaunan [illegible] protocolado em 17/10/2017 às 13:01:50 0 hashed [illegible]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 72

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 17.4 | 12x8 | 37° | 78 | 19 |
| HORA | 23:00 | 05:00 | | | 00h | 12x80 | 36 | 75 | 19 |
| RESULTADO | 143 | 109 | | | | | | | |
| INSULINA | ø | ø | | | | | | | |

NOME: Simone Felix dos Santos | ENF.: | LEITO: 327. | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 02/05/2016 | (1) DIETA VO LÍQUIDA QUE TOLERAR, ASSISTIDA E COM A PACIENTE SENTADA | | 02/05 16 Tarde: Paciente consciente, orientada, TTO, [illegible] | |
| | (2) SF0,9% - 1500 ml EV 24 CONTÍNUO | 20h 22h 06 | | |
| | (3) ONEPRAZOL 40 mg EV 1x DIA | | | |
| | (4) DIPIRONA 2ml + 1ml AD EV 6/6 H. | 00 03 08 14 | | |
| | (5) TRAMAL 100 mg + 100 ml SF0,9% EV LENTO 8/8H NEVO SE NECESSÁRIO | SN 24:00 | | |
| | (6) PLASIL 2ml + 1ml AD EV LENTO 8/8H SIV. | SN | | |
| | (7) GLICEMIA CAPILAR EM JEJUM. | | | |
| | (8) PA 6/6H. | 2h 05 | | |
| | (9) CAPTOPRIL 25 mg - VO SE PAS ≥ 180 e/ou PAD ≥ 110 mmHg | SN | | |
| | (10) HIGIENE ORAL COM CLOREXIDINA NÃO ALCOÓLICA 3x DIA. | | | |
| | (11) LIMPEZA DOS FERIMENTOS | | | |
| | (12) SSN + [illegible] | | | |

DRA. CAMILA SALGAN
MÉDICA CREMEC 14420

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

manhã 02.05.16 pt. [illegible] 24h [illegible] 24h [illegible] 2h [illegible] (5)

manhã 03.05.16
Paciente consciente, orientada, com politrauma de face, aguarda TTO cirúrgico, segue em dia de enfermagem

Fco. Eduardo Peixoto Filho
Técnico em Enfermagem
COREN: 257[illegible]

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO GURGEL DE CARVALHO, Usuário do Estado do Ceará, protocolado em 24/07/2017 08:06:00 sob o número 01777132442017806000112800000
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 73

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|
| | 14h | 120x70 | 36,2 | 69 | 18 |
| HORA | 20 | 120x80 | | | |
| RESULTADO | | | | | |
| INSULINA | | | | | |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | 03/05/16 Tarde. | |
| | ~~keflin 1 g ev 6/6 hs ev D1-D10~~ | ~~14 23 05 11~~ | Pte. consciente, orientado | |
| | ~~Profenid 100 mg + 100 ml sf 12/12 hs D1-D5~~ | ~~14 20 05 11~~ | Pelo sol. gado pode | |
| 03 | ~~DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H~~ | ~~14 22 05~~ | Dieta pastosa, diurese | |
| 05 | ~~ANTAK 1 AMP. EV 8.8HRS~~ | | espontânea, deambula | |
| | ~~CABECEIRA ELEVADA~~ | CIENTE | com ajuda, segue estável | |
| 16 | ~~HIGIENE ORAL 4X DIA~~ | | com dedo, ok e enfermeira | |
| | SSVV + CCGG | | fa | |
| | SOLICITO PRE OP E OPMES | ~~T~~ N M | | |
| | Óleo dersani - 3x ao dia | M | NOITE = PCI CONSCIENTE ORIENTADA, VERBALIZANDO, REPOUSA NO LEITO. SEGUE EM OBS | |

Jorge Gi[illegible]ção
[illegible]gia e Traumatologia
[illegible]co- Maxilo-Facial
CRO-7[illegible]

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| HORA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RESULTADO | | | | |
| INSULINA | | | | |

| H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|
| 8h | 120x80 | 36 | | |
| 14h | 120x80 | 37º | 72 | 18 |
| 20h | 120x80 | 37º | 72 | 18 |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 04 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | manhã 04.05.16 | |
| maio | keflin 1 g ev 6/6 hs ev D2-D10 | 17 23 05 11 | PA 120x80 mmHg | |
| 2016 | Profenid 100 mg + 100 ml sf 12/12 hs D2-D5 | 23 10 | T 36 | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 17 23 05 11 | cliente consciente | |
| | ANTAK 1 AMP. EV 8.8HRS | 14 22 06 | orientada, [illegible] | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | [illegible] | Cleide Maximiana Pereira Téc. de Enfermagem COREN-CE 001.038.842 |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | CIENTE | [illegible] segue [illegible] | |
| | SSVV - CCGG | T N M | [illegible] enfer- | |
| | SOLICITO PRE OP E OPMES | | | |
| | Eymard Vieira Borges Cirurgia e Traumatologia Buco Maxilo Facial CRO 1930 | | Tarde 04/05/16 | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | Noite 04.05.16 [illegible] | Eduardo Peixoto Irineu Técnico em Enfermagem COREN 257.207 |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | [illegible] | |
| | | | manhã 05.05.16 | |
| | | | PA 110x80 mmHg T 36C | |
| | | | cliente aguardando [illegible] | |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça, protocolado em 17/10/2017 às [illegible], sob o número [illegible]0001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO [illegible] Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, sob o número 01777132420178[illegible]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

1825111

FLS. 75

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|
| | 19:00 | 110x70 | 36-C | | |
| HORA | | | | | |
| RESULTADO | | | | | |
| INSULINA | | | | | |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 05/05/16 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | tarde, 05.05.16 | |
| | ~~CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D1-D10~~ | ~~17~~ ~~05~~ | Pct consciente, orientada, verbaliza, deambula com auxílio, em ar ambiente, SSVV estáveis. Aceita dieta + medicação s/ queixas. Segue sob cuidados da enfermagem — | |
| | ~~CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D1-D10~~ | ~~14~~ ~~22~~ ~~06~~ | | |
| | ~~Profenid 100 mg + 100 ml sf 12/12 hs D3-D5~~ | ~~17~~ ~~20~~ ~~10~~ | | |
| | ~~DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H~~ | ~~17~~ ~~23~~ ~~05~~ ~~11~~ | | |
| | ~~ANTAK 1 AMP. EV 8.8HRS~~ | ~~14~~ ~~22~~ ~~08~~ | | |
| | ~~CABECEIRA ELEVADA~~ | | | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | CIENTE | | |
| | SSVV + CCGG | ~~T~~ N M | | |
| | AGUARDO EXAMES PRE OP E OPMES | ~~14~~ ~~22~~ ~~06~~ M | noite 05.05.16 Cliente consciente, orientada, com dificuldade para deambular, pós medicada c/m. Realizou Rx. Segue aos cuidados de enfermagem. — | |
| | Dr. Bruno Frota Cirurgião Buco-Maxilo-Facial CRO-CE 9294 | | manhã 06.05.16 Paciente consciente, orientada, com politrauma de face, aguardando cirurgia. Segue em obs. de enfermagem. PA: 110X80 mmHg | |

