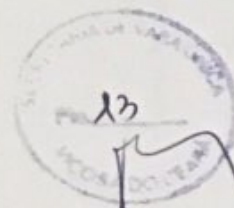


PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"



Nome João Batista da Costa Silva
nacionalidade Brasileira, estado civil solteiro,
profissão Agricultor, RG nº 2007112719-9 SSP/CE,
CPF nº 034.676.823-32, residente e domiciliado(a) na
Sítio Juu dos Velhos nº 512
bairro Zona Rural, na cidade de Vigosa - CE.

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada, **Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA**, advogada regularmente inscrito na OAB/TO 4225, com escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá-Ce.

A quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad-judícia", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, ação ordinária, procedimento sumário, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, para o fim do disposto nos artigos nº. s 447 do Código do Processo Civil, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

Vigosa -CE, 02 de maio de 20 17.

João Batista da Costa Silva

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu João Batista da Costa Silva, estado civil solteiro,
nacionalidade brasileira, RG nº 2007112719-9 SSP/CE,
profissão Agricultor, residente e domiciliado(a) na
CPF nº 034.676.823-32, zona rural, bairro Zona Rural,
zona dos Vilas, nº 56, 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.

Luiz - 02 de maio de 2017.

João Batista da Costa Silva

Assinatura

15
P

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

02/05/2008

DATA DE
EMISSÃO

REGISTRO
GERAL 2007112719 - 9

NOME
JOÃO BATISTA DA COSTA SILVA
FILIAÇÃO
GILMENO FERREIRA DA SILVA
MATERIA REGISTRADA DA COSTA SILVA

NACIONALIDADE
CANADENSE - CE

DATA DE NASCIMENTO
15/05/1989

CPF: 000000000-00

ENDEREÇO: RUA JACQUES KATZ, 1318 - FLORES, 1723 - VITÓRIA - ES

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 11006/2005

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

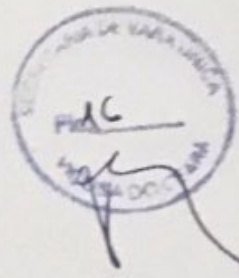
CPF

034.676.823-32

JOÃO BATISTA DA COSTA

15/05/1989

megadata - 0000 / 666 640



coelce
Companhia de Energia Elétrica do Ceará

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-117

Nome: **FRANCISCA VIEIRA DE LORAES** Data de Emissão: **30/08/2013**
 End. Postal: **ST JUA DOS VIEIRAS 00000**
 - **VICOSA CEARA -**
 Medidor: **5313361**
 Classe: **04-RURAL MONOFASICO**
 RG / CPF / CNP: **000000001935**
 Nome do Responsável: **CCF**
 Fator de Potência: **0,60**

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto: **VICOSA DO CE**

Base do Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
15200		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO E O CONSUMO

Letr. Anual	Letr. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Consum. Ind.	Carga. Fixa	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
19206	19206	1,00	0	0,00		0,20	0,00

VALOR CONSUMO DO MES **6,07**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	3,73
Transmissão	0,20
Distribuição	1,84
Encargos Setoriais	0,35
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,05
TOTAL	6,07

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mes	Ano	Consumo (kWh)
101	0	0
49	68	66
59	59	74
74	108	198
198	189	143

importante

CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO: Informamos que o débito vencido sem pagamento até esta data, no valor de R\$ 66,71. Conforme art. 17, Lei 4.091, Anel 14/18, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor considerar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
02/2005	17,88
05/2016	22,58
03/2012	24,05

PAGAR

Consta desta fatura R\$ 6,06 referente a PIS e COFINS.

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

megadata - 0000/666640

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1428 / 2014

Dados da Ocorrência

Tipo do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Hora da Comunicação: 10/10/2014 14:51:07
Hora da Ocorrência: 31/03/2014 21:30:07
Local da Ocorrência: SIT JUA DOS VIEIRAS

Local Informado: VICOSA DO CEARÁ / CE
Endereço de Referência: BAR DO NATINHO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOÃO BATISTA DA COSTA SILVA
Data de Nascimento: 15/05/1989
CPF: 20071127199 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Nome: RAIMUNDO FERREIRA DA SILVA
Nome: MARIA MARGARIDA DA COSTA SILVA
Local: SIT JUÁ DOS VIEIRAS
CEP: 62300000
Município: VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL

Telefone:

Histórico

VIÍMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA NOTICIAR NA DATA E HORA CITADA QUE ESTAVA DE CARONA NA CARROCERIA DO CARRO DE MARCA/MODELO: M.BENZ/710, COR: PRETA, PLACA: JJB2283, ANO E MODELO DE FABRICAÇÃO: 2004/2004, CHASSI: 9BM6KK1564B371249, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO JOSE SOUSA DE MORAIS, PELO POVOADO DE JUÁ DOS VIEIRAS, ZONA RURAL DE VICOSA DO CEARÁ, QUANDO SE DESEQUILIBRO DECTIMA DO CARRO DEPOIS DO CONDUTOR TER FEITO UMA CURVA; QUER VEIO A CAIR AO CHÃO E TEVE FRATURA DA PERNA DIREITA. QUER FOI SOCORRIDO POR POPULARES AO HOSPITAL DE VICOSA DO CEARÁ E CAMINHADO AO HOSPITAL REGIONAL NORTE DE SOBRAL-CE, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO E ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO CONSEGUIU SE RECUPERAR DA LESÃO CAUSADA PELO ACIDENTE. ESTE B.O É PARA FINS DE PVAT. QUE NADA MAIS DISSE, NEM SE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Aderson de Oliveira Alves
ADERSON DE OLIVEIRA ALVES - MAT.: 300084-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: João Batista da Costa Silva

