



ESTADO DO CEARÁ  
PODER JUDICIÁRIO  
COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ  
VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ

Processo Nº  
**12895-94.2017.8.06.0182/0**

Data - Hora  
**30/5/2017 - 14:31**

4651/17



| Dados Gerais do Processo                                           |                                                                                                            |                    |     |
|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|-----|
| Número Único                                                       | <b>12895-94.2017.8.06.0182/0</b>                                                                           |                    |     |
| Tipo de Ação                                                       | <b>PROCEDIMENTO ORDINÁRIO - CÍVEL</b>                                                                      |                    |     |
| Hierarquia Ação                                                    | \PROCESSO CÍVEL E DO TRABALHO\Processo de Conhecimento\Procedimento de Conhecimento\Procedimento Ordinário |                    |     |
| Classe                                                             | TODAS AS VARAS - 1V/1VJ                                                                                    |                    |     |
| Autuação                                                           | 30/05/2017 14:11                                                                                           | Volumes            | 1   |
| Just. Gratuita                                                     | SIM                                                                                                        | Segredo de Justiça | NÃO |
| Órgão Julgador                                                     | VARA UNICA DA COMARCA DE VIÇOSA DO CEARÁ                                                                   |                    |     |
| Assunto(s)                                                         |                                                                                                            |                    |     |
| <b>SEGURO</b>                                                      |                                                                                                            |                    |     |
| Hierarquia: \DIREITO DO CONSUMIDOR\Contratos de Consumo\Seguro     |                                                                                                            |                    |     |
| Partes                                                             |                                                                                                            |                    |     |
| <b>Requerente : FRANCISCO TIAGO DA SILVA</b>                       |                                                                                                            |                    |     |
| Rep. Jurídico : 4225 - TO LORENA FERNANDES DA CUNHA                |                                                                                                            |                    |     |
| <b>Requerido : SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT</b> |                                                                                                            |                    |     |

**EXCELENTÍSSIMO SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA VARA ÚNICA DA COMARCA DE VICOSA DO CEARÁ - CE.**

Declaro serem autênticas as fotocópias carregadas a esta inicial, de acordo com o contido no art. 225 do Código Civil e art. 365, VI, do Código de Processo Civil.

1  
Comarca de Vicososa do Ceará  
SECRETARIA DA VARA  
Recebido e protocolado sob n.º 153  
Em 25 de 05 de 2017  
Diretor da Secretaria

FRANCISCO TIAGO DA SILVA, brasileira, solteiro, professor, portador do RG nº 2001028132806 SSP/CE e CPF nº 042.304.013-88-19 residente e domiciliado na Rua Silva Jardim, nº/s, centro, na cidade de Vicososa do Ceará - CE, por intermédio de sua advogada que esta subscreve, inscrita na OAB/CE nº 23.467-A, com escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá-CE, vem muito respeitosamente, à presença de Vossa Excelência, propor

**ACÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT, face a**

SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº 09.248.608/0001-04, com sede na Rua Senador Dantas, nº 76, 5º andar, centro, 20.031-205, na cidade e comarca do Rio de Janeiro - RJ, pelos motivos a seguir expostos:

**INICIALMENTE**

Respeitosamente requer, se assim entender Vossa Excelência, os benefícios da Justiça Gratuita por ser pobre na forma da Lei, e não suportar as despesas com custas processuais.

**I - DOS FATOS**

O requerente foi vítima de acidente de trânsito ocorrido em 30/07/2014, conforme Boletim de Ocorrência nº 560-3589/2014, registrado na Delegacia Municipal de Vicososa do Ceará - CE.

Como consequência do evento o Requerente adquiriu uma debilidade permanente da função do Membro Inferior Direito e das funções pulmonares e ainda resultou numa incapacidade permanente para a função laborativa, conforme Relatório Médico expedido pelo Dr. Luiz Fernando Panizza, CRM/CE 12.525(em anexo).

Diante de tal circunstância, tornou-se ele beneficiário da indenização por invalidez permanente prevista no art 3º, inciso II da Lei nº 6.194/74, que trata do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres - DPVAT. Ciente dessa condição, iniciou-se em 30/10/2014 procedimento administrativo para receber mencionada indenização, o que aconteceu, em parte, no dia 26/11/2014, quando se dirigiu ao banco no qual é correntista e efetuou saque no valor de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), que fora depositado em sua conta particular, conforme se depreende da correspondência enviada pela Seguradora Líder (em anexo).

Ocorre Excelência, que o valor pago não corresponde àquele previsto pela legislação reguladora do Seguro DPVAT, de tal modo que o beneficiário recebeu quantia inferior àquela que deveras tem direito, como demonstramos na seqüência.

## II - DO DIREITO

### **a) A Indenização por invalidez permanente no seguro DPVAT**

O Seguro DPVAT tem como um de seus escopos, dentre outros, fornecer uma indenização em dinheiro àqueles que experimentam danos pessoais oriundos de acidente de trânsito. Aliás, essa cobertura por invalidez permanente está expressa no já citado art. 3º da Lei nº 6.194/74 em consonância com a Tabela anexada a este dispositivo legislativo, inserido pela Lei nº 11.945.

Por seu turno, o art. 4º, § 3º do mesmo diploma nos indica a quem deve ser paga tal indenização:

Art. 4º [...]

§ 3º Nos demais casos, o pagamento será feito diretamente à vítima na forma que dispuser o Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP.

A situação do requerente se subsume perfeitamente ao dispositivo supracitado, pois foi vítima de acidente automobilístico, sendo indiscutível, então, sua qualidade de beneficiário do seguro em comento.

Assim, fixado esse entendimento, resta agora determinarmos qual o correto valor a que tem direito.

É, uma vez mais, a Lei nº 6.194/74 que nos esclarece a esse respeito:

Art. 3º Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:

II- até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

Cabe lembrar Excelência, que o valor da indenização a ser paga, deve também cumprimento à tabela legal, "hoje" já prevista em Lei, o que anteriormente não se verificava. Portanto, apenas se requer o cumprimento da lei, determinando que sejam atendidas as disposições legais do instituto. Senão vejamos.

Ora Excelência, tamanha a gravidade das seqüelas que suporta o Requerente (Fratura na Perna Direita e das funções Pulmonares) que se torna hilário o valor da indenização atribuída, uma vez que já verificada a irreversibilidade de sua saúde norma. Vale observar a Tabela abaixo, que determina o quantum a ser pago a título de invalidez.

ANEXO à Lei 6.194/74  
(Incluído pela Lei nº 11.945, de 2009).  
(Produção de efeitos).

(art. 3º da Lei nº 6.194, de 19 de dezembro de 1974)

| Danos Corporais Totais<br>Repercussão na Íntegra do Patrimônio Físico                 | Percentual<br>da Perda |
|---------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores  |                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés           |                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior |                        |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira            |                        |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
| legal bilateral                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 100                    |
| Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                  |                        |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                        |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais)                                                                                                                                                                                                                                                                                | Percentuais das Perdas |
| Repercussões em Partes de Membros Superiores e Inferiores                                                                                                                                                                                                                                                             |                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                             | 70                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                 | 50                     |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                      | 25                     |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                       |                        |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                  | 10                     |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                |                        |
| Danos Corporais Segmentares (Parciais)                                                                                                                                                                                                                                                                                | Percentuais das Perdas |
| Outras Repercussões em Órgãos e Estruturas Corporais                                                                                                                                                                                                                                                                  |                        |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                | 50                     |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                       | 25                     |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                           | 10                     |

Ademais Douto Julgador, quantificar as seqüelas existentes, atribuindo a cada órgão ou membro um valor taxativo, é visivelmente um ato, no mínimo abstrato, uma vez que é impossível, no caso em tela, por exemplo, precisar que o requerente não sofreu lesão grave e irreparável em seu Membro Inferior Direito, que venha inclusive a comprometer toda a função de tal membro.

Resta patente, então, que a indenização por invalidez permanente no Seguro DPVAT corresponde a até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e considerando a aplicação de malfadada Tabela (acima exposta) conclui-se ser o requerente merecedor de uma indenização

de, no mínimo, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), uma vez que, para tais sequelas se atribui 100%(cem por cento) do valor total, conforme se observa acima.

Insta salientar, que as seqüelas obtidas pela vítima do respectivo acidente de trânsito, caracterizando invalidez permanente, restam inequívocas, visto que já foram devidamente atestadas em laudo médico expedido para este fim, constatando incapacidade funcional permanente do Membro Inferior Direito e das funções Pulmonares em decorrência do acidente sofrido, conforme laudo pericial traumatológico que muniu o procedimento administrativo inaugural desta pretensão e esta exordial. Tal incapacidade torna o requerente credor da quantia total indenizável, ao menos nos termos que determina a Lei vigente.

Importantíssimo atentar para o fato de que a inexistência de Auto de Exame de Corpo de Delito ou Laudo Pericial no processo não afasta o direito à complementação devida, já que é de comum entendimento jurisprudencial que o simples pagamento parcial da indenização, mediante procedimento administrativo, já é suficiente para a constatação de invalidez. Ora Excelência, se a própria seguradora efetuou indenização, incluindo o requerente no rol dos beneficiários e o indenizando nos termos do Art. 3º, II da Lei 6.194/74 (invalidez permanente) após realização de perícia médica pelo próprio convênio DPVAT, resta inequívoca a qualidade de inválido do requerente. Portanto, trata-se aqui apenas de matéria de direito onde deve ser analisada a legalidade do ato normativo quantificador do instituto DPVAT.

**"CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO INOMINADO. SEGURO (DPVAT). PRELIMINAR. CARÊNCIA DE AÇÃO. FALTA DE LAUDO E DE EXAME DE CORPO DE DELITO. INCOERÊNCIA. O Laudo do Instituto Médico Legal não de faz imprescindível para a análise do caso em tela. (...) (Recurso Cível, Proc. Nº. 2007.0029.9881-3/1. 2ª Turma Recursal dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do Estado do Ceará, Rel. Mário Parente Teófilo Neto)"**

O requerente, como demonstra a correspondência enviada pela Seguradora Líder em anexo, recebeu no dia 26/11/2014, a importância de R\$ 4.725,00 (quatro mil, setecentos e vinte e cinco reais), obtida com a aplicação dos percentuais estabelecidos pela resolução do Conselho Nacional de Seguros Privados - CNSP), segundo demonstrativo da seguradora. Ora, esse cálculo apresenta duas impropriedades: a primeira, como vimos há pouco, é a utilização de percentual de tabela que não traz justiça alguma em seu escopo; a segunda é o fato de que, mesmo que admitíssemos a aplicação de referida tabela, aplicando assim o percentual de 100%

(porcentagem prevista para este tipo de lesão), alcançaríamos o montante de R\$ 13.500,00 e não R\$ 4.725,00, como deveras se indenizou. Ou seja: sob todos os aspectos a indenização paga está incorreta.



**Tal entendimento ressalta o principal alicerce jurídico desta pretensão.**

**Logo, o valor que deveria ter sido pago era de R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), nos termos do art. 3º, inciso II da Lei nº 6.194/74.**

O laudo pericial que instruiu o procedimento administrativo aponta sem titubeios que o requerente tornou-se portador, em razão do acidente automobilístico, de debilidade permanente da função laborativa e deformidade permanente, além do perigo de vida. Extrai-se ainda do Laudo Médico que o acidente resultou: Incapacidade Funcional Irreversível, com Deformidade Permanente; Limitação na Perna Direita em 40%(quarenta por cento), Limitação Pulmonar por Embolia de 40%(quarenta por cento), tanto que a requerida o indenizou, embora em termos equivocados. Portanto, diante da gravidade da situação, a indenização a que faz jus é aquela correspondente ao máximo previsto na lei vigente ao tempo do acidente: R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais).

O quadro abaixo ilustra ainda mais o disparate da situação:

|                                                      |               |
|------------------------------------------------------|---------------|
| Valor legal (Art. 3º, II, Lei 6.194/74 - Anexo a Lei | R\$ 13.500,00 |
| Valor Pago pela requerida (R\$)                      | R\$ 4.725,00  |
| Diferença paga a menor (R\$)                         | R\$ 8.775,00  |

Vê-se, portanto, que o requerente recebeu quantia inferior àquela que legalmente lhe era devida. Essa postura constitui evidente afronta aos ditames normativos e não deve prosperar, mormente o entendimento jurisprudencial a pouco externado, de tal sorte que agora deve receber a diferença à época não paga.