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| GLICEMIA | | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | 14h | 120x80 | 36 | 78 | 18 |
| HORA | | | | | | 20:00 | 130/80 | | | |
| RESULTADO | | | | | | | | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | | |

**NOME:** SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | **ENF.:** | **LEITO:** 127 | **Nº PRONTUÁRIO:**

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| | | | 06/05/16 [illegible] | |
| | DIETA LIQUIDA/PASTOSA APÓS AS 22:00 HRS DIETA ZERO | | Pcte. [illegible], [illegible] | [illegible] |
| 06 | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D2-D10 | 17 05 | [illegible] | |
| | CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D2-D10 | 14 22 06 | dieta [illegible] | |
| 05 | Profenid 100 mg + 100 ml sf 12/12 hs D4-D5 | 22 10 | [illegible] | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 17 23 08 11 | [illegible] | [illegible] |
| 16 | ANTAK 1 AMP. EV 8.8HRS | 14 22 06 | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | SN – 06.05.16 | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | | Pct [illegible] consciente | |
| | SSVV + CCGG | T N M | orientada, verbaliza | |
| | AGUARDO OPMES | | [illegible], ACP [illegible] | |
| | | | [illegible], aceito dieta [illegible], deambula e segue em | |
| | Dra. [illegible] Karolyne L. Carvalho Cirurgia Buco-Maxilo-Facial CRO 7644 | | observação | [illegible] Araújo Téc. de Enfermagem COREN-CE 038.149 |

Este documento é cópia do original, [illegible] MARCELO PEREIRA BRANDAO e [illegible], protocolado em 17/10/2017 [illegible] 8060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

fls.77

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 09:00 | 130/70 | 36,°C | | |
| HORA | | | | | 16:40 | 120/80 | 36,5°C | | |
| RESULTADO | | | | | 20 | 120/80 | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 07/05/16 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | mt. 07.05.16 | |
| | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D3-D10 | 17 05 | Pcl consciente, orientado, verbaliza, deambula, com ou sem auxílio, SSVVV estáveis, Aceita dieta + medicação, Aup. hepanizado, s/ queixas. Segue com cuidados da enfermagem | Clecia Rocha 886 |
| | CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D3-D10 | 14 22 06 | | |
| | ~~Profenid 100 mg + 100 ml sf 12/12 hs D5-D5~~ | 17 22 10 | | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 17 23 05 17 | | |
| | ~~ANTAK 1 AMP. EV 8.8HRS~~ | 14 22 06 | | |
| | ~~TRANSAMIN 01 AMP EV 08 EM 08H ADMINISTRAÇÃO LENTA~~ | 14 22 06 | | |
| | ~~SULFATO FERROSO 150 MG VO 3X AO DIA~~ | NP | | |
| | ~~ÁCIDO FÓLICO 50MG VO 1X AO DIA~~ | NP 17 | | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | Manter | MOTO: pcl consciente orientado, verbalizando ao deitar no leito. SEGUE EM OBS | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | 17 17 23 05 | | |
| | SSVV + CCGG | N 7 N | | |
| | AGUARDO OPMES E USG PÉLVICA | | | |

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CROCE 6204

397462

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA [illegible] Tribunal de Justiça do Estado do Ceará [illegible] de 13/01/2017 às 13:01, sob o número 01777132420178060001.
Para verificação da autenticidade, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO CAVALCANTE:[illegible] e por [illegible] MARCELO OLIVEIRA [illegible], protocolado em 17/10/2017 [illegible] sob o número 01777[illegible]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 78

# IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| GLICEMIA | | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | | | | | | 8h | 130x80 | 36°C | | |
| RESULTADO | | | | | | 14h | 120x70 | 36°C | | |
| INSULINA | | | | | | 20h | 120x80 | 36° | | |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127

ENF.: LEITO: Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 08 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | manhã 09.05.16 | |
| 05 | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D4-D10 | | cliente consciente | |
| | CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D4-D10 | | orientado aceitando | |
| 16 | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | | dieta VO e clínico | |
| | ANTAK 1 AMP. EV 8.8HRS | | clínico segue em | |
| | TRANSAMIN 01 AMP EV 08 EM 08H ADMINISTRAÇÃO LENTA | | obs de Enfermagem | |
| | SULFATO FERROSO 150 MG VO 3X AO DIA | | | |
| | ÁCIDO FÓLICO 50MG VO 1X AO DIA | | tarde 08.05.16 | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | | cliente consciente | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | orientado aceitando | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | | dieta VO e clínico | |
| | SSVV + CCGG | | segue em | |
| | AGUARDO OPMES E USG PÉLVICA | | obs de Enfermagem | |
| | | | noite 08.05.16 | |
| | | | cliente consciente | |
| | | | orientado aceitando | |
| | | | dieta VO e clínico | |
| | | | manhã 09.05.16 | |
| | | | PA 110x70 mmHg | |
| | | | T 36°C | |
| | | | cliente consciente | |
| | | | orientado aceitando | |
| | | | dieta VO e clínico | |
| | | | realizado os CC | |

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE 6294

Eduardo Pérolo Filho
Técnico em Enfermagem
COREN 257220

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em [illegible] 01777113-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01777113-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 79

10070741

# IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|
| | 16:00 | 100x80 | 36°C | | |

| HORA | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| RESULTADO | | | | | |
| INSULINA | | | | | |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127

ENF.: LEITO: 127 Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 05/05 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | 04/05/16 Retevolução com cirurgia quinta-feira. Cirurgia geral. Na dieta V.O desenvolvendo de-[illegible] que em dois [illegible] da esq. Ate [illegible] não [illegible] dois medicamentos sul-fato ferroso + ácido fólico. Pois a mãe pres-crita estava [illegible] do hospital foi chamado [illegible] para [illegible] a mãe o mesmo estava em [illegible] | |
| | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D5-D10 | 3ND 05 | | |
| | CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D5-D10 | 14 22 06 | | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 14 22 05 | | |
| | ANTAK 1 AMP. EV 8 8HRS | 14 22 06 | | |
| | TRANSAMIN 01 AMP EV 08 EM 08H ADMINISTRAÇÃO LENTA | 14 22 06 | | |
| | SULFATO FERROSO 150 MG VO 3X AO DIA, digo 40mg. | 22 06 | | |
| | ÁCIDO FÓLICO 50MG VO 1X AO DIA, digo 5 mg. | | | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | mamãe! | | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | CIENTE | | |
| | SSVV + CCGG | | | |
| | AGUARDO OPMES E USG PELVICA | N M | | |