ASSINATURA DO DELEGADO(A): GILK DA SILVA SANTOS - MAT.: 198400-1-8

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

Pág. 1 de 1
Impresso em: 13/10/2014 04:33

[conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT Site Oficial –

[Acesse o vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora
Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de
Atendimento](#)
- [Fraude é crime
Denuncie aqui](#)
- [SAC
0800 0221204](#)
- [Auto
Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3150259702 - Resultado de consulta por beneficiário

ITIMA JOAO BATISTA DA COSTA SILVA

OBERTURA Invalidez

EGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO

BENEFICIÁRIO JOAO BATISTA DA COSTA SILVA

CPF/CNPJ: 03467682332

Posição em 23-11-2015 12:23:31

Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
10/06/2015	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

Acessibilidade

A- A- ■

Tradução em Libras

Leitura de Páginas

Atalhos de teclado

Acessibilidade

Como dar entrada

- Como dar entrada - Dicas importantes
- Documentos despesas médicas
- Documentos invalidez permanente
- Documentos morte
- Onde dar entrada
- Dicas indispensáveis

Pague seguro

- Como pagar
- Consulta a pagamentos efetuados
- Informações gerais

Acompanhe o Processo

- Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.
- Mapa do Site
- Dicionário do DPVAT
- Imprensa
- Outros serviços
- Blog Viver Seguro no Trânsito

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

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

João Batista de Azeite Silva

Nº DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

31/03/2014

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

31/03/2014

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Dr. Luiz Fernando Paes CRM 0012525 TEST 12025

DIAGNÓSTICOS RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura do fêmur do lado direito com lesão do nervo ciático. Radiografias e exames em geral. (D)

DADOS RESULTANTES DOS TRATAMENTOS REALIZADOS(DATAS):

Complicação grave com osteíte necrosante e perda de tecido ósseo. Necessidade de cirurgia para fixação da fratura e desbridamento da osteíte. Exatidão da perda da coxa.

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

- 1ª) Perda da coxa (D) 40%
- 2ª) Perda da coxa (D) 50%
- 3ª) Perda da coxa (D) 60%
- 4ª)
- 5ª)

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE outubro/2013 a outubro/2014 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Ortopedia / Trauma

LOCAL

20/10/15

DATA

Dr. Luiz Fernando Paes

ASSINATURA E CARIMBO

CRM 0012525 TEST 12025

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

ingadata - 0000/ 666640

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 Prontuário: _____ COR: _____
Paciente: João Batista da Costa Silva DN: 15/05/1989
Estado Civil: _____
Mãe: Maria Magdalena da Costa Silva Nome do Pai: Raimundo Ferreira da Silva
Profissão: João das Neves Município: Viçosa - CE
Hora do atendimento: 31/03/2014 21:30 Horas
Religião: _____
Assinatura: 2007112719-9

Assinatura do Paciente ou Responsável

Sinais Vitais: _____
x ☐ MM Hg FR ☐ Inc/min FC ☐ Bat/min Temp. ☐ °C. Peso: ☐

Queixa Principal: lesão na cabeça de queda de moto
com perda consciente por 10 min

Exame Físico: _____

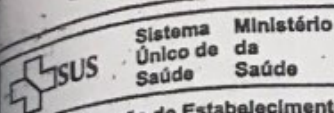
Hipótese Diagnóstica: _____

Diagnóstico Definitivo: Queda de moto

CID:

Dr. Antônio César V. Ribeiro
MÉDICO - CRM 8937
CPF: 036.833.254-18

23-63



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE I

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE I

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

João Batista de

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Margarida de

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua José dos Reis, 511

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Vigosa do Brasil

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Orgão Emissor: M231290801

AIH: 231410175465-7

Est: HOSP. DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

JOAO BATISTA DA COSTA SILVA

Nascimento: 15/05/1989

D. Autoriza: 02/04/2014

Procedi: 0413040178-TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXT

Op. Sistema: MICHELE

Protocolo: 212237

MEDICO RESPONSÁVEL

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente, apresentando lesão infectada extensa em coxa direita, eliminando secreção com odor fétido; medindo $\pm 50 \text{ cm}^2$.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de Complicações

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

Anamnese + Exame Físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão Infectada Extensa

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia Cirúrgica Extensa

26 - CLÍNICA

Cirurgia

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Estevam Ponte

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

31/03/14

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

Estevam Ponte Filho

CPF: 370.787.713-20

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

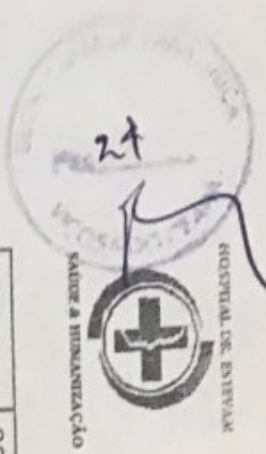
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Gelson Vasconcelos Lima
Médico Autoriz. - DEMASUS - Sobral-CE