**Com isso torna-se notório seu direito de receber a importância de R\$ 8.775,00 (oito mil, setecentos e setenta e cinco reais), correspondente à diferença que a requerida indevidamente deixou de lhe pagar.**

É mister consignarmos, ainda, que essa importância é devida mesmo que o beneficiário tenha assinado recibo dando plena quitação à requerida, o que de fato não ocorreu. Essa postura é assente em nossos tribunais:



**QUITAÇÃO.** - A quitação é limitada ao valor recebido, não abrangendo o direito à complementação da indenização, cujo valor decorre de lei. (SÚMULA Nº 14. Turmas Recursais dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do Estado do Rio Grande do Sul).

#### **DO DANO MORAL**

A moral é reconhecida como bem jurídico, recebendo dos mais diversos diplomas legais a devida proteção, inclusive, estando amparada pelo art. 5º inc. V da Carta Magna/88: **é assegurado o direito de resposta, proporcional ao agravo, além da indenização por dano material, moral ou à imagem.**

Outrossim, o art. 186 e art 927 do Código Civil de 2002 assim estabelecem:

**Art. 186 - Aquele que, por ação ou omissão voluntária, negligência ou imprudência, violar direito e causar dano a outrem, ainda que exclusivamente moral, comete ato ilícito.**

**Art. 927 - Aquele que, por ato ilícito(arts. 186 e 187) causar dano a outrem, fica obrigado a repará-lo.(grifo nosso)**

Ocorre que o dano moral, como sabido, deriva de uma dor íntima, uma comoção interna, um constrangimento gerado naquele que o sofreu e que repercutiria de igual forma em uma outra pessoa nas mesmas circunstâncias. Esse é o caso em tela, onde o requerente viu-se submetido a uma situação de estresse constante, indignação e constrangimento, visto todas as tentativas amigáveis do Requerente em obter a reparação do dano, mas o Requerido se negou em realizá-la, em detrimento do que preconiza a lei vigente, não restando outra alternativa senão valer-se do judiciário para a obtenção de sua pretensão.

#### **Legitimidade Passiva:**

Qualquer companhia seguradora é parte legítima para figurar no pólo passivo de ações decorrentes de Seguro DPVAT. Esta assertiva é corroborada pela mais inteligente jurisprudência:

**CONSÓRCIO OBRIGATÓRIO.** - O consórcio obrigatório do seguro DPVAT institui solidariedade entre as seguradoras participantes,

de modo que, independentemente de qual delas tenha liquidado administrativamente o sinistro, qualquer uma poderá ser demandada pela respectiva complementação de indenização, incorrendo ilegitimidade passiva por esse motivo. (SÚMULA Nº 14. Turmas Recursais dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do Estado do Rio Grande do Sul).

8

A requerida, como companhia seguradora que é, tem total legitimidade para integrar a relação processual que agora se instaura. Como forma de corroborar ainda mais essa posição, basta citarmos que a análise da documentação acostada tem o condão de demonstrar que todo o trâmite administrativo foi por ela realizado.

**Documentos exigidos para o pagamento da indenização:**

Para o recebimento da indenização por invalidez permanente prevista no Seguro DPVAT o requerente deverá apresentar documentos capazes de demonstrar o fato, o dano dele resultante e sua qualidade de beneficiário.

Essa a exigência do art. 5º, § 1º, letra "b", da Lei nº 6.194/74:

**Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.**

**§ 1º A indenização referida neste artigo será paga com base no valor da época da ocorrência do sinistro, em cheque nominal aos beneficiários, descontável no dia e na praça da sucursal que fizer a liquidação, no prazo de 30(trinta) dias da entrega dos seguintes documentos:**

**b) Prova das despesas efetuadas pela vítima com seu atendimento por hospital, ambulatório ou médico assistente e registro da ocorrência no órgão policial competente - no caso de danos pessoais;**

Além desses documentos, para a comprovação de invalidez permanente é exigida também a apresentação de laudo do Instituto Médico Legal da circunscrição do acidente,

esta devidamente substituída pelo Laudo Pericial ou Médico realizado por médicos locais, comprovando as referidas seqüelas, visto que esta comarca não possui IML.

9

Vale salientar que, no decorrer do procedimento administrativo de pedido de indenização, o requerente sequer foi submetido à perícia médica como normalmente ocorre, realizada pela própria seguradora, que conclui ou não pela existência de invalidez e debilidade permanentes do requerente, no entanto, não o indenizando nos termos legais a que sua situação de fato lhe dá direito. Daí o entendimento de que o fato de ter a requerida indenizado o requerente já é fato suficiente para comprovação de invalidez permanente, pois se assim não fosse não teria o indenizado nos termos do Art. 3º, II da Lei 6.194/74, portanto não se faz imprescindível para a análise do caso em tela, conforme entendimento de nossas Turmas Recursais:

**CIVIL E PROCESSUAL CIVIL. RECURSO INOMINADO. SEGURO (DPVAT). PRELIMINAR. CARÊNCIA DE AÇÃO. FALTA DE LAUDO DE EXAME DE CORPO DE DELITO. INOCORRÊNCIA. O laudo do Instituto Médico Legal não se faz imprescindível para a análise do caso em tela. (Recurso Cível. Proc. Nº 2007.0025.8621-3/1. 4ª Turma Recursal dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais do estado do Ceará. Rel. Antônio Giovani de Alencar).**

Seguindo essa orientação o requerente instrui a exordial com o Boletim de Ocorrência registrado na Delegacia Municipal de Viçosa do Ceará – CE; com Laudo Médico Pericial expedido pelo Dr. Luiz Fernando Panizza – CRM: 15/487/CE; com documentos pessoais; e, é claro, com o comprovante de recebimento de valor inferior ao legal.

Contudo, durante o trâmite administrativo, outros documentos foram requisitados, como uma Autorização de Pagamento/Crédito de indenização de sinistro DPVAT, uma certidão do órgão policial e comprovante de endereço.

## **II – DOS PEDIDOS**

Na vertente das considerações narradas, requer:

- a) A gratuidade judicial por estar o Autor sem condições de arcar com as custas processuais;



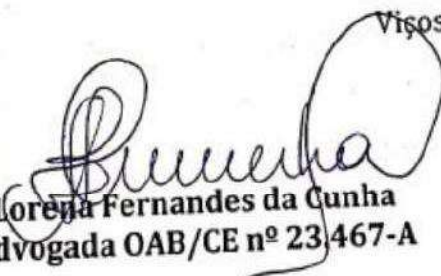
- b) Atendendo ao disposto no artigo 319, inciso VII do NCPC, o Requerente informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação.
- c) a citação da requerida no endereço supracitado, por correspondência com AR, para, querendo, contestar o presente feito, sob pena de revelia;
- d) Seja julgado procedente o pedido determinando o pagamento da quantia **R\$ 8.775,00 (oito mil, setecentos e setenta e cinco reais)**, que corresponde à 100%(cem por cento) do valor máximo indenizável, tudo consoante ao consoante ao que determina a tabela anexa a Lei nº 6.194/74;
- e) Seja condenada a **Requerida** ao pagamento de **R\$ 13.000,00(treze mil reais)**, relativos aos danos morais causados ao **Requerente**;
- f) sua condenação ao pagamento de honorários advocatícios e custas processuais;

10

Protesta provar o alegado por todos os meios de provas admitidas em direito, inclusive prova testemunhal, depoimento pessoal das partes, juntada de documentos e tudo mais que se fizer necessário para a perfeita resolução da lide.

Dá-se à causa o valor de **R\$ 21.775,00 (vinte e um mil, setecentos e setenta e cinco reais)**.

Termos em que,  
Pede deferimento

  
Lorena Fernandes da Cunha  
Advogada OAB/CE nº 23.467-A

Viçosa do Ceará - CE, 02/03/2017.



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

o presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

TORGANTE: Francisco Tiago da Silva, nacionalidade Brasileiro,  
estado civil Solteiro, profissão Professor, RG nº 2001028132806 SSP/CPF nº  
904.013.88 residente e domiciliado(a) na R. Silva Jardim, nº 50, bairro  
entre, na cidade de Sucora, e-mail: \_\_\_\_\_, constituo e nomeio a  
stante procuradora:

OUTORGADA: Dr.<sup>a</sup> LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com  
critório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:  
renacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,  
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer  
foro, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,  
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ad juditia et extra, para o foro em geral, especialmente para  
propor AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS  
UTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO  
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer  
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,  
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e  
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a  
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais  
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito  
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,  
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de  
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Sucora - CE, 02 de maio de 20 17

x Francisco Tiago da Silva  
OUTORGANTE



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

**OUTORGANTE:** Fameiro Tiago da Silva, nacionalidade Brasileiro,  
estado civil solteiro, profissão Professor, RG nº 2001028133806 SSP/CPF nº  
042.904.013-88 residente e domiciliado(a) na R. pilsea jardim, nº 50, bairro  
centro, na cidade de Guicora, e-mail: \_\_\_\_\_, constituo e nomeo a  
bastante procuradora:

**OUTORGADA:** Dr.<sup>a</sup> LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com  
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:  
lorenacunha.adv@gmail.com.

**OBJETO:** representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,  
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer  
juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

**PODERES:** Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,  
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para  
propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS**  
**AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT** em face de **SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO**  
**DPVAT**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer  
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,  
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e  
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a  
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

**PODERES ESPECÍFICOS:** A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais  
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito  
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,  
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de  
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Guicora - CE, 02 de maio de 20 17

x. Fameiro Tiago da Silva  
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, esq. Mt. Quincas Bezerril. Centro.  
88\* 3671 2583 88\*99622.9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.



## DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Francisco Tiago da Silva  
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteiro  
profissão Professor, RG nº 2001028132806 SSP/ ce,  
CPF nº 042.304.013.88, residente e domiciliado(a) na  
R. Silva Jardim, nº 5N, bairro centro  
na cidade de Lucena, venho por meio desta, Declarar, nos  
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que  
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas  
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio  
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita  
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso  
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Lucena - ce, 02 de maio de 2017.

Francisco Tiago da Silva

Assinatura



## Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Francisco Luiz da Silva, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Professor, portador(a) do RG nº 2001028132806 SSP/ ce e CPF nº 042.304.013 - 88, filho de pai \_\_\_\_\_ e mãe Rute maria da Silva DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na R. Silva Jardim, nº 52, bairro centro, na cidade de Sicoba - ce, ponto de referência (próximo à) \_\_\_\_\_.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Sicoba - ce, 02/05/2017.

Francisco Luiz da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

0001028132806

DATA DE EMISSÃO 12/9/2001

RANCISCO TIAGO DA SILVA

ANC E RUTE MARIA DA SILVA

SA DO CEARA-CE

DATA DE NASCIMENTO 30/11/1939

ERT NASC. 464 L A ESP. F.

1 OF VICOSA-CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEIN 7 116 DE 2908/83

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,  
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Vicosa  
do Ceará, 19 AGO. 2014

Em Test. Maria Marly de Oliveira da verdade.  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO  
Maria Marly de Oliveira Carneiro  
Escrevente

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

E DEFESA DA CIDADANIA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Francisco Tiago da Silva

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,  
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Vicosa  
do Ceará, 19 AGO. 2014

Em Test. Maria Marly de Oliveira da verdade.  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO  
Maria Marly de Oliveira Carneiro  
Escrevente

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

do de Pessoas Físicas

de inscrição.

304.013-88

CISCO TIAGO DA SILVA

ento  
1989

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,  
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Vicosa  
do Ceará, 19 AGO. 2014

Em Test. Maria Marly de Oliveira da verdade.  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO  
Maria Marly de Oliveira Carneiro  
Escrevente

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Correios

www.correios.com.br

AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,  
CONFORME ORIGINAL APRESENTADO. DOU FÉ.