Dr Breno Souza Benevides
CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA
BUCO MAXILO - FACIAIS
CRO CE 4870

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará em 17/10/2017 16:54:00.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

fls. 80

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| GLICEMIA | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | | | | | 16:25 | 110x70 | 36,9°C | | |
| RESULTADO | | | | | | | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: SIMONE FELIX DOS SANTOS LEITO 127

ENF.: LEITO: 127 Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 10/05/16 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | tarde 10.05.16 | |
| | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D6-D10 | 14 / 22 / 08 | Pct consciente, orientado, verbaliza, deambula, em ar ambiente, SSVV estáveis, aceita dieta + medicação, AVP heparinizado, s/ queixas. Segue sob cuidados da enfermagem — | Elucidi Rod 386.10 |
| | CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D6-D10 | 14 / 22 / 08 | | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 14 / 22 / 06 | | |
| | ANTAK 1 AMP. EV 8.8HRS | 14 / 22 / 08 | | |
| | TRANSAMIN 01 AMP EV 08 EM 08H. ADMINISTRAÇÃO LENTA | 14 / 22 / 08 | | |
| | SULFATO FERROSO 40MG VO 3X AO DIA | 14 / 22 / 08 | | |
| | ÁCIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | 14 / 22 / 08 | | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | 14 | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | | | |
| | SSVV + CCGG | | | |
| | SOLICITO NOVO HEMATOLÓGICO. | CIENTE<br>T N M | SN – 10.05.16<br>Pct evolui consciente, orientada, verbalizar, cooperativa, AVP salinizado, aceita dieta oferecida, deambula. Segue em observação — | Elizabete Teixeira COREN-CE 100.176 Técnica de Enfermagem |
| | | | manhã 11.05.16<br>Paciente consciente, orientada, com fratura de mandíbula, aguardando cirurgia, segue sob cuidados de enfermagem. PA 110X80 mmHg — | Maria Ferreira Técnica Enfermagem COREN-CE 223.176 |

Dr. George Gomes
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
CRO: 6960

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará-processoeletronico, número 01777132420178060001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01777132420178060001 e código 308EB7E.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| HORA | | | | |
|---|---|---|---|---|
| RESULTADO | | | | |
| INSULINA | | | | |

| H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|
| 14:00 | 140x70 | 36,8 | | |
| 20 | 120/80 | 36°4 | | |

NOME: SIMONE FELIX DOS SANTOS LEITO 127

ENF.:

LEITO: 127

Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES 11-05-16 | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 11 Maio 2016 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | Tarde- paciente fazendo curativo orientado não realiza deambula segue no leito sem queixas aos cuidados de enfermagem | |
| | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D7-D10 | 17 05 | | |
| | CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D7-D10 | 14 22 06 | | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 17 23 05 17 | | |
| | ANTAK 1 AMP. EV 8 8HRS | 14 22 06 | | |
| | ~~TRANSAMIN 01 AMP EV 08 EM 08H ADMINISTRAÇÃO LENTA~~ | 14 22 06 | | |
| | ~~SULFATO FERROSO 40MG VO 3X AO DIA~~ | 14 22 06 | | |
| | ~~ÁCIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA~~ | 17 | | |
| | ~~VIT C 500MG VO 1X AO DIA~~ | 17 | | |
| | ~~CABECEIRA ELEVADA~~ | | NOTE: PCI, CONSCIENTE, ORIENTADO, LUCIDO, REPOUSO NO LEITO, SOLTO EM ORS | |
| | ~~HIGIENE ORAL 4X DIA~~ | CIENTE | | |
| | ~~SSVV + CCGG~~ | T N M | | |
| | AGUARDO RESULTADO NOVO HEMATOLÓGICO. | | Manhã 12.05.16 PA 100x60mmHg T 36C Cliente consciente orientado Aguardando cirurgia do mo Ginecologico Pf 13.05.16 11:30h | Cicera |

Eymard Vieira Borges
Cirurgia Traumatologia
Buco Maxilo Facial
CRO 1939

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 - sob o número 01777130174207800001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 82

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | | | | | 14:00 | 100x70 | 36° | | |
| RESULTADO | | | | | 90.01 | 110x60 | 36° | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 12/05/16 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | | |
| | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D8-D10 | 17° 05 | | |
| | CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D8-D10 | 14° 22 / 06 | | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 17° 13 / 05 / 14 | | |
| | ANTAK 1 AMP. EV 8.8HRS | 14° 06 | tarde 12.05.16 | |
| | TRANSAMIN 01 AMP EV 08 EM 08H ADMINISTRAÇÃO LENTA | 14° 06 | Pte consciente orientada | |
| | SULFATO FERROSO 40MG VO 3X AO DIA | 14° 06 | verbaliza e acompa- | |
| | ÁCIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | 17° | nhante em observação | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | 17° | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | SN- 12.05.16 | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | CIENTE | Pct. evolui consciente, | |
| | SSVV + CCGG | TNM | orientado, verbaliza | |
| | AGUARDO RESULTADO NOVO HEMATOLÓGICO. | | cooperativa, AVP salei- | |
| | SOLICITO PARECER DA G.O | | nado, aceita dieta de- | |
| | | | ferida, deambula e de- | |
| | | | fe sem observação — | |
| | Dr. Bruno Frota Cirurgião Buco-Maxilo-Facial CRO-CE 6204 | | | |
| | | | manhã 13.05.16 | |
| | | | Paciente consciente, ori- | |
| | | | entada, verbalizy, deam- | |
| | | | bula, aguardando tto | |
| | | | cirurgico, segue com cui- | |
| | | | dados de enfermagem | |
| | | | PA: 120X80 mmHg — | |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 as 13:01 , sob o numero 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| GLICEMIA | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | | | | | 20 | 120/90 | | | |
| RESULTADO | | | | | | | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: SIMOME FÉLIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | | |
| 13 | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D9-D10 | 17 05 | | |
| | CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D9-D10 | 14 22 06 | | |
| 05 | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H | 17 23 05 11 | | |
| | ANTAK 1 AMP. EV 8 8HRS | 14 22 06 | | |
| | TRANSAMIN 01 AMP EV 08 EM 08H ADMINISTRAÇÃO LENTA | 14 22 06 | | |
| 16 | SULFATO FERROSO 40MG VO 3X AO DIA | 14 22 06 | | |
| | ÁCIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | 17 | | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | 17 | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | CIENTE | | |
| | SSVV + CCGG | | | |
| | AGUARDO RESULTADO NOVO HEMATOLÓGICO. | T N M | | |
| | AGUARDO PARECER DA G.O. | NO PRONTUÁRIO | | |
| | | ENCAMINHADA | | |