040414



HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 02.304.065/0001-56

ENFERMEIRO(A) PRONTUÁRIO HORA

Enfermeira:	23	Leito:	63	CLÍNICA	DENISE	349390.	21:42 H	Admissão:	Altaz:	
Nome:	JOÃO BATISTA DA COSTA SILVA								31/03/14.	19/04/14
Diagnóstico:	LIMPEZA CIRÚRGICA EXTENSA EM "PERNA DIREITA"									
DATA:	01/04/2014.									
PRESCRIÇÃO MÉDICA					HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO		EVOLUÇÃO MÉDICA			
DIETA GERAL										
OXACILINA 1 G EV 6/6 H					08/	14/	20/	02/	Melhora do Estado Geral	
CIPRO 500 MG VO 12/12 H					08/		20/		Corado	
DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6 H					08/	14/	20/	02/	Hidratado	
FLAGIL 500 MG EV 8/8 H					08/	16/	00/		Eupnéico	
DIAZEPAN 10 MG VO NOITE							20/		Lesão Extensa atingindo todo o Membro Inferior Direito	
ROCEFIN 1 G EV 12/12 H					08/		20/		Sem Febre	
VANCOMICINA + SF 500 ML EV 6/6 H					08/	14/	20/	02/	Refere Dor Local	
PLASIL + AD EV 8/8 H					08/	16/	00/		Dificuldade de Deambular	
CURATIVO					06/				MV (+) Bilateral sem R.A	
									CD: VPM	
									FEBRE 13-20	
									CIBIL 13-20	



Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce

Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 02.304.065/0001-56

SAÚDE & HUMANIZAÇÃO

ENFERMEIRO(A) PRONTUÁRIO HORA

[illegible]



HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 02.304.065/0001-56

SAÚDE & HUMANIZAÇÃO

[illegible]



Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce
(88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

Phone: (88) 20132202
CNPJ: 02.304.065/0001-56
INSTITUTO FEDERAL DO RIO GRANDE (FURG)

ENFERMEIRO(A)	PRONTUÁRIO	HORA
349390	21:42	

Admissão:	Alta:
31/03/14.	09/04/14

Enfermaria:	23	Leito:	63	CLÍNICA	DENISE	349390	21:42 H	Admissão:	31/03/14	Alta:	09/04/14
Nome:	JOÃO BATISTA DA COSTA SILVA										
Diagnóstico:	LIMPEZA CIRÚRGICA EXTENSA EM "PERNA DIREITA"										
DATA:	05/04/2014.	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO				EVOLUÇÃO MÉDICA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA											
DIETA GERAL	08	14	20	02	Melhora do Estado Geral						
OXACILINA 1 G EV 6/6 H	08		20		Transf. 3º Com C.H						
CIPRO 500 MG VO 12/12 H	08	14	20	02	Hidratado						
DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6 H	08	16	00		Eupnéico						
FLAGIL 500 MG EV 8/8 H			20		Discreta Dor no Local						
DIAZEPAN 10 MG VO NOITE	08		20		F.O com Bom Aspecto						
ROCEFIN 1 G EV 12/12 H	08	14	20	02	Sem Febre						
VANCOMICINA + SF 500 ML EV 6/6 H	08	16	00		Mantém Secreção						
PLASIL + AD EV 8/8 H	06				Aceita Dieta Ofertada						
CURATIVO										MV (+) Bilateral sem R.A	
CD: Mantida											



HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 02.304.065/0001-56

ENFERMEIRO(A) PRONTUÁRIO

HORA

Enfermaria:	23	Leito:	63	CLÍNICA	DENISE	349390.	21:42 H	Admissão:	31/03/14.	Alta:
-------------	----	--------	----	---------	--------	---------	---------	-----------	-----------	-------

09/04/14

JOÃO BATISTA DA COSTA SILVA

LIMPEZA CIRÚRGICA EXTENSA EM "PERNA DIREITA"

Diagnóstico:

DATA: 06/04/2014.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA GERAL		
OXACILINA 1 G EV 6/6 H	08' 14' 20' 02'	Melhora do Estado Geral
CIPRO 500 MG VO 12/12 H	08' 20'	Transf. Com 4º C.H
DIPRONA 2CC + AD EV 6/6 H	08' 14' 20' 02'	Hidratado
FLAGIL 500 MG EV 8/8 H	08' 16' 00'	Eupnéico
DIAZEPAN 10 MG VO NOITE	20'	Mantém Dor Local
ROCEFIN 1 G EV 12/12 H	08' 20'	F.O com Bom Aspecto
VANCOMICINA + SF 500 ML EV 6/6 H	08' 14' 20' 02'	Sem Febre
PLASIL + AD EV 8/8 H	08' 16' 00'	Mantém Secreção
CURATIVO	06'	Aceita Dieta Ofertada
		MV (+) Bilateral sem R.A
		CD: Solicito Cultura e Antibiógrama de Ferida Operatória



HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 02.304.065/0001-56

ENFERMEIRO(A) PRONTUÁRIO HORA

Enfermaria:	23	Leito:	63	CLÍNICA	DENISE	349390.	21:42 h	Admissão:	Alta:
Nome:	JOÃO BATISTA DA COSTA SILVA								
Diagnóstico:	LIMPEZA CIRÚRGICA EXTENSA EM "PERNA DIREITA"								
DATA:	08/04/2014.								