Vicosa  
do Ceará, 19 AGO. 2014

Em Test. Maria Marly de Oliveira da verdade.  
VALIDO SOMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO  
Maria Marly de Oliveira Carneiro  
Escrevente



צ.ה. 5730-ה. ת.ת.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.  
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

[illegible]

| TRIBUTOS SOBRE O PATRIMONIO |             | SUBSIDIO            |             |
|-----------------------------|-------------|---------------------|-------------|
| Descrição                   | Valor (R\$) | Descrição           | Valor (R\$) |
| PIS                         | 0,16        | VALOR DO SERVIÇO    | 37,90       |
| COFINS                      | 0,33        | VALOR DO SUBSIDIO   | 20,40       |
|                             |             | VALOR TOTAL A PAGAR | 17,50       |
| MÊS/ANO                     | VENIMENTO   | TOTAL A PAGAR (R\$) |             |
| 03/2016                     | 06/04/2016  | 17,50               |             |



Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: **ARCE** - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ



BOLETIM DE Ocorrência N° 560 - 3589 / 2014

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**  
Data / Hora da Comunicação: **22/10/2014 10:04:41**  
Data / Hora da Ocorrência: **30/07/2014 11:50:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA JOSE BEVILÁQUA**  
Complemento:  
Bairro:  
Ponto de Referência: **CORREIOS** Município: **VICOSA DO CEARA/CE**

**Noticiante(s)**

Nome: **FRANCISCO TIAGO DA SILVA**  
Nascimento: **30/11/1987** CPF:  
RG: **2001028132806** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**  
Filiação: **RUTE MARIA DA SILVA**  
Endereço: **RUA SILVA JARDIM**  
Bairro: **ZONA URBANA**  
Município: **VICOSA DO CEARA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Histórico**

Compareceu a esta unidade policial para noticiar na data e hora citada acima estava como garapeiro na motocicleta de Marca/Modelo: HONDA/CG125 FAN KS, cor: PRETA, placa:EOX0635, ano e modelo de fabricação: 2010/2010, chassi: 9C2JC4110AR684339, de propriedade de JAIRO VIEIRA DOS SANTOS, Pela Rua Silva Jardim, Zona urbana de Vicososa do Ceará, Quando se envolveu em um acidente de transito, após uma automóvel de placa CBK 8534 cor branco, ter colidir na traseira da moto em quer o proprietário guiava, quer vieram a cair ao chão e o noticiante teve fratura de tíbia e fíbula direita, quer foi socorrido ao Hospital de Vicososa do Ceará e encaminhado ao Hospital São Camilo de Tianguá -CE; e transferido para o hospital Regional Norte de Sobral-CE; onde recebeu atendimento médico especializado, e até o presente momento não consegui-o se recupera das segue-la causada pelo acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

**ANTÔNIO VIANA BARBOSA JUNIOR - MAT.: 133968-1-7**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

**Francisco Tiago da Silva**

VISTO DO DELEGADO(A) :

**FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5**



**Dados do processo**

Produtor  
**ANTONIO FABIO DE ARAUJO**

Seguradora  
**Aruana Seguros 411**

Data de entrada  
**30/10/2014**

Nº do Sinistro  
**2014/959607**

[Voltar](#)

**Vítima**

|                                           |                                           |                                         |                                       |
|-------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------|
| Vítima<br><b>FRANCISCO TIAGO DA SILVA</b> | Endereço<br><b>RUA JOSE BEVILAQUA 663</b> | Bairro<br><b>CENTRO</b>                 | Cidade<br><b>VICOSA DO CEARA</b>      |
| UF<br><b>CE</b>                           | CEP<br><b>62300-000</b>                   | Código da vítima<br><b>TRANSPORTADO</b> | Natureza<br><b>INVALIDEZ</b>          |
| Data de nascimento<br><b>30/11/1989</b>   | CPF<br><b>042.304.013-88</b>              | Valor (DAMS)<br><b>R\$</b>              | Data do sinistro<br><b>30/07/2014</b> |

**Beneficiários**

|                  |                             |                                   |                                         |                               |                 |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------|-----------------|
| Beneficiário 1 → | Nome<br><b>FRANCISCO TI</b> | CPF/CNPJ<br><b>042.304.013-88</b> | Data de nascimento<br><b>30/11/1989</b> | Cidade<br><b>VICOSA DO CE</b> | UF<br><b>CE</b> |
|                  | Banco<br><b>001</b>         | Agência<br><b>2773-1</b>          | Conta<br><b>21.769-7</b>                |                               |                 |

**Histórico**

| Data       | Status                  | Descrição |
|------------|-------------------------|-----------|
| 25/11/2014 | PROCESSO PAGO           |           |
| 03/11/2014 | ANALISE SEGURADORALIDER | ⇒ OK      |

**Dados do pagamento**

| Beneficiário             | Data       | Valor        |
|--------------------------|------------|--------------|
| FRANCISCO TIAGO DA SILVA | 26/11/2014 | R\$ 4.725,00 |

escala médica

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Fernando Tuzio da Silva

Nº DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

30/07/14

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

30/07/14

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Dr. Fernando Panza CRM 12525 TEOT 12025

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

diagnóstico clínico vítima acidente moto com  
Exposta perna @ Radiográfico fratura

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS(DATAS): 30/07/14 operou a perna  
e fixado externo perna @. CM por operador  
complicação embolia pulmonar tratado UTI 27  
Hospital Resolup Norte Sinal. Atual fem dispreia  
e limitação perna @

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? ( ) SIM (X) NÃO  
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

- ( ) A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.  
(X) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

Limitação perna @ 40%

2º

Limitação pulmões por embolia 40%

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE  
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Julho/2014 a outubro/2014 e

Ortopedia H. A. G. A.

LOCAL

28/10/14

DATA

Dr. Luiz Fernando Panza

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

Fernando Tuzio da Silva

ASSINATURA DA VÍTIMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ  
AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE  
FONE: (88) 3632.1119  
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



Registro: \_\_\_\_\_ Nº Proftuário: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_  
Paciente: Francisco Tiago da Silva DN: 30/11/89  
Sexo: M. Estado Civil: sol.  
Nome da Mãe: Rute M<sup>te</sup> da Silva Nome do Pai: VC  
Endereço: Rua Silva Jardim Município: Viçosa - CE  
Data / Hora do atendimento: 30/07/2014 11:49 Horas  
Profissão: Professor Religião: \_\_\_\_\_  
Documento: 2001028132808  
DE-12-09-2001  
X Rafael Santos Silva  
Assinatura do Paciente ou Responsável

Sinais Vitais: \_\_\_\_\_  
PA 180 x 120 MM Hg FR 20 Inc/min FC 84 Bat/min Temp. 36,3 °C. Peso: 98  
FC = 60 bpm

Queixa Principal \_\_\_\_\_  
HDA: Paciente sofreu acidente com motocicleta apurando  
solução de continuidade com deformidade em M.I.D.

Exame Físico: (A) V. aérea péua  
(B) Ventilação adequada  
(C) Hemodinamicamente estável  
(D) Gargalo 15  
(E) Sinais de patina em péua D y sinais de hipotermia

Hipótese Diagnóstica foli trauma

Diagnóstico Definitivo \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_  
AUTENTICO A PRESENTE CÓPIA REPROGRÁFICA,  
CONFIRME ORIGINAL APRESENTADO. DOU.FE.  
05 SET. 2014  
da verdade.  
VALIDO: OMENTE COM O SELO DE FISCALIZAÇÃO

Rafael Olimindo  
Médico  
Assinatura e Carimbo  
GRÁFICA TAVARES (88) 3634.1314 - UBAJARA - CE / PVC082

Observação de Enfermagem

Aprazamento

Prescrição Médica

[illegible]

Evolução Médica

Consumo de Material, Gases, Oximetria, Respirador

|                 |         |                   |         |   |
|-----------------|---------|-------------------|---------|---|
| 02. Liga        | h Desl. | h Oximetria: Liga | h Desl. | n |
| Ar. Liga        | h Desl. | h Oximetria: Liga | h Desl. | n |
| Respirador Liga | h Desl. | h Oximetria: Liga | h Desl. | n |

**Controle de Exames Solicitados**

AUTENTICAÇÃO  
 3150 08  
 ESTADO DO CEARÁ  
 SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
 DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO  
 Nº PX 984.893  
 06 SET 2014  
 Em Test. da verdade.  
 AUTENTICAÇÃO ORIGINAL APRESENTADO. DUO FE.

Louisanna Kelly Pereira Siro  
Escrevente Substituta

Decisão Médica ☐ Transferência para: \_\_\_\_\_

Destino: ☐ Alta ☐ Obito

☐ A Pedido ☐ IML

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES - VICOSA DO CEARÁ - CE

## Atendimento - EMERGENCIA

Prontuário: 157846  
Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA  
RG: 2001028132806Atendimento: 0001  
Nascimento: 30/11/1989

CNS:

Guia Aut:

Idade: 24 Ano(s)

Endereço: RUA SILVA JARDIM, SN  
Bairro: CENTROProfissão: PROFESSOR  
Convênio: SUS

Cônjuge:

Endereço: RUA SILVA JARDIM, SN

Data Atendimento: 30/07/2014

Hora: 13:49

CID:

Médico: LUIS FERNANDO PANIZZA

Tipo Atendimento: ENCAMINHADO P/CONSULTA

Indicador de Acidente:

Observação:

Peso:

kg Altura (cm):

Sinais Vitais: T (°C):

P (bpm):

R (mpm):

PA (mmHg):

X

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

Acidente em moto

FCC per - @

Rx per - @ AP+P  
Fratura exposta em 1º  
per - a.

- 1) cintura
- 2) fela Suo podalica
- 3) Direta 3º

SFO, 97. 500-97 EV 1/17 Zx

Sevar Ao CC

Imagem: 19.07

Cliente evolui internamente. 9. julho: 28.932.1.

N

LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM: 12525

Sônia Maria de Araújo  
Assinatura Paciente/ResponsávelPaciente representando fratura exposta em perna direita  
após educação - moto como. 28.932-2

## FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: H.M.M.V.C

Distrito Sanitário: \_\_\_\_\_

Município: VicosópolisNome: Francisco Tiago da Silva

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 30.11.89Ocupação: ProfessorEndereço: Rua Silva GervasioBairro: CentroMunicípio: Vicosópolis Fone: \_\_\_\_\_Motivo do Encaminhamento: paciente sofreu acidente com motocicleta apressando redução de continuidade com deformidade de M.D

Resultado do(s) Exame(s):

Radiog. de puna D.: fratura deConduta já Realizada: Imobilização + Analgesia + Suporte ClínicoImpressão Diagnóstica: Fratura de Tíbia e Fíbula(exposta)Rafael OrlandoMédico

Rafael Brito de Araújo  
 CPF: 004.397.303-41  
 30/07/2014 12:05  
 Secretária de Saúde

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

## AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

☐ Ambulatorial☐ Hospitalar☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: \_\_\_\_\_

Profissional: \_\_\_\_\_

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

## FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(\*)

Unidade de Referência: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_

Prontuário Nº: \_\_\_\_\_

Data da Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Resumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico: Principal \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 1 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Secundário 2 \_\_\_\_\_

CID: \_\_\_\_\_

Proposta de Consulta para seguimento: \_\_\_\_\_

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

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Governo do Estado do Ceará  
Secretaria de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN

ISGH  
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar  
Organização Social de Saúde



## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA

Endereço: RUA SILVA JARDIM Nº645 -

Bairro: CENTRO

CEP: .

Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s), 8 mes(es), 13 dia(s)

Cidade: VICOSA DO CEARÁ  
UF: CEARÁ

### LOCALIZAÇÃO

Clinica: CLÍNICA MÉDICA II Enfermaria: 07 Leito: 214

Internação: 02/08/2014 00:00 Alta: \*\*\* Não Informado \*\*\* Hora: \*\*\* Não Informado \*\*\*

### RELATÓRIO

Tipo de Saúde: ALTA

### RESUMO CLÍNICO

PACIENTE 24ANOS VITÍMA DE TRAUMA DE MOTOCICLETA COM FRATURA EXPOSTA EM FIBULA E TÍBIA DIREITA. FOI REALIZADA FIXAÇÃO EXTERNA EM TIANGUA EVOLUINDO NO 3º POS OPERATORIO COM DISPNEIA SUBITA. FOI ENCAMINHADO AO HRN ONDE FOI REALIZADO EXAMES PARA EXCLUSÃO INICIAL DE TEP POR MEIO DE EXAMES(ANGIO-TC, RX TORAX, TC) INTERNADO NA UTI PARA TRATAMENTO DO QUADRO E INVESTIGAÇÃO CLÍNICA. EVOLUJU ASSINTOMÁTICO EUPNEICO HIDRATADO CORADO E BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS APARELHO RESPIRATORIO MV PRESENTES SEM RA FR:18 ACV RCR EM 2T SEM SOPROS.