Dra. Anne Karolynne Câmara
Cirurgia Geral e Vascular
CRO 7544

Monitora Responsável Aux. de Enfermagem COREN 206416

NOTE - DEI, CONSCIENTE ORIENTADO, VERBALIZANDO, REPOUSO NO LEITO. SEGUE EM OBS

MANHÃ 14/05 DIGNO DE ÊXITO HOJE SEM ALTA COIS M.C.P.M SE SEGUE EM OBS DE HOJE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| GLICEMIA | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 14 | 120x9 | 36C | | |
| HORA | | | | | | | | | |
| RESULTADO | | | | | | | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: SIMONE FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 14/05/16 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | SND | T grande 14.05.16 | |
| | CIPROFLOXACINO 400MG EV 12 EM 12H D10-D10 | 14 22 06 | Cliente consciente orientado | |
| | CLINDAMICINA 600MG EV 08 EM 08H D10-D10 | SNA 06 | deitado Queixa | |
| | DIPIRONA 1G EV 06 EM 06H sn | 14 22 06 | dizendo ter dor | |
| | ANTAK 1 AMP. EV 8.8HRS | 14 22 06 | Dico Sequela tem | |
| | SULFATO FERROSO 40MG VO 3X AO DIA | 14 22 06 | AU de Enfer | |
| | ÁCIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | 14 | | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | | SN = Rty sem | |
| | CABECEIRA ELEVADA | manitol | prova estimação | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | 14 23 05 21 | período em dos- | |
| | SSVV + CCGG | m + N | 06h = Reqeixa dor na | |
| | | | região pelvica M.C.P.M | |

Dr. Paulo Henrique R. Carvalho
Cirurgia e Traumatologia
Buco - Maxilo - Facial
CRO-CE 2005

Enfermeira
COREN-CE: 255.067

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 as 13:01 , sob o numero 01777139724201781806 0001 e codigo 308EB7E.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01777139-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 85

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

| GLICEMIA | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HORA | | | | | 09h | 110 X 80 mmHg | | | |
| RESULTADO | | | | | 20 | 110 X 80 | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: ~~SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127~~ ENF.: LEITO: 127 Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 15/04/16 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | SNO | MT 15.05.16 | |
| | DIPIRONA 500 mg vo 6/6 hs sn | SN | Paciente jovem, consciente, orientada, verbaliza, aceita dieta oferecida, aguardando TTO cirúrgico de fratura de face, segue em obs. de enfermagem — | Luciana Ferreira Técnica em Enfermagem COREN-CE 512041 |
| | ANTAK 150 mg vo 12/12 hs | 17 22 05 06 | | |
| | SULFATO FERROSO 40MG VO 3X AO DIA | | | |
| | ACIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | 17 | | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | 17 | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | MONITOR | | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | 17 22 05 11 | | |
| | SSVV + CCGG | M T N | | |
| | | | NOITE: REL, CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZA NÃO REFERIU NADA SEGUE EM OBS — | Soares 9062 |
| | | | manhã 16.05.16 Paciente jovem, consciente, orientada, com fratura de face, aguardando TTO cirúrgico, segue em obs. de enfermagem P.A. 120X80 mmHg | Luciana Ferreira Técnica em Enfermagem COREN-CE 512041 |

Dr. Paulo Henrique N. Carvalho
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE 6805

S. Lima

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01:19 sob o número 01777213-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01777213-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

fls. 86

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 14:00 | 130/80 | 36 | | |
| HORA | | | | | 20:00 | 100/60 | 34 | | |
| RESULTADO | | | | | | ↓ | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: SIMOME FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM — OBSERVAÇÕES 16.05.16 | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| | DIETA LIQUIDA/PASTOSA | | Tarde | |
| | DIPIRONA 500 mg vo 6/6 hs sn | | Pcte sedativo consciente, orientado, verbaliza, deambula, acompanhado, SSVV estáveis, aceita dieta VO + medicação, segue sob cuidados de Enf. | |
| 16/ | ANTAK 150 mg vo 12/12 hs | | | |
| /05 | SULFATO FERROSO 40MG VO 3X AO DIA | | | |
| | ACIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | | | |
| /16 | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | | | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | Noite 16.05.16 | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | CIENTE | Pcte sedativo consciente, orientado, verbaliza, deambula, acompanhado, SSVV estáveis, aceita dieta VO + medicação, segue sob cuidados de Enfermagem | |
| | SSVV + CCGG | T N N | | |
| | Uno — Dr. Breno Souza Benevides, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO - FACIAIS, CRO CE 4870 | | | |
| | Cirurgia prevista para 18/05/16 — Uno — Dr. Breno Souza Benevides, CIRURGIA E TRAUMATOLOGIA BUCO MAXILO - FACIAIS, CRO CE 4870 | | | |

Manhã 17.05.16
Paciente consciente, orientada, verbaliza, deambula, com fratura de face, aguardando TTO cirúrgico, segue em obs. de enfermagem. PA: 120x80

Eduardo Peixoto Júnior, Técnico em Enfermagem, COREN: 257.204

Eduardo Peixoto Júnior, Técnico em Enfermagem, COREN: 257.204

Juliana Ferreira, Técnica em Enfermagem, COREN-CE 41200

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o numero 01777132420178060001
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

# PRESCRIÇÃO MÉDICA

## GLICEMIA

| | | | | | H | P.A. | T. | P. | R. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 15:30 | 110x70 | 36,3° | | |
| HORA | | | | | 20 | 120x80 | | | |
| RESULTADO | | | | | | | | | |
| INSULINA | | | | | | | | | |

NOME: SIMONE FELIX DOS SANTOS LEITO 127 | ENF.: | LEITO: 127 | Nº PRONTUÁRIO:

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM – HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÕES | RÚBRICA |
|---|---|---|---|---|
| 17 | DIETA LIQUIDA/PASTOSA Aze 22H | | Tandi 17.05.16 | |
| 05 | DIPIRONA 500 mg vo 6/6 hs | 17 23 05 11 | Pct consciente, orientado | |
| | ANTAK 150 mg vo 12/12 hs | 17 05 | verbaliza, deambula, em | |
| 16 | SULFATO FERROSO 40MG VO 2X AO DIA | 17 05 | ar ambiente, SSVV estáveis, | |
| | ÁCIDO FÓLICO 5 MG VO 1X AO DIA | 17 | Aceita dieta + medicações, | |
| | VIT C 500MG VO 1X AO DIA | 17 | eliminações fisiologicas | |
| | CABECEIRA ELEVADA | | presentes. S/ queixas sigu | |
| | HIGIENE ORAL 4X DIA | CIENTE | sob cuidados da enferma | |
| | SSVV + CCGG | ✓ N M | gem — Noturno | Ilude Rocha 286.101 |
| | AGUARDO HEMATOLÓGICOS. | | Cliente consciente | |
| | Dieta 26mo Aze 22H | ATENÇÃO | Orientada verbal- | |
| | | | mente aceita | |
| | | | dieta oferecida | |
| | | | Refuse c/ dieta | |
| | | | digo sem dor | |