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA GERAL		
OXACILINA 1G EV 6/6 H	08 ^h 14 ^h 20 ^h 02 ^h	Melhora do Estado Geral
VANCOMICINA + SF 500 ML EV 6/6 H	08 ^h 14 ^h 20 ^h 02 ^h	Corado
ROCEFIN 1 G EV 12/12 H	08 ^h 20 ^h	Hidratado
CIPRO 500 MG VO 12/12 H	08 ^h 20 ^h	Eupnéico
DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6 H	08 ^h 14 ^h 20 ^h 02 ^h	Diminuição da Dor
FLAGIL 500 MG EV 8/8 H	08 ^h 16 ^h 00 ^h	F.O com Bom Aspecto
AMICACINA + SF 100 ML EV 8/8 H	08 ^h 16 ^h 00 ^h	Lesão Extensa
DIAZEPAN 10 MG VO NOITE	08 ^h 20 ^h	Não Deambula
PLASIL + AD EV 8/8 H	08 ^h 16 ^h 00 ^h	Sem Febre
CURATIVO	08 ^h	MV (+) Bilateral sem R.A
		CD: Mantida



HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

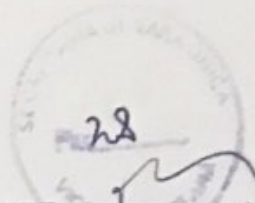
Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 02.304.065/0001-56

Enfermaria:	23	Leito:	63	CLÍNICA	ENFERMEIRO(A)	PRONTUÁRIO	HORA
Nome:	JOÃO BATISTA DA COSTA SILVA				DENISE	349390.	21:42 h
Diagnóstico:	LIMPEZA CIRÚRGICA EXTENSA EM "PERNA DIREITA"					Admissão:	Alta:
DATA:	07/04/2014.					31/03/14.	09/04/14.

PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO ADMINISTRAÇÃO	EVOLUÇÃO MÉDICA
DIETA GERAL		
OXACILINA 1G EV 6/6 H	08/ 14/ 20/ 02/	Melhora do Estado Geral
VANCOMICINA + SF 500 ML EV 6/6 H	08/ 14/ 20/ 02/	Corado
ROCEFIN 1 G EV 12/12 H	08/ 20/	Hidratado
CIPRO 500 MG VO 12/12 H	08/ 20/	Eupnéico
DIPIRONA 2CC + AD EV 6/6 H	08/ 14/ 20/ 02/	Dor Local
FLAGIL 500 MG EV 8/8 H	08/ 16/ 00/	F.O com Bom Aspecto
AMICACINA + SF 100 ML EV 8/8 H	08/ 16/ 00/	Eliminando Secreção
DIAZEPAN 10 MG VO NOITE	20/	Não Deambula
PLASIL + AD EV 8/8 H	08/ 16/ 00/	Sem Febre
CURATIVO	06/	MV (+) Bilateral sem R.A
		CD: Mantida



Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce
(88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 07.304.000/0001-00	PRONTUÁRIO	HORA
ENEERMEIRO(A)		

ENFERMEIRO(A)	PROFESSOR	1983
240300	2142	

Admissão:	Alta:
-----------	-------

Admissão:	Alta:
-----------	-------

ES 1018 ~~1018~~ 1017 113:00
CPM. 1300



HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

Boulevard Cel João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce.

Fone: (88) 3613.2626 - CEP.: 62.010-190

CNPJ.: 02.304.065/0001-56

29
fr

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

João Batista da Costa ^{Silva} Enfer. 23 Leito: 61 Registro: 54939

22:15. Paciente admitido nesta unidade hospitalar. Apresenta febre, tosse, dor no peito, dificuldade para respirar, perda de peso, fadiga, náusea, vômito, diarreia, urticária, edema, etc.

23-04. Paciente em repouso no leito com lesão infectada coxa D. com secreção purulenta. Prestado cuidados de enfermagem. 24-04. Paciente em repouso no leito com lesão infectada coxa D. com secreção purulenta. Prestado cuidados de enfermagem.

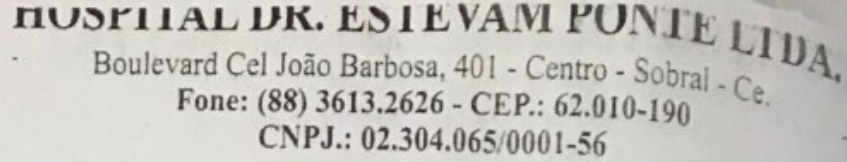
25-04. Paciente em repouso no leito com lesão infectada coxa D. com secreção purulenta. Prestado cuidados de enfermagem.

26-04. Paciente em repouso no leito com lesão infectada coxa D. com secreção purulenta. Prestado cuidados de enfermagem.

27-04. Paciente em repouso no leito com lesão infectada coxa D. com secreção purulenta. Prestado cuidados de enfermagem.

28-04. Paciente em repouso no leito com lesão infectada coxa D. com secreção purulenta. Prestado cuidados de enfermagem.

29-04. Paciente em repouso no leito com lesão infectada coxa D. com secreção purulenta. Prestado cuidados de enfermagem.