### EXAMES REALIZADOS

ECO TC RAIO X USG DOPPLER DO MMII EXAMES LABORATORIAS (EM ANEXO)

### TERAPÊUTICA UTILIZADA

REALIZADO ATB CEFEPIME POR 10 DIAS LIQUEMINE

### DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: EMBOLIA GORDUROSA

### PACIENTE SEM CIRURGIA

### TRANSFERÊNCIA

Referência: \*\*\* Não Informado \*\*\*

### CONDIÇÕES DA ALTA

Condição da Alta: Curado

Data Programada da Alta: 12/08/2014

### OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

\*\*\* Não Informado \*\*\*

### RESPONSÁVEL

Médico: RAFAEL SOUSA BRITO

Data: 13/08/2014

| AGENDAMENTOS |          |          |
|--------------|----------|----------|
|              |          |          |
| Data :       | Data :   | Data :   |
| Hora :       | Hora :   | Hora :   |
| Código :     | Código : | Código : |

*Handwritten signature and initials.*

**Governo do Estado do Ceará**Secretaria de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRNInstituto de Saúde e Gestão Hospitalar  
Organização Social de Saúde

ISGH

**RELATÓRIO MÉDICO**Paciente: **056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA**Endereço: **RUA SILVA JARDIM Nº645 -**  
Bairro: **CENTRO**Sexo: **Masculino** Idade: **24 ano(s), 8 mes(es), 13 dia**  
(s)

CEP: .

Cidade: **VICOSA DO CEARA**  
UF: **CEARA****LOCALIZAÇÃO**Clínica: **CLÍNICA MÉDICA II** Enfermaria: **07** Leito: **214**Internação: **02/08/2014 00:00** Alta: **\*\*\* Não Informado \*\*\*** Hora: **\*\*\* Não Informado \*\*\*****RELATÓRIO**Tipo de Saída: **ALTA****RESUMO CLÍNICO**

PACIENTE 24ANOS VITIMA DE TRAUMA DE MOTOCICLETA COM FRATURA EXPOSTA EM FIBULA E TIBIA DIREITA.FOI REALIZADA FIXAÇÃO EXTERNA EM TIANGUA EVOLUINDO NO 3º POS OPERATORIO COM DISPNEIA SUBITA. FOI ENCAMINHADO AO HRN ONDE FOI REALIZADO EXAMES PARA EXCLUSAO INICIAL DE TEP POR MEIO DE EXAMES(ANGIO-TC, RX TORAX, TC) INTERNADO NA UTI PARA TRATAMENTO DO QUADRO E INVESTIGAÇÃO CLINICA. EVOLUIU ASSINTOMATICO EUPNEICO HIDRATADO CORADO E BOM ESTADO GERAL SEM QUEIXAS APARELHO RESPIRATORIO MV PRESENTES SEM RA FR:18 ACV RCR EM 2T SEM SOPROS.

**EXAMES REALIZADOS**

ECO TC RAO X USG DOPPLER DO MMII EXAMES LABORATORIAS (EM ANEXO)

**TERAPÊUTICA UTILIZADA**

REALIZADO ATB CEFEPIME POR 10 DIAS LIQUEMINE PROFILAXIS

**DIAGNÓSTICO**Diagnóstico: **EMBOLIA GORDUROSA****PACIENTE SEM CIRURGIA****TRANSFERÊNCIA**Referência: **\*\*\* Não Informado \*\*\*****CONDIÇÕES DA ALTA**Condição da Alta: **Curado**Data Programada da Alta: **12/08/2014****OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES****\*\*\* Não Informado \*\*\*****RESPONSÁVEL**Médico: **RAFAEL SOUSA BRITO**Data: **13/08/2014**

| AGENDAMENTOS |          |          |
|--------------|----------|----------|
|              |          |          |
| Data :       | Data :   | Data :   |
| Hora :       | Hora :   | Hora :   |
| Código :     | Código : | Código : |



**Governo do Estado do Ceará**Secretaria de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRNInstituto de Saúde e Gestão Hospitalar  
Organização Social de Saúde

ISGH

OSAS DELTA

**RELATÓRIO MÉDICO**Paciente: **056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA**Sexo: **Masculino**Idade: **24 ano(s), 8 mes(es), 7 dia(s)**Endereço: **RUA SILVA JARDIM Nº645 -**Bairro: **CENTRO**

CEP: .

Cidade: **VICOSA DO CEARA**UF: **CEARA****LOCALIZAÇÃO**Clínica: **UTI ADULTO I** Enfermaria: **UTI ADULTO I** Leito: **01**Internação: **02/08/2014 00:00** Alta: **\*\*\* Não Informado \*\*\*** Hora: **\*\*\* Não Informado**

\*\*\*

**RELATÓRIO**Tipo de Saída: **TRANSFERÊNCIA****RESUMO CLÍNICO**

PACIENTE 24 ANOS, ADMITIDO NA UTI HÁ 5 DIAS COM QUADRO DE DISPNEIA SUBITA A/E NO PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE TIBIA D. SUSPEITADO DE TEP, SENDO REALIZADO ANGIO TC: NEGATIVO P/ TEP. RAIOS-X DE TORAX EVIDENCIANDO CONSOLIDAÇÃO DE 1/3 MÍDIO E INFERIOR EM AMBOS HTX. PACIENTE EVOLUI COM MELHORA CLÍNICA DA DISPNEIA ASSOCIADO A ATB + FISIOTERAPIA RESPIRATORIA/VNI.

**EXAMES REALIZADOS**

HB 11,4 HT 35,7 LEUC: 5.160 SEG 63% PLQ 152.000 MG 2,3 UR 38 CR 1,01 NA: 135 K: 4,3 INR: 1,2 TTPA/R 1,45 ECO TT 02/08/14 - FE: 68%, CAVIDADES CARDÍACAS NORMAIS, SEM DIFUNÇÃO SEGMENTAR, FUNÇÃO SISTÓLICA E DIASTÓLICA NORMAIS, VALVAS NORMAIS, DOPPLER DE MMII - NEGATIVO P/ TVP ANGIO TC: NEGATIVO P/ TEP // OPACIDADES EM VIDRO FOSCO DIFUSAS EM PULMÕES CORTICAIS E CENTRAIS DE ASPECTO INESPECÍFICO

**TERAPÊUTICA UTILIZADA**

CEFEPIME DS PROFILAXIA PARA TEP COM LIQUEMINE SUPORTE INTENSIVO

**DIAGNÓSTICO**

Diagnóstico: -POLITRAUMATISMO+FRATURA DE TIBIA DIREITA+9ºPO FIXAÇÃO EXTERNA+ PNM(ASPIRATIVA)?

**PACIENTE SEM CIRURGIA****TRANSFERÊNCIA**Referência: **CRESUS****CONDIÇÕES DA ALTA**Condição da Alta: **Melhorado**Data Programada da Alta: **07/08/2014****OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES**

SOLICITAR TRANSFERENCIA PARA O HOSPITAL DE TIANGUA PARA DAR CONTINUIDADE AO TRATAMENTO COM CEFEPIME DS/D10

**RESPONSÁVEL**Médico: **JOSE RONALDO VASCONCELOS DA GRACA**Data: **07/08/2014**

| AGENDAMENTOS |          |          |
|--------------|----------|----------|
|              |          |          |
| Data :       | Data :   | Data :   |
| Hora :       | Hora :   | Hora :   |
| Código :     | Código : | Código : |

  
 Dr. Jose Ronaldo Vasconcelos da Graca  
 Médico  
 CRM: 6601 CPF: 404.225.423.34

Governo do Estado do Ceará  
Secretaria de Saúde  
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN

ISGH  
Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar  
Organização Social de Saúde

## RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA

Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s), 8 mes(es), 7 dia(s)

Endereço: RUA SILVA JARDIM Nº645 -

Bairro: CENTRO

CEP: .

Cidade: VICOSA DO CEARÁ  
UF: CEARÁ

## LOCALIZAÇÃO

Clínica: UTI ADULTO I Enfermaria: UTI ADULTO I Leito: 01

Internação: 02/08/2014 00:00 Alta: \*\*\* Não Informado \*\*\* Hora: \*\*\* Não Informado \*\*\*

## RELATÓRIO

Tipo de Saída: TRANSFERÊNCIA

## RESUMO CLÍNICO

PACIENTE 24 ANOS, ADMITIDO NA UTI HÁ 3 DIAS COM QUADRO DE DISPNEIA SUBITA A/E NO PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE TÍBIA D. SUSPEITADO DE TEP, SENDO REALIZADO ANGIO TC: NEGATIVO P/ TEP. RAIOS-X DE TORAX EVIDENCIANDO CONSOLIDAÇÃO DE 1/3 MEDIO E INFERIOR EM AMBOS HTX. PACIENTE EVOLUI COM MELHORA CLÍNICA DA DISPNEIA ASSOCIADO A ATB + FISIOTERAPIA RESPIRATORIA/VNI.

## EXAMES REALIZADOS

HB 11,4 HT 35,7 LEUC: 5.160 SEG 63% PLQ 152.000 MG 2,3 UR 38 CR 1,01 NA: 135 K: 4,3 INR: 1,2 TTPA/R 1,45 ECO TT 02/08/14 - FE: 68%, CAVIDADES CARDÍACAS NORMAIS, SEM DISFUNÇÃO SEGMENTAR, FUNÇÃO SISTOLICA E DIASTOLICA NORMAIS, VALVAS NORMAIS, DOPPLER DE MMII - NEGATIVO P/ TVP ANGIO TC: NEGATIVO P/ TEP // OPACIDADES EM VIDRO FOSCO DIFUSAS EM PULMÕES CORTICAIS E CENTRAIS DE ASPECTO INESPECÍFICO

## TERAPÊUTICA UTILIZADA

CEFPIME D2 PROFILAXIA PARA TEP COM LIQUEMINE SUPORTE INTENSIVO

## DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: -POLITRAUMATISMO+FRATURA DE TÍBIA DIREITA+6º PO FIXAÇÃO EXTERNA → DISPNEIA SUBITA A/E? TEP? PNM?

## PACIENTE SEM CIRURGIA

## TRANSFERÊNCIA

Referência: HRN

## CONDIÇÕES DA ALTA

Condição da Alta: \*\*\* Não Informado \*\*\*

Data Programada da Alta: \*\*\* Não Informado \*\*\*

## OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

TRANSFERENCIA PARA ENFERMARIA

## RESPONSÁVEL

Médico: VICENTE LOPES MONTE NETO

Data: 05/08/2014

| AGENDAMENTOS |          |          |
|--------------|----------|----------|
| Data :       | Data :   | Data :   |
| Hora :       | Hora :   | Hora :   |
| Código :     | Código : | Código : |

07/08/2014

Ass p/ clínica  
burocr, permite  
estes pontos.