Dr. George Gomes
Cirurgia Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial ABO
CRO/CE 6968

RECEBEMOS DE BORBA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO

DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NF-e
Nº 000.001.673
SÉRIE: 1

**BORBA COMERCIO DE PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA - EPP**

AVENIDA DOM LUIS, 1200 - TORRE 1 - SALA 1703/1704 - ALDEOTA, Fortaleza, CE - CEP: 60160230 - Fone/Fax: 8534598322

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - Entrada
1 - Saída: 1
Nº 000.001.673
SÉRIE: 1
Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
2316 0572 0757 5700 0155 5500 1000 0016 7312 0453 0321

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA DE MERCADORIA
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 123160029534177 - 27/05/2016 21:39

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. | CNPJ |
|---|---|---|
| 069043930 | | 72.075.757/0001-55 |

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

| NOME/RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| IRMANDADE BENEFIC DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE | 07.273.592/0001-64 | 27/05/2016 |

| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA DE ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|
| RUA BARÃO DO RIO BRANCO, 20 - | CENTRO | 60025-060 | |

| MUNICÍPIO | FONE/FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| Fortaleza | | CE | 060115076 | |

**FATURA**

PAGAMENTO A PRAZO

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.300,32 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 2.300,32 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| | 9 - Sem Frete | | | | |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 20050 | MINI PLACA RETA 16 FUROS 2.0 - ( 0702050474 ) | 90211020 | 040 | 5102 | UND | 2,0000 | 1.150,1600 | 2.300,32 | | | | | |

**CÁLCULO DO ISSQN**

| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---|---|---|---|
| 1150278 | | | |

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
DATA: 18/05/16 PRONT: 1.074.649
PAC: SIMONE FELIX DOS SANTOS MED : DR. JO
SS MARIA SAMAIO

RESERVADO AO FISCO
colorado
05/16
Fol. 68

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel**
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
LEG - DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | SIMONE FELIX DOS SANTOS | RG: | |
| Mãe: | MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS | Atendimento: | 21282-23 |
| DN: | 05/02/1980 | Data Entrada: | 03/05/2016 |
| Sexo: | Feminino | Convênio: | HOS-ORTO |
| Médico Dr(a): | CAMILA FREIRE SALEM DE MIRANDA | Impressão: | 03/05/2016 14:43:38 |
| Leito: | 127 | | |

**Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente**

Material: Plasma (Citrato de Sódio) Data coleta: 03/05/2016 09:54
COD. 17.00.903-0 NOVO CÓDIGO: 02.02.02.014-2

| TEMPO DE PROTROMBINA | | Valor de referência: |
|---|---|---|
| TEMPO DE PROTROMBINA DO PACIENTE...: | 16,2 segundos | 13,5 segundos |
| ATIVIDADE.....: | 70,2 % | 100 % |
| RNI.....: | 1,24 | 1,01 |

Método..: Automatizado - Coagulômetro Coagmaster BR
Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PEREIRA Data de liberação: 03/05/2016 11:43

Material: Plasma (Citrato de Sódio) Data coleta : 03/05/2016 09:54
COD. 00.00.000-0 NOVO CÓDIGO: 02.02.02.014-2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA..: 35,2 segundos

RELAÇÃO.....: 1,0

Valor de referência: 35,5 segundos

Método..: Automatizado - Coagulômetro Coagmaster BR
Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PEREIRA Data de liberação: 03/05/2016 11:43

Dra. Nayane Bezerra Sales Pereira
CRF/CE 4872



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 00177713242017806000 1.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel**
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
LEG
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | SIMONE FELIX DOS SANTOS | RG: | |
| Mãe: | MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS | Atendimento: | 21282-23 |
| DN: | 05/02/1980 | Data Entrada: | 03/05/2016 |
| Sexo: | Feminino | Convênio: | HOS-ORTO |
| Médico Dr(a): | CAMILA FREIRE SALEM DE MIRANDA | Impressão: | 03/05/2016 14:43:38 |
| Leito: | 127 | | |

**Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente**

Material: Soro
COD. 17.02.304-1 NOVO CÓDIGO: 02.02.01.031-7 Data coleta : 03/05/2016 09:54:00

**CREATININA.....: 0,74 mg/dL**

Valores de referência:
Recém-nascido: 0,31 - 0,92 mg/dL
2 semanas - 1 ano : 0,16 - 0,39 mg/dL
1 - < 3 anos: 0,17 - 0,35 mg/dL
3 - < 5 anos: 0,26 - 0,42 mg/dL
5 - < 7 anos: 0,29 - 0,48 mg/dL
7 - < 9 anos: 0,34 - 0,55 mg/dL
9 - < 11 anos: 0,32 - 0,64 mg/dL
11 - < 13 anos: 0,42 - 0,71 mg/dL
13 - < 15 anos: 0,46 - 0,81 mg/dL
Adulto (mulheres): 18 - 74 anos: 0,53 - 1,00 mg/dL
Adulto (homens): 18 - 74 anos: 0,70 - 1,20 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método..: Cinético de dois pontos - Automatizado LABMAX 240

Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PEREIRA Data de liberação: 03/05/2016 11:43

Material: Soro
COD. 17.05.904-6 NOVO CÓDIGO: 02.02.01.063-5 Data coleta : 03/05/2016 09:54:00

**SÓDIO.....: 140,0 mEq/L**

Valores de referência: 136,00 a 147,00 mEq/L

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método..: Eletrodo Seletivo

Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PEREIRA Data de liberação: 03/05/2016 10:55

Dra. Nayane Bezerra Sales Pereira
CRF/CE: 4872

Laboratório participante do Programa Nacional do Controle de Qualidade - PNCQ
O valor preditivo de qualquer teste laboratorial depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel**
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
LEG
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRÁ SÁ / CRM 7513

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | SIMONE FELIX DOS SANTOS | RG: | |
| Mãe: | MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS | Atendimento: | 21282-23 |
| DN: | 05/02/1980 | Data Entrada: | 03/05/2016 |
| Sexo: | Feminino | Convênio: | HOS-ORTO |
| Médico Dr(a): | CAMILA FREIRE SALEM DE MIRANDA | Impressão: | 03/05/2016 14:43:38 |
| Leito: | 127 | | |

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Soro
COD. 17.06.404-0 NOVO CÓDIGO: 02.02.01.069-4 Data coleta : 03/05/2016 09:54:00

**URÉIA**.....: 32,1 mg/dL

Valores de referência:
1 dia a 12 meses: 2 a 34 mg/dL
1 a 13 anos : 8 a 36 mg/dL
Adultos: : 15 a 45 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método..: Colorimétrico Enzimático

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA Data de liberação: 03/05/2016 11:28

Material: Soro
COD. 17.05.504-0 NOVO CÓDIGO: 02.02.01.060-0 Data coleta : 03/05/2016 09:54:00