Nome: João Batista da Costa Enfer. 23 Leito: 03
Data: Silva

Scanned with CamScanner



RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Paciente: JOÃO BATISTA DA COSTA Enfer. 23 Leito: 63 Registro: 34839

Data	20/20	TRANSFUSÃO SANGÜEA COM PRIMEIRA CONCENTRADO DE HEMACIAS
04-14-035	12h	TRANSFUSÃO A SEGUNDA CONCENTRADO DE HEMACIAS BOLSA DE N. 3386
		<u>JOÃO BATISTA</u> CNPJ 7365
04-14-001	22h	paciente em repouso no leito. Como quebra de pressão segundo dor em M.I. Maria Celia de S. Auxiliar de Enfermagem COREN-CE 242279
	23h	paciente em repouso no leito. Como quebra de pressão segundo dor em M.I. Maria Celia de S. Auxiliar de Enfermagem COREN-CE 242279
05-04	8h	paciente repouso no leito, eufórico. Algum M.I.D. volume eutímico. Período mantido repouso no leito. dificuldade deambular. Sub P2. Pulso
05-04	14h	paciente repouso no leito eufórico. Algum M.I.D. não deambula. seu estado inspira. eutímico eufórico. PA 110x60. Sub P2. Pulso
15-40	20h	transfusão curativo. Pulso Sub P2. Pulso
20h	21h	transfusão em repouso no leito. eutímico. Período mantido repouso no leito. dificuldade deambular. seu estado inspira. eutímico eufórico. PA 110x60. Sub P2. Pulso
	21h	transfusão 3ª transfusão de Hemácias
	23h	transfusão 4ª transfusão de Hemácias
		transfusão 5ª transfusão de Hemácias

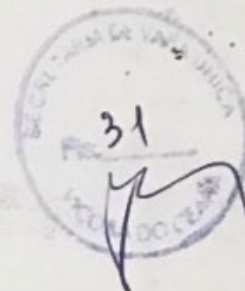
HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

Boulevard Cel João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce.

Fone: (88) 3613.2626 - CEP.: 62.010-190

CNPJ.: 02.304.065/0001-56

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM



João Batista, da Costa Enfer. 23 Leito: 63 Registro: 34939

Silva

- 08/04 08:00 8hs. Afetado, suprico, astenico
tosses, agni no MIO com
lesões com tecido necrosado com
odor fétido. Eliminando secreções
purulentas. Sub 206211
- 08/04 12:00 12hs. 12:00
14hs. Paciente hipocorado, agni no
MIO tecido necrosado, secreções pur-
ulentas seu estado insperado cui-
dados enfermagem. Sub 172. Angéla
- 08/04 16:30 16:30 paciente apresentou febre 38°C.
Sub 172. Angéla
- 08/04 17hs 17hs paciente com miasas no local afetado
Sub 172. Angéla
- 08/04 20:00 20:00 Paciente em repouso no leito,
com edema na região afetada, não
consegue deambular, com febre
Conf = Denise - 166.424
- 08/04 04:34 04:34 cliente em repouso no leito, agni, suprico,
hipocorado, secreções purulentas no MIO; agni-
dando transferência para o Hospital Regional
Norte Para ser avaliado pelo Vascular. em
tempo sem alteração. Pa: 120/110 x 37. 14/08/2010
- 09/04 13:34 09/04 Paciente transferido para HRN. Leito
na equipe do Samu. Conf = Denise



HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

Boulevard Cel João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - Ce.

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ.: 02.304.065/0001-56

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

32

[Handwritten signature]

CAE BATISTA DAS
COSTA SILVA

Enfer. 23 Leito: 63 Registro: 349395

Paciente com leve intensidade
moderada de febre, diarreia, náuseas,
impureza cerúcea, em tratamento
de antibioticoterapia, avaliado pelo
Dr. Estevam das a pedido da família
para ser transferido para a residência
onde fica próximo da casa de
seus familiares. Retornei a casa
p/ central às 22:00 onde realizei
um vez reforço da transfusão.
Depois o funcionamento da central
disse que o mesmo regular quem
sobre o resto da transfusão,
o qual relatei e fomos aguardar
a resposta.

Por 12x 80
pulso 10x bpm

[Handwritten signature]
43661



HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

Rua Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral-CE

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 02.304.065/0001-56

33

Nome: Estevão Batista da Costa Silva Vinculação: SUS
Idade: 25 Cor: P Naturalidade: BRASIL
Estado Civil: 9
Mãe: MARIA MARGARIM DA SILVA

Profissão: _____
Endereço: Rua dos Cipriano Cidade: Vieira do Ceará
Admitido pelo Dr.: Estevão Ponte
Data e Hora da Internação: 31.03.14

Diagnóstico Provável: _____
Diagnóstico Definitivo: limpeza cirúrgica extensa
Outros Diagnósticos: _____

Justificativas da Alta: Curado () Melhorado () Óbito () Transferido () Evasão ()
Para Diagnóstico () Indisciplinado ()
Faleceu antes de 48 horas () Depois de 48 horas ()
Data da Saída: 09/04/14

Queixa Principal: _____
História da Doença Atual: trauma compressão lombo
infecção externa em região
inferior do membro superior de
doença infecciosa

GRM

- 20

Agentes
Anestésicos

סופינבן

CÓDIGO:
Pulso: ☐ Respiração: ☐ Operação: ☐

Relatar as causas que justifiquem a longa duração de operação de anestesia e um maior consumo de material e medicamentos.