Dr. Jose Ronaldo Vasconcelos da Graça  
Médico

CRM: 0001 CPF: 404.225.423.34

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH  
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN  
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



## FICHA DE ATENDIMENTO

**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**  
 Nome: FRANCISCO TIAGO DA SILVA  
 Nasc.: 30/11/1989 Idade: 24 ano(s) 8 mes(es) e 2 dia(s) Prontuário: 56059 Admissão: 02/08/2014  
 RUTE MARIA DA SILVA Sexo: Masculino RG:  
 Endereço: RUA SILVA JARDIM Nº645 Telefone: 88 92670367  
 Bairro: CENTRO CEP:

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**  
 Tipo: LARANJA Classificador: AMANDA MABEL FERREIRA LINHARES Horário: 12:52  
 Descrição: Cliente vítima de acidente de moto há 2 dias, apresentando fratura em MID. Há 12 horas evolui com dispnéia e há 2 horas com hematêmese.  
 Programa: DISPNEIA EM ADULTO  
 Risco: Sat O2 muito baixa  
 O2: 91 Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

**ATENDIMENTO**  
 Médico: DENIS COLARES SIQUEIRA DE OLIVEIRA CRM: 11338 Nº Atendimento: 98464 P.A.:  
 Tipo: REANIMAÇÃO ADULTO Acidente: Não Agressão: Não Peso:  
 Base Diagnóstico:  
 Anamnese:  
 Exame Físico:

É SUBMETIDO HÁ 2 DIAS A CIRURGIA ORTOPÉDICA, EVOLUI COM QUADRO DE DISPNEIA SUBITA E OPTÓICOS. TEP? CD: ESTABILIZAÇÃO E SOL EXAMES PARA REGULAR COM SANTA CASA DE MISERICORDIA

### EXAME

| Nome                                            | Data Solicitação | Urgente | Situação |
|-------------------------------------------------|------------------|---------|----------|
| OMETRIA ARTERIAL => REX (0202010732)            | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| IA => SANGUE REX (0202010694)                   | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| ASSIO => SANGUE REX (0202010600)                | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| INESIO => REX (0202010562)                      | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| A - TEMPO DE TROMBOPLASTINA => REX (0202020134) | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| MERO                                            | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| ORAX (LEITO) (0204030170) => REX                | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| ATININA = SANGUE > REX (0202010317)             | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| CIO TOTAL => REX (0202010210)                   | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| CIO IONIZAVEL => REX (0202010228)               | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| - TEMPO DE PROTROMBINA => REX (0202020487)      | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| IOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)            | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |
| IO => SANGUE REX (0202010635)                   | 02/08/201 13:11  | Não     | Pendente |

HOSPITAL  
REGIONAL  
NORTEISGH  
INSTITUTO DE SAÚDE E GERIATRIA  
HOSPITAL REGIONAL DO NORTEGOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁOrganização Social mantida com recursos próprios  
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA

Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s), 8 mes(es), 2 dia(s) Data: 02/08/2014

Local: UTI ADULTO I Leito: 01 MS.: VERONICA TAVARES ARAGÃO

**ECOCARDIOGRAMA BIDIMENCIONAL COM COLOR - DOPPLER**

MEDIDAS:

|                                          |        |
|------------------------------------------|--------|
| Diâmetro Diastólico Final do VE          | 49 mm  |
| Diâmetro Sistólico Final do VE           | 30 mm  |
| Espessura Diastólica do Septo IV         | 9 mm   |
| Espessura Diastólica da Parede Posterior | 9 mm   |
| Velocidade de Ejeção (Teicholz)          | 68 %   |
| Porcentual de Encurtamento Sistólica VE  | 38.2 % |
| Diâmetro da Aorta                        | 29 mm  |
| Diâmetro do Átrio Esquerdo               | 34 mm  |
| Diâmetro Basal do VD                     | 23 mm  |

**DIAGNOSTICO CONCLUSIVO**

EXAME REALIZADO COM ALGUMA DIFICULDADE TÉCNICA.

VIAJELAS ACÚSTICAS SUBÓTIMAS

DIMENSÕES CARDÍACAS COM DIMENSÕES E ESPESSURA NORMAIS

DIÂMETRO DA ARTÉRIA PULMONAR COM DIÂMETROS NORMAIS. AO/TAP &gt; 1

FUNÇÃO SISTÓLICA GLOBAL E SEGMENTAR NORMAL DO VENTRÍCULO ESQUERDO

FUNÇÃO SISTÓLICA BIVENTRICULAR NORMAL. (FEVE = 68%)

FUNÇÃO DIASTÓLICA NORMAL DO VENTRÍCULO ESQUERDO

VALVULAS MORFODINAMICAMENTE NORMAIS

NÃO FOI POSSÍVEL MENSURAR PSAP. SEM EVIDÊNCIA DE REFLUXO TRICÚSPIDE

NÃO FORAM OBSERVADOS TROMBOS, MASSA OU OBSTRUÇÕES INTRACARDÍACAS AO

CORTE

SEM EVIDÊNCIA DE SINAIS INDIRETOS DE HAP.

SEM EVIDÊNCIA DE DERRAME PERICÁRDICO

**EXAME DENTRO DA NORMALIDADE**

DR. VICENTE L. MONTE NETO

Cardiologia e Ecocardiografia

CRM 9402

Dr. Vicente Lopes Monte Neto

MÉDICO CARDIOLÓGISTA/ECOCARDIOGRAFISTA

CRM 9402

HOSPITAL  
REGIONAL  
NORTEGOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁOrganização Social mantida com recursos públicos  
provenientes de seus impostos e contribuições sociais

PACIENTE: FRANCISCO TIAGO DA SILVA

QUADRO: 56059

SOLICITANTE: TULIO SUGETTE DE AGUIAR

Idade: 24 anos | Sexo: Masculino

ENFERMARIA/LEITO: UTI ADULTO 1

DATA DO EXAME: 02.08.2014



## ANGIOTOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO TÓRAX PARA PESQUISA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

### Método:

Tomografia computadorizada de múltiplos detectores, durante administração de meio de contraste intravenoso.

### Análise:

Opacidades fibroatelectásicas corticais em lobos inferiores, sobretudo em lobo inferior direito. Múltiplas opacidades em "vidro fosco" difusas em pulmões corticais e centrais de aspecto inespecífico. Exame negativo para tromboembolismo pulmonar agudo. Estruturas vasculares mediastinais com trajeto e calibre preservado. Traqueia e brônquios centrais pèrvios, com calibre normal. Não há evidências de linfonodomegalias. Hilos pulmonares livres. Restante do parênquima pulmonar com atenuação preservada. Espaços pleurais virtuais. Arcabouço ósseo torácico sem particularidades.

Pablo Coimbra  
Médico Radiologista  
CRM-CE 6806

Contuário: 056059 - FRANCISCO TIAGO DA SILVA  
Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s), 8 mes(es), 2 dia(s) Data: 02/08/2014  
Enfermaria: OBSERVAÇÃO INTERMEDIARIA ADULTO Leito: 05  
MS.: TULIO SUGETTE DE AGUIAR



## Ecocolordoppler Venoso de Membros Inferiores

### Relatório:

Estudo realizado para a pesquisa de trombose venosa profunda.

Foram avaliadas as veias femoral comum, femoral, femoral profunda, safenas magnas, poplíteas, tibiais anteriores, tibiais posteriores e fibulares de ambos os membros inferiores.

Não foram identificados sinais evidentes de trombose venosa profunda.

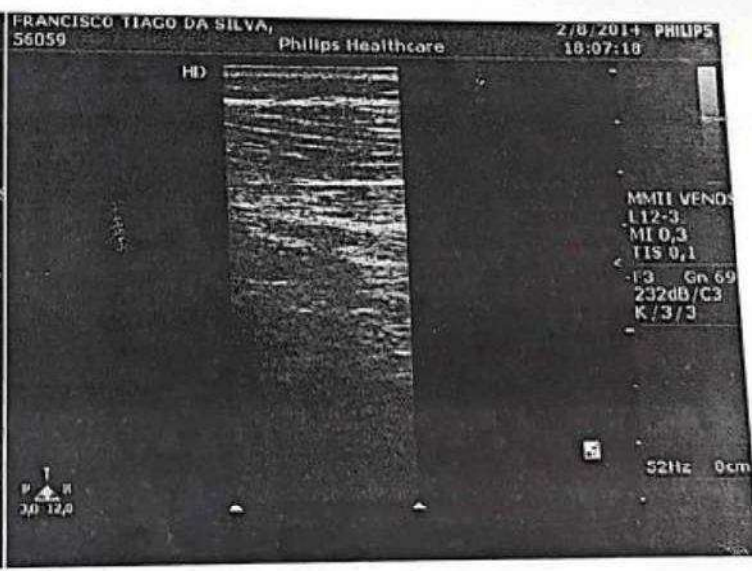
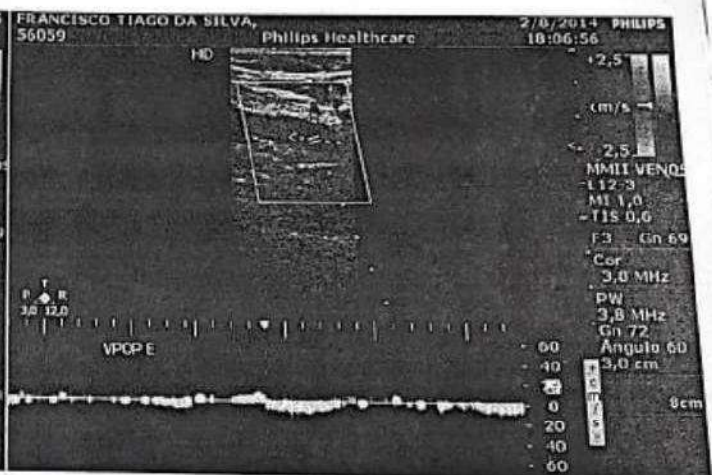
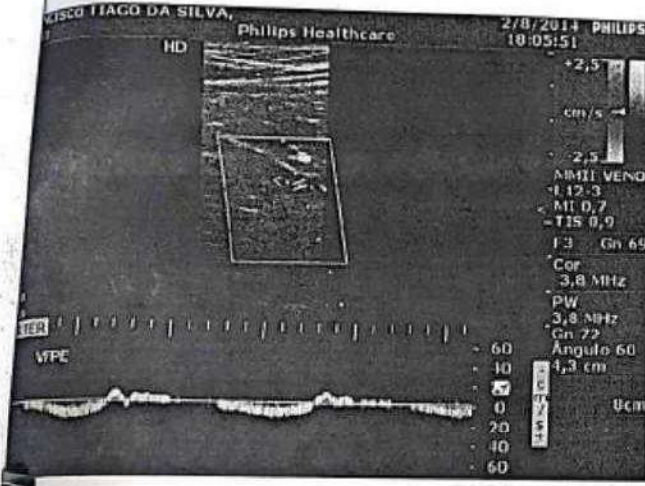
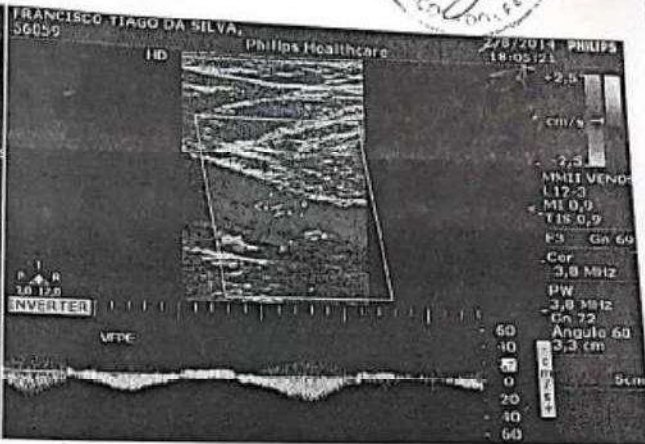
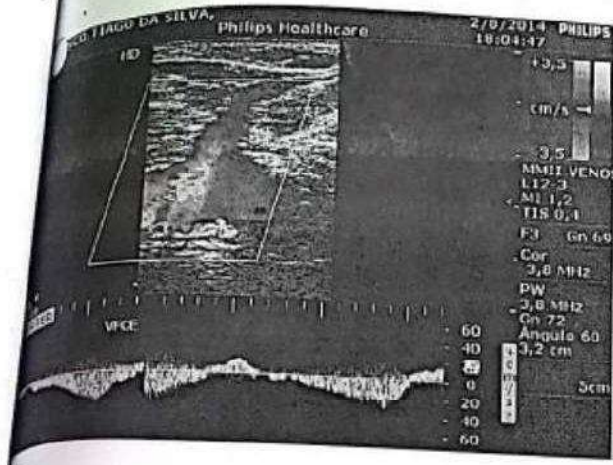
Os vasos estudados apresentaram preservação de seu aspecto morfológico e ecogenicidade, com manutenção de seu padrão fásico habitual.