**POTÁSSIO**.....: 3,69 mEq/L

Valores de referência: 3,50 A 5,50 mEq/L

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método..: Eletrodo Seletivo

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA Data de liberação: 03/05/2016 10:41

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4934
Responsável Técnico

Laboratório participante do Programa Nacional do Controle de Qualidade - PNCQ
O valor preditivo de qualquer teste laboratorial depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel**
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
LEG
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | SIMONE FELIX DOS SANTOS | RG: | |
| Mãe: | MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS | Atendimento: | 21282-23 |
| DN: | 05/02/1980 | Data Entrada: | 03/05/2016 |
| Sexo: | Feminino | Convênio: | HOS-ORTO |
| Médico Dr(a): | CAMILA FREIRE SALEM DE MIRANDA | Impressão: | 03/05/2016 14:43:38 |
| Leito: | 127 | | |

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Sangue Total — Data coleta : 03/05/2016 09:54:00
COD. 17.01.803-0 — NOVO CÓDIGO: 02.02.02.038-0

**HEMOGRAMA COMPLETO**

| | | | Valores de referência: |
|---|---|---|---|
| Hemácias | 3,37 | milhoes/mm³ | 3,9 a 5,3 milhoes/mm³ |
| Hemoglobina | 7,4 | g/dL | 12,0 a 16,0 g/dL |
| Hematócrito | 24,4 | % | 36 a 48 % |
| VCM | 72,4 | fl | 80 a 100 fL |
| HCM | 22 | pg | 27 a 33 pg |
| CHCM | 30,3 | g/dL | 32 a 36 g/dL |
| RDW | 14,5 | % | 11 a 14,5 % |

| | Valores Relativos: | | Valores Absolutos: | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leucócitos totais | | | 7.830 | /mm³ | | 3.600 a 11.000 | /mm³ |
| Blastos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Mieloblastos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Promielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Mielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Metamielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Neutrófilo Bastões | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 5 % | 0 a 410 | /mm³ |
| Neutrófilo Segmentados | 71,6 | % | 5606 | /mm³ | 40 a 78 % | 1700 a 8200 | /mm³ |
| Eosinófilos | 3,8 | % | 297 | /mm³ | 1 a 5 % | 20 a 500 | /mm³ |
| Linfócitos | 17,9 | % | 1403 | /mm³ | 20 a 50 % | 1000 a 4500 | /mm³ |
| Linfócitos atípicos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Basófilos | 0,3 | % | 23 | /mm³ | 0 a 2 % | 0 a 200 | /mm³ |
| Monócitos | 6,4 | % | 501 | /mm³ | 2 a 10 % | 100 a 1000 | /mm³ |

Plaquetas: 443.000 /mm³ — 150.000 a 450.000/mm³

OBS:
Plaquetas morfologicamente normais.
Leucócitos morfologicamente normais.
Hemácia com Anisocitose e Anisocromia
Hipocromia

Método..: Automatizado - ADVIA 120 ou ADVIA 2120i

Liberado por: MARIA V. ABREU DE PAULA ROCHA — Data de liberação: 03/05/2016 12:7:

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número [illegible]
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel**
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7613

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | SIMONE FELIX DSO SANTOS | RG: | |
| Mãe: | MARIA DE FÁTIMA FELIX DOS SANTOS | Atendimento: | 21727-23 |
| DN: | 05/02/1980 | Data Entrada: | 10/05/2016 |
| Sexo: | Feminino | Convênio: | HOS-ORTO |
| Médico Dr(a): | MÉDICO NÃO DEFINIDO. | Impressão: | 12/05/2016 09:56:38 |
| Leito: | 127 | | |

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Data coleta: 10/05/2016 12:13

**PROVA DO LAÇO.....: NEGATIVO**

Valores de referência: Negativo

Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PERE — Data de liberação: 10/05/2016 15:10

---

Material: Sangue — Data coleta : 10/05/2016 12:13

COD. 17.01.103-5 — NOVO CÓDIGO: 02.02.02.009-6

**TEMPO DE SANGRIA.....: 1:30 minutos/segundos**

Valores de referência: De 1:00 a 3:00 minutos

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PEREIRA — Data de liberação: 10/05/2016 15:10

---

Material: Sangue — Data coleta : 10/05/2016 12:13

**TEMPO DE COAGULAÇÃO.....: 5:00 minutos/segundos**

Valores de referência: De 5:00 a 8:00 minutos

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PEREIRA — Data de liberação: 10/05/2016 15:10

---

Dra. Nayane Bezerra Sales Pereira
CRFIGE: 4872



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel**
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratoriodedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | SIMONE FELIX DSO SANTOS | RG: | |
| Mãe: | MARIA DE FÁTIMA FELIX DOS SANTOS | Atendimento: | 21727-23 |
| DN: | 05/02/1980 | Data Entrada | 10/05/2016 |
| Sexo: | Feminino | Convênio: | ~~HOS-ORTO~~ |
| Médico Dr(a): | MÉDICO NÃO DEFINIDO. | Impressão: | 12/05/2016 09:56:38 |
| Leito: | 127 | | |

**Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente**

Material: Sangue Total — Data coleta : 10/05/2016 12:13:00
COD. 17.01.803-0 — NOVO CÓDIGO: 02.02.02.038-0
**HEMOGRAMA COMPLETO**

| | | | Valores de referência: |
|---|---|---|---|
| Hemácias | 3,49 | milhoes/mm³ | 3,9 a 5,3 milhoes/mm³ |
| Hemoglobina | 7,3 | g/dL | 12,0 a 16,0 g/dL |
| Hematócrito | 24,4 | % | 36 a 48 % |
| VCM | 69,9 | fl | 80 a 100 fL |
| HCM | 20,9 | pg | 27 a 33 pg |
| CHCM | 29,9 | g/dL | 32 a 36 g/dL |
| RDW | 14,9 | % | 11 a 14,5 % |

| | Valores Relativos: | | Valores Absolutos: | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leucócitos totais | | | 5.690 | /mm³ | | 3.600 a 11.000/mm³ | |
| Blastos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Mieloblastos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Promielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Mielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Metamielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Neutrófilo Bastões | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 5 % | 0 a 410 | /mm³ |
| Neutrófilo Segmentados | 62,9 | % | 3579 | /mm³ | 40 a 78 % | 1700 a 8200 | /mm³ |
| Eosinófilos | 5,9 | % | 335 | /mm³ | 1 a 5 % | 20 a 500 | /mm³ |
| Linfócitos | 24,3 | % | 1384 | /mm³ | 20 a 50 % | 1000 a 4500 | /mm³ |
| Linfócitos atípicos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Basófilos | 0,2 | % | 11 | /mm³ | 0 a 2 % | 0 a 200 | /mm³ |
| Monócitos | 6,7 | % | 381 | /mm³ | 2 a 10 % | 100 a 1000 | /mm³ |

Plaquetas: 541.000 /mm³ — 150.000 a 450.000/mm³

OBS:
Hemácia com anisocitose,microcitose e hipocromia.
Leucócitos morfologicamente normais.
Plaquetas aumentadas em número.