Um maior consumo de material e medicamentos.

1754

1118251

HEMOCE

PREENCHER CORRETAMENTE E COM LETRA LEGÍVEL
PEDIDOS INCOMPLETOS NÃO SERÃO ATENDIDOS

HORA DO RECEBIMENTO:

HORA DA LIBERAÇÃO:

HOSPITAL: Dr. Estevão Ponte

RECEPTOR / PACIENTE: 9000 Batista da Costa

PRONTUÁRIO: 349390

ENF / APT: CEH LEITO: 363 SUS () CONVÊNIO

INDICAÇÃO DA TRANSFUSÃO: Quemora

DIAGNÓSTICO: Leishmaniose cutânea

Ht: % Hb: 7,9 g/dl - PLAQ: /mm³ TAP/INR: FIBR

TRANSFUSÃO: PROGRAMADA: 1 / 1 NÃO URGENTE () URGENTE () EXTREMA URGÊNCIA () RESERVA: 1 / 1

HEMOCOMPONENTE SOLICITADO	QUANT.	VOL.	() FENOTIPADO	() POOL
CONCENTRADO DE HEMÁCIAS (CH)	<u>02</u>	<u>600ml</u>	() DESLEUCOCITADO*	() AFERESE
CONCENTRADO DE PLAQUETAS (CP)			() IRRADIADO*	() BUFFY-COAT
CRIOPRECIPITADO (CP)			() LAVADO*	
PLASMA FRESCO CONGELADO (PFC)			*Justificativa:	

HEMODERIVADO SOLICITADO	FRASCO	QUANT.	POSOLOGIA
CONC. F VIII			
CONC. F IX			

MÉDICO SOLICITANTE: Estevão Ponte Filho
CRM: 7300 CPF: 370 787 713-20

CRM:

DATA:

DATA DE NASCIMENTO: 15/01/89 IDADE: 24 SEXO: M PESO: Kg
NOME DA MÃE: Marysilda da Silva
HISTÓRIA DE TRANSFUSÕES PREVIAS: SIM () NÃO () HÁ QUANTO TEMPO
HISTÓRIA DE REAÇÕES TRANSFUSIONAIS: SIM () NÃO () TIPO
HISTÓRIA DE GESTAÇÕES: G () P () A () TRANSFUSÃO: AMBULATORIAL () HOSPITALAR ()

DATA DE AMOSTRA: 1 / 1 COLHIDA AT () TÉCNICO: ETIQUETA AMOSTRA
RECEBIDA ()
ABO/Rh: O+ PAI: n ANTICORPO(S): TÉCNICO:

BOLSAS PREPARADAS									
DATA	COMPONENTE	CÓDIGO PRODUTO	NÚMERO	FLAG	ABO/Rh	PC	TÉCNICO	TRANSFUSÃO	DATA
<u>15/01/18</u>	<u>4 CH -</u>	<u>833614 003393</u>		<u>0+</u>	<u>com conservador</u>				
<u>15/01/18</u>	<u>CH -</u>	<u>833614 003388</u>		<u>0+</u>	<u>com conservador</u>				

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE MÉDICA PARA TRANSFUSÕES EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

- () Autorizo a transfusão antes da conclusão das provas transfusionais em virtude da situação clínica do paciente caracterizada como de extrema urgência. Estou ciente dos riscos transfusionais a que possa estar submetendo o(a) paciente acima referido(a) por autorizar tal conduta.
- () Autorizo a transfusão com provas transfusionais incompatíveis em virtude da situação clínica de extrema gravidade do paciente e por estar ciente de que a incompatibilidade envolve uma situação de auto-imunidade, desde que ASO/Rh compatível.

MÉDICO RESPONSÁVEL PELA AUTORIZAÇÃO

FORM 44 REV 01

CLÍNICA
Inscrição CNES 2424584
Cadastro CRF 6122

Dra. Tereza Doralúcia Rodrigues Ponte
CRFCE 2922
Farmacêutico-Bioquímico

Trigues Ponte



HOSPITAL DR. ESTEVAM



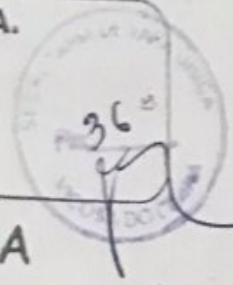
SAÚDE & HUMANIZAÇÃO

HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA.

Rua Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral-CE

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 02.304.065/0001-56



RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME: João Batista da Costa Silva

ENDEREÇO: Vila de São João

DATA DE NASCIMENTO: 19/05/1989

IDADE: 24 anos

HDA: Atendimento em casa

EXAME FÍSICO: Exame físico normal

EXAME REALIZADO: Exame físico

DIAGNÓSTICO: Doença de Alzheimer

CONDUTA: Tratamento com medicamentos

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: Caso

HOSPITAL REFERENCIADO: Hospital Dr. Estevam

SOBRAL, 01/06/2015

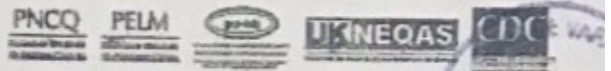
MÉDICO: [Assinatura]



Acreditações



Controles de Qualidade



Paciente: 95767800 - JOAO BATISTA DA COSTA SILVA
 - 102570
 Solicitação: LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
 Instituição: CENTRO DE DIAGNOSTICO DR. CUSTODIO AZEVEDO LTDA

O.S. 99338585
 Data da Emissão: 05/05/2014 17:53:44
 Matrícula 102570
 Data do Cadastro: 08/04/2014 08:52:05
 Local: SOBRAL

Exame: CULTURA COM ANTIBIOGRAMA

Resultado: Valor(es) de referência:

Bactéria isolada
 Colônias - número

Klebsiella pneumoniae
Varias

Material: Diversos

Método: Semeadura em meios específicos.