### Impressão Diagnóstica:

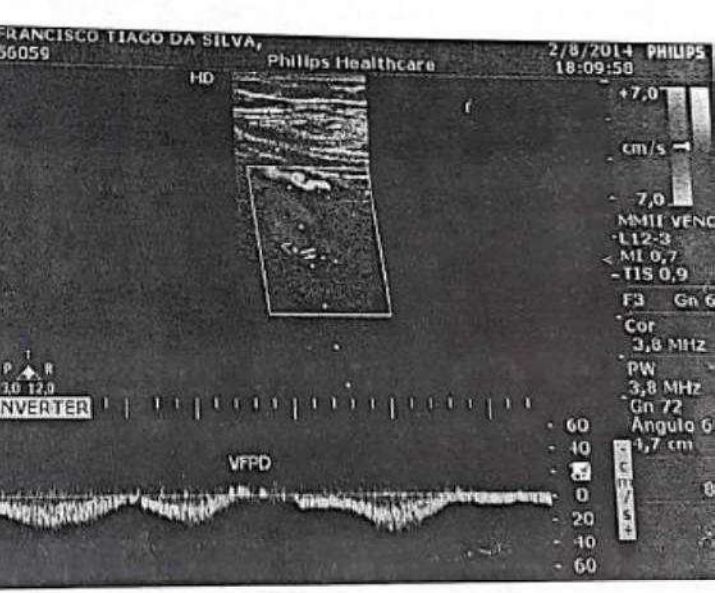
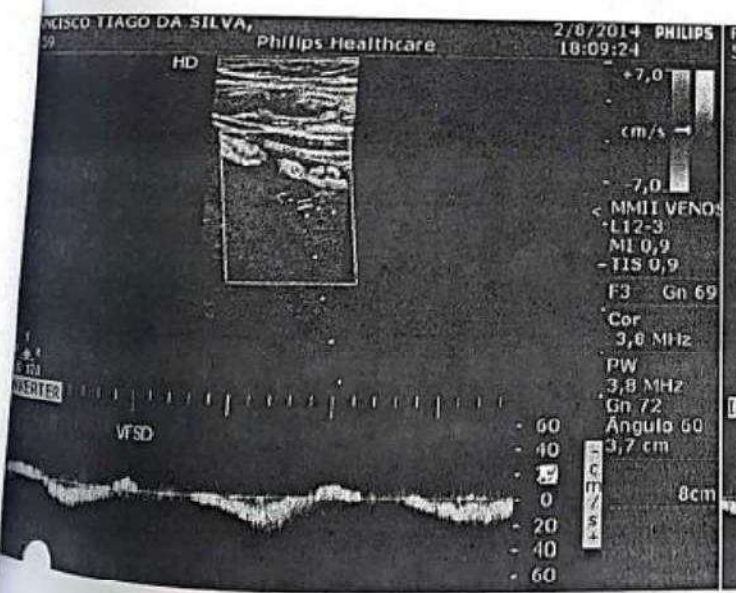
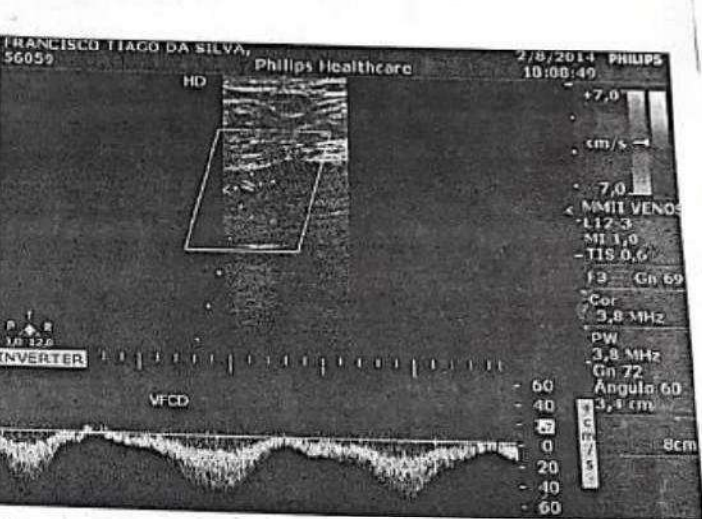
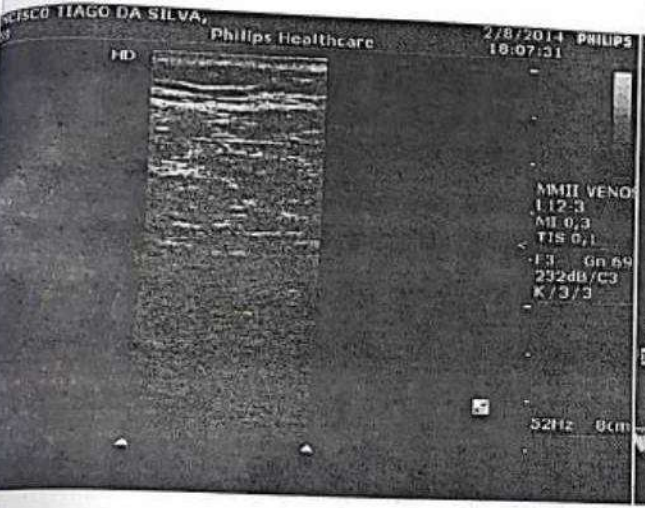
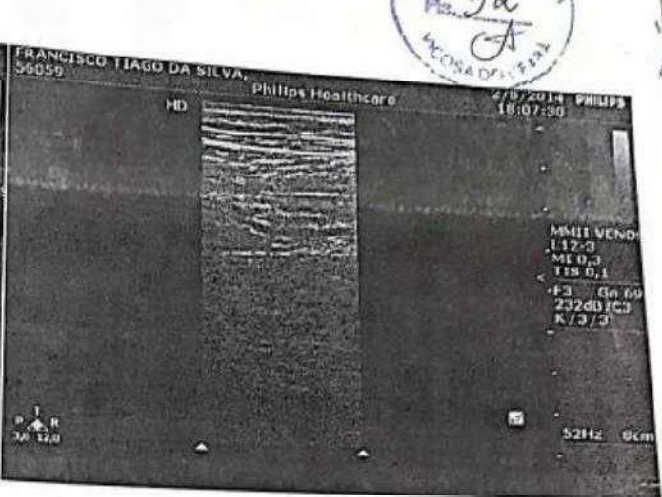
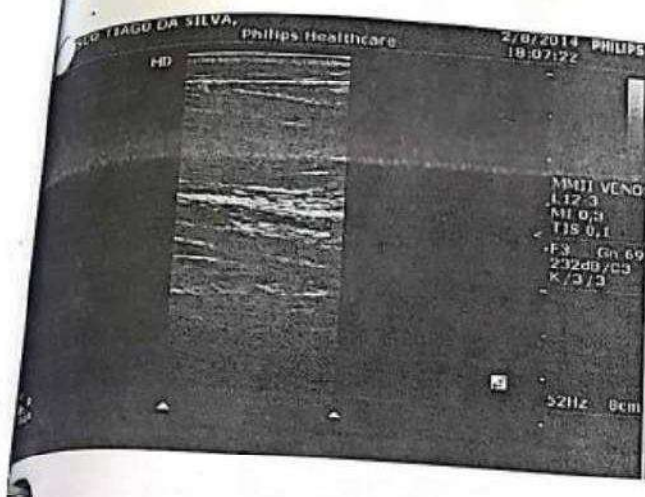
Exame sem achados sugestivos de trombose venosa profunda.

Kelner Portela Luz  
CRM 7386  
Médico Radiologista

Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem



32  
A  
SEÇÃO DE DIAGNÓSTICO  
FONÉTICA DE FALA



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE  
Hospital e Maternidade Madalena Nunes

3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE  
Francisco Rago da Silva

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
Rua: São João Sardenha

8 - DATA DE NASCIMENTO  
30/11/1929

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA  
Vila Rica - RJ

10 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

11 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

24 - 77 - Úlcera péptica  
FEC. pênica  
Pré-tumor de 1 cm  
Fibrose 1/3 medula  
Cirurgia urgente

12 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

13 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
A - e - + G - + K -

14 - DIAGNÓSTICO INICIAL

15 - CID 10 PRINCIPAL

16 - CID 10 SECUNDÁRIO

17 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

18 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

19 - CLÍNICA

20 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

21 - DOCUMENTO

22 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

23 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

24 - DATA DA SOLICITAÇÃO

25 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

26 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

27 - CNPJ DA SEGURADORA

28 - CNPJ EMPRESA

29 - CHAE DA EMPRESA

30 - CBOR

31 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

32 - EMPREGADO

33 - EMPREGADOR

34 - AUTÔNOMO

35 - DESEMPREGADO

36 - APOSENTADO

37 - NÃO SEGURADO

38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

39 - COD. ORGÃO EMISSOR

40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

41 - DOCUMENTO

42 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

231410312663

Luís Antônio Lima Solon  
CRM 9357  
Médico Auditor

Scanned by CamScanner

Rx OK!



*João Santos Silva*  
Assinatura do responsável



# HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CAMILO

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - Tianguá-Ce - CEP: 82.320-000

PABX: (88) 3671.2100 - CNPJ: 60.975.737/0060-01

www.saocamilotiangua.org.br

## AVISO DE ALTA

Data: 02/08/14

Às: 11:35 horas

Nome: Francisco Tiago da Silva

Ref. Nº 154846

Endereço: Rua: Jardim, Centro

Município: Picos do Ceará

Clínica: \_\_\_\_\_

Enfermaria: \_\_\_\_\_

Leito: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Médico: \_\_\_\_\_

Assinado pelo Médico: \_\_\_\_\_

TA POR:

Cura ☐

Melhorado ☐

Óbito ☐

Transferência ☒

Evasão ☐

A Pedido ☐

Assinatura da Enfermeira Chefe: \_\_\_\_\_

Assinatura do Paciente/ Responsável: João da Silva





## FOLHA DE ANAMNESE

Nome: Francisco Tiago da Silva Nº Prontuário 157846

| Idade | Sexo | Estado Civil | Naturalidade | Profissão | Procedência |
|-------|------|--------------|--------------|-----------|-------------|
|       |      |              |              |           |             |

Diagnóstico Provisório: \_\_\_\_\_

Diagnóstico Definitivo: Fratura Exposta pu-fº

Diagnóstico Secundário: \_\_\_\_\_

Data: 30/07/14

*[Signature]*  
Otorrinolaringologista  
CRM 123456

Médico - Cremec

- Histórico

- Exame Físico

- Sumário - Impressões Diagnosticas - Sugestões



Ad = e H050

*[Signature]*  
Otorrinolaringologista  
CRM 123456



# SÃO CAMILO

## HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

TIANGUA - CE  
Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3671.2100  
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - www.saocamilotiangua.org.br

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SAÚDE

### FOLHA DE OPERAÇÃO



|                                  |                |               |
|----------------------------------|----------------|---------------|
| Paciente: <i>Triago da Silva</i> |                | Nº REG.       |
| Data: <i>30/7/14</i>             |                | <i>157846</i> |
| ENF.                             | 1º AUXILIAR    | LEITO         |
| 3º AUXILIAR                      | INSTRUMENTADOR |               |
| TIPO DE ANESTESIA                |                |               |
| D-Inf                            |                |               |
| fratura existente                |                |               |
| para o                           |                |               |
| Reduzir e puzer                  |                |               |
| Mo-tagem fixador externo         |                |               |

RIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA

RADIOLOGICO NO ATO

ANTE DURANTE A OPERAÇÃO



### DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA  
MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOVISCERAS

1) pe DDH Reduzir e puzer  
sf9,9,1 102 3) Reduzir  
fixador  
Mo-tagem fixador externo  
2) fechamento  
curativa

Dr. Luiz Fernando



Scanned by CamScanner



# Sociedade Beneficente São Camilo

## Hospital e Maternidade Madalena Nunes



Paciente: Francisco Tiago da Silva

PRONTUÁRIO Nº  
154846

CATEGORIA:

QT./ENF.