Método..: Automatizado - ADVIA 120 ou ADVIA 2120i
Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA — Data de liberação: 10/05/2016 15:1:

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, [illegible] 2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel**
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
LEG
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | SIMONE FELIX DOS SANTOS | RG: | |
| Mãe: | MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS | Atendimento: | 22176-23 |
| DN: | 05/02/1980 | Data Entrada: | 17/05/2016 |
| Sexo: | Feminino | Convênio: | HOS-ORTO |
| Médico Dr(a): | MÉDICO NÃO DEFINIDO. | Impressão: | 17/05/2016 15:29:47 |
| Leito: | 127 | | |

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Sangue — Data coleta : 17/05/2016 11:33
COD. 17.01.103-5 — NOVO CÓDIGO: 02.02.02.009-6

**TEMPO DE SANGRIA.....: 2:30 minutos/segundos**

Valores de referência: De 1:00 a 3:00 minutos

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PEREIRA — Data de liberação: 17/05/2016 15:25

---

Material: Sangue — Data coleta : 17/05/2016 11:33

**TEMPO DE COAGULAÇÃO.....: 5:00 minutos/segundos**

Valores de referência: De 5:00 a 8:00 minutos

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PEREIRA — Data de liberação: 17/05/2016 15:25

---

Data coleta: 17/05/2016 11:33

**PROVA DO LAÇO.....: NEGATIVO**

Valores de referência: Negativo

Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PERE — Data de liberação: 17/05/2016 15:25

---

Dra. Nayane Bezerra Sales Pereira
CRFCE: 4372



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 60001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7E.

**Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel**
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | SIMONE FELIX DOS SANTOS | RG: | |
| Mãe: | MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS | Atendimento: | 22176-23 |
| DN: | 05/02/1980 | Data Entrada: | 17/05/2016 |
| Sexo: | Feminino | Convênio: | HOS-ORTO |
| Médico Dr(a): | MÉDICO NÃO DEFINIDO. | Impressão: | 17/05/2016 14:57:12 |
| Leito: | 127 | | |

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Sangue Total — Data coleta : 17/05/2016 11:33:00
COD. 17.01.803-0 — NOVO CÓDIGO: 02.02.02.038-0

**HEMOGRAMA COMPLETO**

| | | | Valores de referência: |
|---|---|---|---|
| Hemácias | 4,58 | milhoes/mm³ | 3,9 a 5,3 milhoes/mm³ |
| Hemoglobina | 9,8 | g/dL | 12,0 a 16,0 g/dL |
| Hematócrito | 33 | % | 36 a 48 % |
| VCM | 72,1 | fl | 80 a 100 fL |
| HCM | 21,4 | pg | 27 a 33 pg |
| CHCM | 29,7 | g/dL | 32 a 36 g/dL |
| RDW | 17 | % | 11 a 14,5 % |

| | Valores Relativos: | | Valores Absolutos: | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leucócitos totais | | | 7.520 | /mm³ | | 3.600 a 11.000/mm³ | |
| Blastos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Mieloblastos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Promielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Mielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Metamielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Neutrófilo Bastões | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 5 % | 0 a 410 | /mm³ |
| Neutrófilo Segmentados | 62,9 | % | 4730 | /mm³ | 40 a 78 % | 1700 a 8200 | /mm³ |
| Eosinófilos | 2,9 | % | 218 | /mm³ | 1 a 5 % | 20 a 500 | /mm³ |
| Linfócitos | 27,6 | % | 2077 | /mm³ | 20 a 50 % | 1000 a 4500 | /mm³ |
| Linfócitos atípicos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Basófilos | 0,5 | % | 37 | /mm³ | 0 a 2 % | 0 a 200 | /mm³ |
| Monócitos | 6,1 | % | 458 | /mm³ | 2 a 10 % | 100 a 1000 | /mm³ |

Plaquetas: 718.000 /mm³ — 150.000 a 450.000/mm³

OBS:
Hemácia com anisocitose,microcitose e hipocromia.
Leucócitos morfologicamente normais.
Plaquetas aumentadas em número.

Método..: Automatizado - ADVIA 120 ou ADVIA 2120i

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA — Data de liberação: 17/05/2016 14:51

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 [illegible] 0177713242017806000 1.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel**
Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-090 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: lcg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

LEG

| | | | |
|---|---|---|---|
| Paciente: | SIMONE FELIX DOS SANTOS | RG: | |
| Mãe: | MARIA DE FATIMA FELIX DOS SANTOS | Atendimento: | 22263-23 |
| DN: | 05/02/1980 | Data Entrada: | 18/05/2016 |
| Sexo: | Feminino | Convênio: | HOS-ORTO |
| Médico Dr(a): | MARIA NEUZA DE QUEIROZ TAJRA | Impressão: | 18/05/2016 22:53:58 |
| Leito: | 127 | | |

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Sangue Total — Data coleta : 18/05/2016 15:50:00
COD. 17.01.803-0 — NOVO CÓDIGO:
HEMOGRAMA COMPLETO

| | | | Valores de referência: |
|---|---|---|---|
| Hemácias | 4,24 | milhoes/mm³ | 3,9 a 5,3 milhoes/mm³ |
| Hemoglobina | 9,1 | g/dL | 12,0 a 16,0 g/dL |
| Hematócrito | 29,5 | % | 36 a 48 % |
| VCM | 69,6 | fL | 80 a 100 fL |
| HCM | 21,5 | pg | 27 a 33 pg |
| CHCM | 30,8 | g/dL | 32 a 36 g/dL |
| RDW | 17 | % | 11 a 14,5 % |

| | Valores Relativos: | | Valores Absolutos: | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leucócitos totais | | | 13.320 | /mm³ | | 3.600 a 11.000 | /mm³ |
| Blastos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Mieloblastos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Promielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Mielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Metamielócitos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Neutrófilo Bastões | 1 | % | 133 | /mm³ | 0 a 5 % | 0 a 410 | /mm³ |
| Neutrófilo Segmentados | 92,4 | % | 12307 | /mm³ | 40 a 78 % | 1700 a 8200 | /mm³ |
| Eosinófilos | 0,1 | % | 13 | /mm³ | 1 a 5 % | 20 a 500 | /mm³ |
| Linfócitos | 5,1 | % | 681 | /mm³ | 20 a 50 % | 1000 a 4500 | /mm³ |
| Linfócitos atípicos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 0 % | 0 a 0 | /mm³ |
| Basófilos | 0 | % | 0 | /mm³ | 0 a 2 % | 0 a 200 | /mm³ |
| Monócitos | 1,4 | % | 196 | /mm³ | 2 a 10 % | 100 a 1000 | /mm³ |