Observação: O microrganismo isolado é produtor de ESBL, ou seja produtos de enzimas beta-lactamases de espectro ampliado que inativam as penicilinas, cefalosporinas de primeira à quarta gerações e aztreonam. Referência bibliográfica: Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI/NCCLS - M100 (Padrões de desempenho para teste de susceptibilidades a agentes antimicrobianos).
 Antibiógrama sensível a Polimixina B e Ertapenem.

Antibiótico	Mic	Resistência
Meropenem	<=4	S
Amicacina	<=4	S
Piperacilina/Tazobactam	16	S
Imipenem	<=4	S
Gentamicina	>8	R
Levofloxacina	>4	R
Ampicilina/Sulbactam	>16/8	R
Moxifloxacina	>4	R
Sulfametoxazol/Trimetoprim	>2/38	R
Cefotetan	>32	R
Cefuroxima	>16	R
Cefepime	>16	R
Ciprofloxacina	>2	R
Cefazolina	>16	R
Cefotaxima	>32	R
Ceftazidima	>16	R
Ceftriaxona	>32	R
Aztreonam	>16	R
Ampicilina	>16	R
Tobramicina	>8	R

S = Sensível N/R = Não reportado Blank = Dados não disponíveis, ou droga não aconselhada ou testada
 I = Intermediário --- = Não testado ESBL = Beta Lactamase de Espectro Estendido
 R = Resistente BLAC = Beta-lactamase positiva
 MIC = mcg/ml (mg/L)

Liberado por: Dr(a). Carla de Cassia Bortolazzi Monteiro - CRM 11582 - SP

ESTE EXAME FOI REALIZADO PELO ALVARO - CENTRO DE ANÁLISES E PESQUISAS CLÍNICAS EM INTERCAMBIO COM O CENTRO DE DIAGNOSTICO DR. CUSTODIO AZEVEDO LTDA
 O VALOR PREDITIVO DOS TESTES LABORATORIAIS DEPENDE DA SITUAÇÃO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA DO (A) PACIENTE



HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA

Boulevard João Barbosa, 401 - Centro - Sobral - CE

Fone: 0** (88) 613.2626 - CEP: 62010-190

CNPJ 02304065/0001-56



RELATÓRIO DE ALTA HOSPITALAR

JOÃO BATISTA DA COSTA SILVA, 24 anos. Foi admitido neste hospital no dia 31/03/2014, para realizar procedimento cirúrgico: LIMPEZA CIRÚRGICA EXTENSA EM "PERNA DIREITA". Foi medicado com: OXACILINA, VANCOMICINA, ROCEFIN, CIPROFLOXACINA, DIPIRONA, FLAGIL, AMICACINA, DIAZEPAN, PLASIL. Curativo. Exames Laboratoriais (Hemograma, Bilirrubina). Cultura com Antibiógrama. Foi transfundido com 04 Unidades de Concentrado de Hemácias e 02 Unidades de Plasma Fresco. Paciente transferido para Hospital Regional Norte no dia 09/04/2014, às 14:00 horas com a Equipe do SAMU.

Dr. Estevão Ponte Filho
CRM 17.187 379.787 710-29

Dr. Estevão Ponte Filho

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO11

Nome: JOAO BATISTA DA COSTA SILVA Prontuário: 41134 Admissão: 09/04/2014
Data Nasc.: 15/05/1989 Idade: 25 ano(s) 4 mes(es) e 3 dia(s) Telefone: 86 99852041
Mãe: MARIA MARGARIDA DA COSTA SILVA
Sexo: Masculino RG: 20071127199 Bairro: DISTRITO CEP:
Endereço: JUA DOS VIEIRAS

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: CELINA MARA DOS SANTOS VIEIRA Horário: 14:12
Queixa: paciente apresenta dor+ secreção em f.o em perna direita, impedindo a deambulação
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA
to02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 6 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: IVNA MARA OLIVEIRA FERNANDES CRM: 13312 N° 67948 P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Hipótese Diagnóstico: INFECÇÃO DE PELE E SUBCUTANEO
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PCT COM LESÃO EXTENSA EM PERNA DIREITA, NECESSITA DE LIMZEZA CIRURGICA
CD: INTERNAMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
09/04/2014 14:12:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	CELINA MARA DOS SANTOS VIEIRA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
UREIA => SANGUE REX (0202010694)	09/04/201 15:20	Não	Realizado
TTPA - TEMPO DE TROMBOPLASTINA => REX (0202020134)	09/04/201 15:20	Não	Realizado
HEMOGRAMA COMPLETO => REX (0202020380)	09/04/201 15:20	Não	Realizado
TAP - TEMPO DE PROTROMBINA => REX (0202020487)	09/04/201 15:20	Não	Realizado
CREATININA = SANGUE > REX (0202010317)	09/04/201 15:20	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico: IVNA MARA OLIVEIRA FERNANDES CRM: 13312 09/04/14 15:20
Prescrição