LEITO

| PESO     | ALTURA      | SEXO        | TEMP.    | PULSO  | RESPIR. | PR. ART. MX/MIN |
|----------|-------------|-------------|----------|--------|---------|-----------------|
| 70 kg    | 1,70 m      | M           | 36,5°C   | 72 bpm | 18 rpm  | 120/80 mmHg     |
| Hemácias | Hemoglobina | Hematócrito | Glicemia | Ureia  | Urina   |                 |

DATA DA ANESTESIA

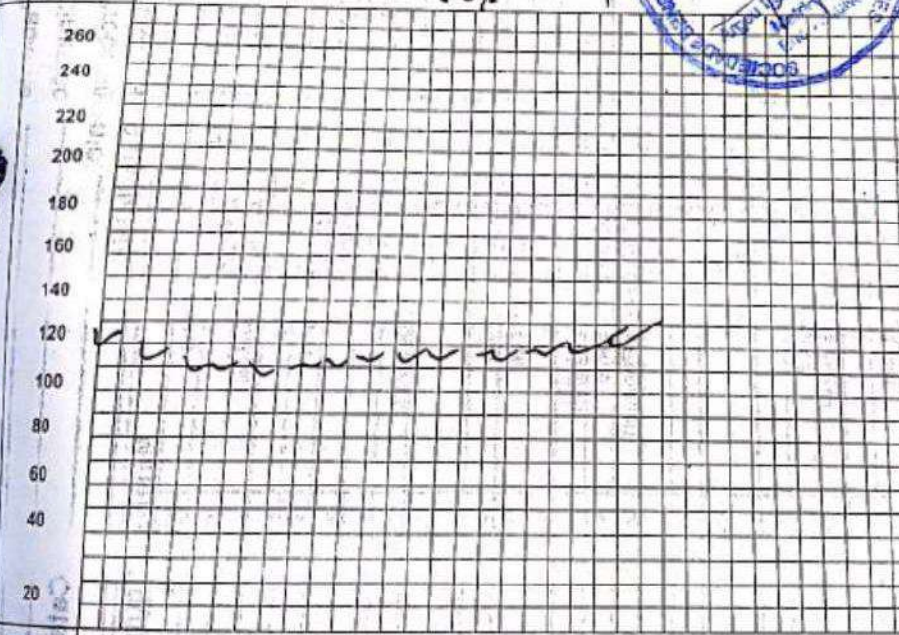
30.07.14

Antecedentes: Doença cardíaca  
Doença pulmonar  
Doença renal  
Doença hepática  
Doença endócrina  
Doença hematológica  
Doença neurológica  
Doença psiquiátrica  
Doença infecciosa  
Doença oncológica  
Doença autoimune  
Doença degenerativa  
Doença congênita  
Doença adquirida  
Doença hereditária  
Doença idiopática  
Doença de origem desconhecida  
Doença de origem múltipla  
Doença de origem variável  
Doença de origem fixa  
Doença de origem móvel  
Doença de origem instável  
Doença de origem estável  
Doença de origem transitória  
Doença de origem permanente  
Doença de origem temporária  
Doença de origem definitiva  
Doença de origem indefinida  
Doença de origem indeterminada  
Doença de origem desconhecida  
Doença de origem variável  
Doença de origem fixa  
Doença de origem móvel  
Doença de origem instável  
Doença de origem estável  
Doença de origem transitória  
Doença de origem permanente  
Doença de origem temporária  
Doença de origem definitiva  
Doença de origem indefinida  
Doença de origem indeterminada

Asma ☐ Bronquite ☐  
ECG ☐  
Alergia ☐  
Estado Mental ☐  
Ataxias ☐  
Corticoides ☐  
Hipotensores ☐ Outras Drogas ☐

Pré-Anestésica: 20  
Aplicada às: 10h  
Efeitos: sf - RL - 65% -

INDUÇÃO  
Etomidato ☒ Exol ☐ Tossa ☐  
Laringoespasmos ☐ Lenta ☐  
Náuseas ☐ Vômitos ☐  
Outros ☐



MANUTENÇÃO  
B02  
Anestesia Satisfatória ☒ **SIM** ☐ **NÃO**  
Não, porque:

DESPERTAR  
Reflexos na S.O. ☒  
Obst. ☐ Co. ☐ Exol. ☐  
Náuseas ☐ Vômitos ☐ Outros ☐  
Para tirar com Cânula ☒ **SIM** ☐ **NÃO**  
Condições ☐

Perdas Sanguíneas Aproximada 0 ml  
Volume Sanguíneo Repouso 0 ml

TEMPO DE ESPERA  
De 0 às 0 hs  
Anestesiologia Dr. Daniel Vieira Chaves

Dr. Daniel Vieira Chaves  
Médico

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSICÃO: Amplado + Dr. Borel  
AGENTES: Bupivacaína + Morfina  
TÉCNICA: Regui  
OPERAÇÃO: Tot. Cir. Fut. Exy. Perna of Fix.  
CONDIÇÕES:



SÃO CAMILO

## Boletim de Sala (Circulante)

Paciente: Francisco Tavares da Silva, Sr.  
Leito: 505

Prontuário: 157840 Sala: 505

Procedimento: Tatagem de Têtil e Falsos  
Cirurgião: Dr. Daniel  
Auxiliares: Dr. Daniel  
Anestesia: Roxane  
Tipo de Anestesia: Roxane  
Início da Cirurgia: 16:37 Término da Cirurgia: 17:40  
Instrumentadora: Alberta  
Circulante: Robine

Observações:



| Materiais                |       |      | Fios           |       |      |
|--------------------------|-------|------|----------------|-------|------|
| Nome                     | Unid. | Qtd. | Nome           | Unid. | Qtd. |
| Algodão Hidrófilo        | gr.   |      | Aciflex        | env.  |      |
| Algodão Ortopédico       | und.  |      | Algodão        | env.  |      |
| Aladura de Crepom 10cm   | und.  | 3    | Calgut Cromado | env.  |      |
| Aladura de Crepom 20 cm  | und.  | 2    | Calgut Cromado | env.  |      |
| Aladura Gessada          | und.  |      | Calgut Simples | env.  |      |
| Coletor Aberto de Urina  | und.  |      | Calgut Simples | env.  |      |
| Coletor Fechado de Urina | und.  |      | Ethibond       | env.  |      |
| Compressa Grande         | und.  |      | Ethibond       | env.  |      |
| Compressa Pequena        | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Contonoid's              | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Dreno Aspiração / Vácuo  | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Dreno de KEHR#           | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Dreno de PENROSE#        | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Dreno Torax              | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Esparrapado 10 cm        | cm    | 50   | Monocryl       | env.  |      |
| Faixa de Smach           | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Gaze 7,5x7,5 cm          | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Gaze Acolchoada 15x30 cm | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Gel                      | gr    |      | Monocryl       | env.  |      |
| Gelfoan                  | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Gorro Descartável        | und.  | 5    | Monocryl       | env.  |      |
| Irigafix                 | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Lâmina de Bisturi        | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Lâmina de Bisturi        | und.  | 24   | Monocryl       | env.  |      |
| Luva Descart. 6,5        | par   | 2    | Monocryl       | env.  |      |
| Luva Descart. 7,0        | par   | 2    | Monocryl       | env.  |      |
| Luva Descart. 7,5        | par   |      | Monocryl       | env.  |      |
| Luva Descart. 8,0        | par   |      | Monocryl       | env.  |      |
| Luva Descart. 8,5        | par   |      | Monocryl       | env.  |      |
| Máscara Descartável      | und.  | 5    | Monocryl       | env.  |      |
| Microprope               | cm    | 10   | Monocryl       | env.  |      |
| Propés Descartável       | par   |      | Monocryl       | env.  |      |
| Sonda Foley Vias#        | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Sonda Uretral            | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Surgicel                 | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Tampão Vaginal           | und.  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Tela de Marlex           | tubo  |      | Monocryl       | env.  |      |
| Vaselina esterilizada    | gr    |      | Monocryl       | env.  |      |
| Xilocaina Geléia         | gr    |      | Monocryl       | env.  |      |

| Equipamentos             |       |      | Soluções              |       |      |
|--------------------------|-------|------|-----------------------|-------|------|
| Nome                     | Unid. | Qtd. | Nome                  | Unid. | Qtd. |
| Aparelho de Endoscopia   | hora  |      | Água Oxigenada        | ml    |      |
| Artroscopia              | hora  |      | Água Oxigenada        | ml    |      |
| Bisturi Elétrico         | hora  |      | Alcool                | ml    |      |
| Fume                     | min   |      | Asseptol              | ml    |      |
| Gás Carbônico (Co2)      | hora  |      | Clorhex               | ml    |      |
| Histoscopia              | hora  |      | Contra                | ml    |      |
| Intensificador de Imagem | hora  |      | Elet                  | ml    |      |
| Microscópio Cirúrgico    | min   |      | Formol                | ml    |      |
| Videoparasópio           | min   |      | Glutarol              | ml    |      |
|                          |       |      | Povidone Iodine       | ml    |      |
|                          |       |      | Povidone Iodine       | ml    |      |
|                          |       |      | Soapex                | ml    |      |
|                          |       |      | Soro Fisiológico 0,9% | ml    |      |
|                          |       |      | SRL                   | ml    |      |

Prescritor: Jaques Augusto Idade: 24  
Quarto: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nº Registro: 154846 Convênio: SUS  
Médico: \_\_\_\_\_ Data: 30/7/14

PRESCRIÇÃO Nº \_\_\_\_\_

**SÃO CAMILO**  
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
TIANGUÁ - CE

Rua Assembleia de Deus, s/nº - Centro - CEP: 62320-000 - Fone: (88) 3674.2100  
CNPJ: 60.975.737/0060-01 - [www.saocamilotiangua.org.br](http://www.saocamilotiangua.org.br)

[illegible]

Viagra Expire date

25

| Observações                | Hora | T. | P.A. | D.     | Evac |
|----------------------------|------|----|------|--------|------|
| Urb: 30/04/2014.           |      |    | 98   | 132/10 |      |
| Paciente admitido com que- |      |    |      |        |      |
| adrede futura exstoma      |      |    |      |        |      |
| em m. J. com lesão         |      |    |      |        |      |
| costo-ventral e sempre     |      |    |      |        |      |
| ta ausência de apêndice    |      |    |      |        |      |
| nao hiteus estrepido       |      |    |      |        |      |
| nao MAG, nao DM            |      |    |      |        |      |
| no polidistal pulso        |      |    |      |        |      |
| chelo e regular, suado     |      |    |      |        |      |
| hidratacao normal, em      |      |    |      |        |      |
| evidencia pontos pela      |      |    |      |        |      |
| examinaçao, excoimto       |      |    |      |        |      |
| do a.c.c. para continua-   |      |    |      |        |      |
| ção em unidade, 9.45.2014  |      |    |      |        |      |
| 30/07/14 - 16:15 admido    |      |    |      |        |      |
| na CC para procedimento    |      |    |      |        |      |
| cirurgico de fratura       |      |    |      |        |      |
| de Tibia e Fibula          |      |    |      |        |      |
| com pontos e sutu-         |      |    |      |        |      |
| rao Dr. Daniel             |      |    |      |        |      |
| PA: 110x50                 |      |    |      |        |      |
| P: 98                      |      |    |      |        |      |
| Início: 15:57 h.           |      |    |      |        |      |
| Término: 17:40             |      |    |      |        |      |

Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA - 157846

Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

Idade: 24 Ano(s)

Leito: 110-0004

Médico Responsável: LUIS FERNANDO PANIZZA

Antibiótico(s) Solicitado(s)

CEFOTINA 1 G

GENTAMICINA(SULFATO) 80 MG

Dose Diária Dias Antibiótico(s) já usado(s) - última saída do item  
4 4  
240 4

Exames realizados nos últimos 30 dias (Interno e externo)

Programas

Identificado(s):

Ativa para a Solicitação

Terminário fratura exposta de perna  
Luis Fernando Panizza  
CRM: 116001

FRANCISCO TIAGO DA SILVA - CRM 12525

CCIH:



## HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

### Prescrição Médica

Página 001

30/07/2014 17:40

Prescrição: 0001

Data: 30/07/2014

Horário: 17:40

Unidade: SUS

Diagnóstico: S82.2 Fratura da diáfise da tibia

Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA

Aposento: ENFERMARIA

Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA

Setor: POSTO ENF 2

Prontuário: 157846/0002

Quarto/Leito: 110/0004

CRM: 12525

Data de Internação: 30/07/2014

OK 18:31

| Prescrição                                                          | Dosagem | Via  | Frequência | Apazamento   |
|---------------------------------------------------------------------|---------|------|------------|--------------|
| DETA GERAL                                                          |         |      |            | dieta geral  |
| ACESSO VENOSO                                                       |         |      |            | OK           |
| SF0,9% 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS                                    |         |      |            | 20 02 08     |
| CEFALOTINA 1 G famp                                                 | 4g      | E.V. | 06/06 H    | 20 02 08     |
| GENTAMICINA(SULFATO) 80 MG amp                                      | 5mg     | E.V. | 08/08 H    | 20 02 08     |
| CETOPROFENO 100MG EV amp DILUIR EM SF0,9% 100 ML EV DE 8 EM 8 HORAS |         |      |            | 20 02 08     |
| DIPIRONA SODICA 500 MG/ML - 2ML amp                                 |         | E.V. | 06/06 H    | 20 02 08     |
| RANITIDINA 50MG/2ML amp                                             |         | E.V. | 12/12 H    | 20 02 08     |
| MANUTER MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO                             |         |      |            | psicoterapia |
| PSICOTERAPIA MOTORA GANHO ADM PASSIVO                               |         |      |            | psicoterapia |
| SINAIS VITAIS                                                       |         |      |            | monitorar    |