Plaquetas: 643.000 /mm³ — 150.000 a 450.000/mm³

OBS:
Hemácias microcíticas com hipocromia e anisocitose.
Plaquetas morfologicamente normais.
Leve leucocitose

Método: Automatizado - ADVIA 120 ou ADVIA 2120
Liberado por: VICTOR HUGO DE ARAUJO GOMES — Data da Liberação: 18/05/2016 19:30

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA [redacted] Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em [redacted] sob o número 01777132420178010001 e código 308EB7F.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

**IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA**

**FOLHA DE RECEITA**

Para: Quitéria Félix da Silva

Prontuário Nº: 127

Solicito:

CSG - pélvica transvaginal

06/05/16

Dr. Andre Schlachter
Ginecologia/Obstetrícia
CRMC 12413

**SANTA CASA, DESDE 1861 SALVANDO VIDAS**

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza/CE - CEP 60.025-060
CNPJ: 07.273.592/0001-64 - CGF: 06.011.507-6 - Fone: (85) 3455.9100

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 20178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

ortopedia

IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

107679 36 anos

**FOLHA DE RECEITA**

Para: Simone Felix dos Santos

Prontuário Nº: 127

Solicito

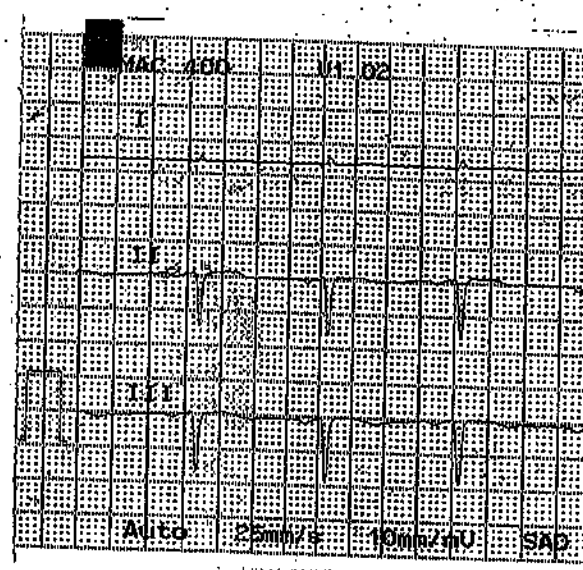
ECG

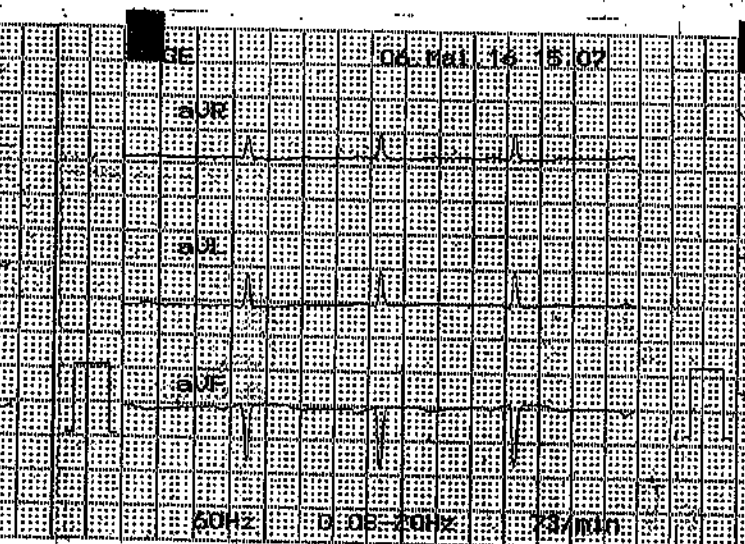
Dr. Jones Cysneiro
Cirurgia e Traumatologia
Buco-Maxilo-Facial
CRO

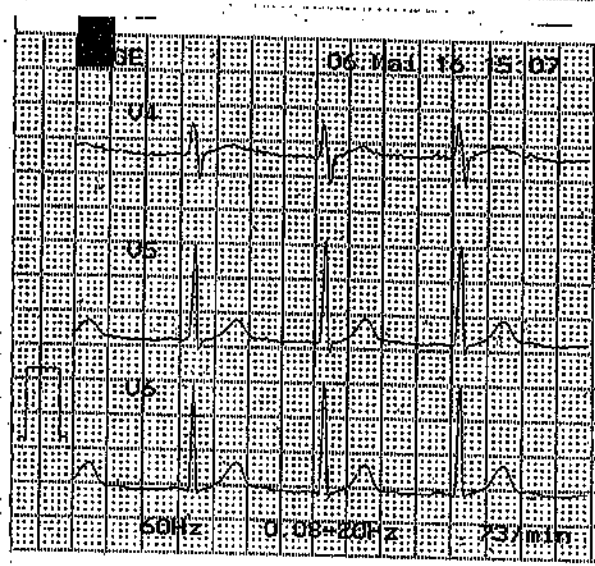
**SANTA CASA, DESDE 1861 SALVANDO VIDAS**

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza/CE - CEP 60.025-060
CNPJ: 07.273.592/0001-64 - CGF: 06.011.507-6 - Fone: (85) 3455.9100

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/07/2018 - 16:44 sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.




GE 06 Mai 16 15:08

| | |
|---|---|
| Nº de série | SCT12503823WA |
| Sobrenomes | Simone Felix |
| Nome | dos Santos |
| Data de nascim. | 00.00.00 |
| Sexo | Fem. |

Resultados de medidas:

| | | |
|---|---|---|
| QRS | | 108 ms |
| QT/QTc | 406 / | 453 ms |
| PQ | | 116 ms |
| P | | 100 ms |
| PR/PP | 312 / | 800 ms |
| P/QRS/T | -85/ -35/ | 45 Grau |

MAC 400 V1.02 125L 239

GE 06 Mai 16 15:08

Interpretação:

Eixo P, PR, QRS-T anormais, provável ritmo juncional
Desvio do eixo esquerdo
Anormalidade da onda T, considerar isquemia anterior
ECG anormal

MAC 400 V1.02 125L 239

fls. 100

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Estado de Goiás, protocolado em 17/10/2017 [illegible] sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

Seguradora Líder - DPVAT

# AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU Simone Felix dos Santos,
PORTADOR(A) DO RG Nº 94009000540 EXPEDIDO POR Detran EM 26/10/07 E
CPF 615.585.163-87 /CNPJ ___.___.___-___, PROFISSÃO Gerente
E RENDA MENSAL DE R$ 1.300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Simone Felix dos Santos, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficários.**

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0288-7 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 120781-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza-Ce, 28 de Julho de 2016 — Simone Felix dos Santos

LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de R$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001,
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 17/10/2017 às 13:01 , sob o número 01777132420178060001.
Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0177713-24.2017.8.06.0001 e código 308EB7F.