### Evolução Clínica:

OPERADO LIMPEZA REDUÇAO E FIXADOR EXTERNO FRATURA EXPSOTA DE PERNA  
CIRURGIA SEM INTERCORRENCIAS

310714

Paciente: FRANCISCO TÁGO DA SILVA  
Aposento: ENFERMARIA  
Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA  
Setor: POSTO ENF 2

Prontuário: 157846/0002  
Quarto/Leito: 110/0004  
CRM: 12525

Data de Internação: 30/07/2014  
806- Extra.



|                                                                  | Dosagem | Via  | Frequência | Apazamento         |
|------------------------------------------------------------------|---------|------|------------|--------------------|
| DIAGNÓSTICO: FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA                         |         |      |            | 1) glicol<br>+ 10K |
| SORO VENOSO                                                      |         |      |            | 3) 500 500 500     |
| CLORURO DE SÓDIO 500 ML EV DE 8 EM 8 HORAS                       |         |      |            | 4) 1L 20 02 08     |
| INSULINA 1 G famp                                                | 4g      | E.V. | 06/06 H    | 5) 1L 00 08        |
| PARACETAMOL (SULFATO) 80 MG amp                                  | 5mg     | E.V. | 08/08 H    | 6) 1L 00 08        |
| KETOPROFENO 100MG EV amp DILUIR EM SF0,9% 100 ML DE 8 EM 8 HORAS |         |      |            | 7) 1L 20 08        |
| CLORURO DE SÓDIO 500 MG/ML - 2ML amp                             |         | E.V. | 06/06 H    | 8) 1L 20 08        |
| INSULINA 50MG/2ML amp                                            |         | E.V. | 12/12 H    | 9) 20 08           |
| MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO                                  |         |      |            | 10) Fisioterapia   |
| TERAPIA MOTORA GANHO ADM PASSIVO                                 |         |      |            | 11) Rotina         |
| SINAIS VITAIS                                                    |         |      |            |                    |

**Exame Clínico:**

Exatidão fratura exposta de perna  
Edema sem dor extensa passiva de pododactilos  
Antibióticos  
Analgesicos  
Sop

Luis Fernando Panizza  
CRM: 115501

ASSINATURA: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

10h Realizado R.X.  
neida.

Realizado curativo H3D.  
vereador.



Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA  
Aposento: ENFERMARIA  
Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA  
Setor: POSTO ENF 2

OK.  
E.E. 08:40  
Prontuário: 157846/0002  
Quarto/Leito: 110/0004  
CRM: 12525  
Data de Internação: 30/07/2014



|                                                         | Dosagem | Via  | Frequência | Aprazamento  |
|---------------------------------------------------------|---------|------|------------|--------------|
| DIETA GERAL                                             |         |      |            | dieta geral  |
| 500 ML EV DE 8 E M 8 HORAS                              |         |      |            |              |
| 1 G famp                                                | 4g      | E.V. | 06/06 H    | OK           |
| PARACETAMOL (SULFATO) 80 MG amp                         | 5mg     | E.V. | 08/08 H    | 14 20 02 08  |
| PROFENO 100MG EV amp DILUIR EM SF0.9% 100 ML EM 8 HORAS |         |      |            | 16 00 08     |
| CLORINA SODICA 500 MG/ML - 2ML amp                      |         | E.V. | 06/06 H    | 14 20 02 08  |
| CLORINA 50MG/2ML amp                                    |         | E.V. | 12/12 H    | 20 08        |
| MEMBRO INFERIOR DIREITO ELEVADO                         |         |      |            | atenção      |
| TERAPIA MOTORA GANHO ADM PASSIVO                        |         |      |            | fisioterapia |
| VITAIS                                                  |         |      |            | rotina       |
| CURATIVO 1 X AO DIA                                     |         |      |            | 10           |

Exatidão Clínica:

OPERATORIO FRATURA EXPOSTA DE PERNA  
RIL SEM DOR EXTENSAO PASSIVA DE PODODACTILOS  
DE ANTIBIOTICOS  
SICOS  
RAPIA

13 Versa 40mg SIC R/Rh  
começa Agora 29:00

Fazer tomografia 14 fígado e 5000U SIC 12/12h  
começa Agora 29:00.

Luis Fernando Panizza  
CRM-CE 12525

CAVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

AS 19:00 Rx torax PA+P com Unge-ca  
e Avaliar clínicamente medula  
He-torax ? pulso  
E volia gordinha ?



Dados Clínicos - Multidisciplinar

Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA  
Aposento: ENFERMARIA  
Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA  
Setor: POSTO ENF 2  
S82.2 Fratura da diáfise da tíbia S82.2 Fratura da diáfise da tíbia

Página 1  
Idade: 24 Anos  
Quarto/Leito: 110/0004  
CRM: 12525  
Especialidade: TRAUMA-ORTOPEDIA

EVOLUÇÃO FISIOTERAPIA

FISIOTERAPIA - 01/08/2014 08:45

EM PO DE FIXAÇÃO EXTERNA DE TÍBIA E FÍBULA E, APRESENTA-SE CONSCIENTE, ORIENTADO, COOPERATIVO, COM MODERADO DE TORNOZELO E JOELHO, COM DIMINUIÇÃO DE ADM PRA DORSO FLEXÃO E FLEXÃO PLANTAR, REFERE ALGIA CIRURGICA. CONDUTA: MASSAGEM PARA DRENAGEM DE EDEMA, MOBILIZAÇÃO PASSIVA DE DEDOS, TORNOZELO E EXERCÍCIO DE ISOMETRIA DE QUADRICEPS.

HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES  
Atenção Médica

0004  
08/2014  
23  
SUS  
S82.2 Fratura da diáfise da tíbia

Paciente: FRANCISCO TIAGO DA SILVA  
Aposento: ENFERMARIA  
Profissional Resp.: LUIS FERNANDO PANIZZA  
Setor: POSTO ENF 2



Página 001  
02/08/2014 09:23  
Quarto/Leito: 110/0004  
CRM: 12525  
Data de Internação: 30/07/2014

| Medicação                                                     | Dosagem | Via | Frequência | Aprazamento         |
|---------------------------------------------------------------|---------|-----|------------|---------------------|
| GENERAL                                                       |         |     |            |                     |
| VENOSO                                                        |         |     |            |                     |
| CLIVE DE 45 GRAUS E MASCARA VENTURI OX DO CONTINUO E OXIMETRO |         |     |            | OK                  |
| SONDA VESICAL                                                 |         |     |            |                     |
| 500 ML EV DE 4 EM 4 HORAS                                     |         |     |            | 500 500 500 500 500 |
| ALOTINA 1 G famp                                              | 4g      | E.V | 06/06 H    | 34 20 00 08         |
| ANTIMICINA(SULFATO) 80 MG amp                                 | 5mg     | E.V | 08/08 H    | 36 00 08            |
| ERRAZOL 40MG famp FAZER EV DE 6 EM 6 HORAS                    |         |     |            | 30 36 22 04         |
| FISIOTERAPIA RESPIRATORIA                                     |         |     |            | FISIOTERAPIA        |
| VITAIS                                                        |         |     |            | Retina              |

Atenção Clínica:  
GORDUROSA  
TEMESE  
OPERATORIO FRATURA EXPSOTA DE PERNA  
PERNEIRO  
OLUCITO VAGA HOSPITAL TERCIARIO EM SOBRAL SANTA CASA OU REGIONAL COM URGENCIA  
ERRAZOL  
HIDRATAÇÃO

às 11:15h pt. Transferido  
p/ Geral com familiares  
e tcc e ambulância ao  
Hospital de origem Vigor  
Nevell

Luis Fernando Panizza  
CRM: 115001

RESPONSÁVEL: LUIS FERNANDO PANIZZA - CRM-CE 12525

# REGISTRO DE ENFERMAGEM



Nome: Francisco Trago da Silva  
 NÚMERO: 158446002 LEITO: EXTRA DATA DA INTERNAÇÃO: 1 / 1  
 CONVÊNIO: Sus UNIDADE/SETOR:  
 TIPO DA INTERNAÇÃO:

## CONTROLES

| PA     | P  | T    | R  | GLICEMIA | DIURESE  | EVACUAÇÃO | ÊMESE | DRENO |
|--------|----|------|----|----------|----------|-----------|-------|-------|
| 140x80 | 75 | 36.5 | 23 | —        | presente | —         | —     | —     |
| 130x70 |    | 36°  |    |          | —        | presente  | —     | —     |
| 130x80 |    | 36°  |    |          |          |           |       |       |
|        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|        |    |      |    |          |          |           |       |       |



## DIETAS / VOLUME

## CONTROLE DE CATÁTERES E SONDAS

| VIA ORAL | SNG | SNE | NPT | AVP | CVC | SNG | SNE | SVC |
|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|          |     |     |     |     |     |     |     |     |

| EXAMES (Laboratório / Imagem) | Coletado / Realizado | Entregue |
|-------------------------------|----------------------|----------|
|                               | / /                  | / /      |
|                               | / /                  | / /      |
|                               | / /                  | / /      |
|                               | / /                  | / /      |
|                               | / /                  | / /      |
|                               | / /                  | / /      |

## CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

| DATA | HORA | LOCAL | MATERIAL UTILIZADO            | RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO | CURATIVOS     |
|------|------|-------|-------------------------------|-------------------------|---------------|
|      |      |       | ( ) jelco n.____ ( ) tree way |                         | ( ) Curativos |
|      |      |       | ( ) jelco n.____ ( ) tree way |                         | ( ) Curativos |
|      |      |       | ( ) jelco n.____ ( ) tree way |                         | ( ) Curativos |

# REGISTRO DE ENFERMAGEM



NOME: Francisco Trago da Silva

PRONTUARIO: 157946/0002 LEITO: EXTRA

DATA DA INTERNAÇÃO: 1 / 1

MEDICO: Sus CONVÊNIO: Sus

UNIDADE/SETOR:

INDICATIVO DA INTERNAÇÃO:

## CONTROLES

| ORA   | PA     | P  | T    | R  | GLICEMIA | DIURESE  | EVACUAÇÃO | ÊMESE | DRENO |
|-------|--------|----|------|----|----------|----------|-----------|-------|-------|
| 6:00  | 140x80 | 75 | 36,5 | 23 | —        | presente | —         | —     | —     |
| 07:00 | 130x70 |    | 36°  | —  |          | —        | presente  | —     | —     |
| 08:14 | 130x80 |    | 36°  |    |          |          |           |       |       |
|       |        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|       |        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|       |        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|       |        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|       |        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|       |        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|       |        |    |      |    |          |          |           |       |       |
|       |        |    |      |    |          |          |           |       |       |



## DIETAS / VOLUME

## CONTROLE DE CATÁTERES E SONDAS

| RA | VIA ORAL | SNG | SNE | NPT | AVP | CVC | SNG | SNE | SVC |
|----|----------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|    |          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|    |          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|    |          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|    |          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|    |          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|    |          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|    |          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|    |          |     |     |     |     |     |     |     |     |
|    |          |     |     |     |     |     |     |     |     |

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado / Realizado

Entregue

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

## CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

| HORA | LOCAL | MATERIAL UTILIZADO            | RESPONSÁVEL PELA PUNÇÃO | CURATIVOS     |
|------|-------|-------------------------------|-------------------------|---------------|
|      |       | ( ) jelco n.____ ( ) tree way |                         | ( ) Curativos |
|      |       | ( ) jelco n.____ ( ) tree way |                         | ( ) Curativos |
|      |       | ( ) jelco n.____ ( ) tree way |                         | ( ) Curativos |