1

Rua Presidente Geisel, 419, Junco - CEP: 62303-340 - Sobral - Ceará
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Governo do Estado do CearáSecretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL NORTE - HRN**ISGH**Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
Organização Social de Saúde**RELATÓRIO MÉDICO**

Paciente: 041134 - JOAO BATISTA DA COSTA SILVA

Sexo: Masculino Idade: 24 ano(s), 11 mes(es), 12 dia(s)

Endereço: JUA DOS VIEIRAS -

Bairro: DISTRITO

CEP: 6230--000

Cidade: VICOSA DO CEARA
UF: CEARÁ**LOCALIZAÇÃO**

Clínica: CLINICA CIRURGICA I Enfermaria: 11 Leito: 422

Internação: 09/04/2014 00:00 Alta: *** Não Informado *** Hora: *** Não Informado ***

RELATÓRIO

Tipo de Saída: ALTA

RESUMO CLÍNICO

PCT COM LESÃO INFECTADA EM PERNA DIREITA SUBMETIDO À DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO

EXAMES REALIZADOS

*** Não Informado ***

TERAPÊUTICA UTILIZADA

DEBRIDAMENTO CIRÚRGICO

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: LESÃO INFECTADA EM PERNA DIREITA

CIRURGIA

10/04/2014 DEBRIDAMENTO

TRANSFERÊNCIA

Referência: *** Não Informado ***

CONDIÇÕES DA ALTA

Condição da Alta: Melhorado

Data Programada da Alta: 27/04/2014

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

MANter CURATIVO DIÁRIO RETORNAR AO HRN CASO NECESSÁRIO APÓS AVALIAÇÃO DO MÉDICO DO PSF

RESPONSÁVEL

Médico: DIEGO DE ARAGÃO BEZERRA

Data: 27/04/2014

AGENDAMENTOS		
Data :	Data :	Data :
Hora :	Hora :	Hora :
Código :	Código :	Código :

Diêgo Bezerra
Cirurgia Oncológica
CREMEC10.362

RELATÓRIO DE CIRURGIA			
PACIENTE: JOÃO BATISTA DA COSTA SILVA		PRONTUÁRIO: 41.134	
CLÍNICA: CIRURGIA GERAL	ENFERMARIA:		LEITO:
CIRURGIÃO: DR. ALOISIO	ANESTESIOLOGISTA: DR. GERARDO		
1º AUXILIAR: DR. CARLOS	2º AUXILIAR:		
ENFERMEIRO:	INSTRUMENTADOR:	CIRCULANTE:	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FASCIITE NECROTIZANTE			
TIPO DE OPERAÇÃO: DESBRIDAMENTO DE FASCIITE NECROTIZANTE			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO:			
ACIDENTES E INCIDENTES:			
CONTAGEM COMPRESSAS E INSTRUMENTAL:			
CIRURGIA:	HORÁRIO DE INÍCIO:	HORÁRIO DE TÉRMINO:	DURAÇÃO:
OXIGÊNIO:	HORÁRIO DE INÍCIO:	HORÁRIO DE TÉRMINO:	DURAÇÃO:
ANESTESIA:	HORÁRIO DE INÍCIO:	HORÁRIO DE TÉRMINO:	DURAÇÃO:
ANESTESIA - OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS:			
SEM INTERCORRÊNCIAS			
RELATAR AS CAUSAS QUE JUSTIFIQUEM A LONGA DURAÇÃO DA CIRURGIA:			
NADA DIGNO DE NOTA			
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO: VIA DE ACESSO - TÉCNICA - TÁTICA - LIGADURAS - DRENAGEM - SUTURAS - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS DAS VISCERAS:			
ANTISSEPSE E ASSEPSEIA DESBRIDAMENTO DE PELE E TECIDO SUBCUTÂNEO EM FACE ANTERIOR, MEDIAL E POSTERIOR COXA E FACE ANTERIOR JOELHO DIREITO IDENTIFICAÇÃO DE LOJA MUSCULAR POSTERIOR E MEDIAL DA COXA EXPOSTA HEMOSTASIA OK HIGIENE OK CURATIVO OCLUSIVO			
DATA: 10/04/2014		<i>DR. ALOISIO GAZAL ROCHA</i> CRM - CE 14.419 Cirurgia Geral Proctologia Gastro	
DR. ALOISIO GAZAL ROCHA			



PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
SEC. DA SAÚDE E AÇÃO SOCIAL
SAMU SOBRAL



SAMU

Carlos Esteves - Lima Júnior
- nº 0021. 09/04/14

Nome do Paciente: João Batista Esteves Nome do Solicitante: Estevão Idade: 24 Sexo: M

Endereço: R. Estevão para Regional Bairro: Pessegueiro Fone: _____

Ponto de Referência: Rua Linha Fria

Natureza da Ocorrência: homicídio Sub-Natureza: _____ Tipo de Atendimento: _____

Queixa Principal: lesão na perna direita

Nível de Consciência

☐ Alerta ☐ Responde a Comando ☐ Responde a Dor ☐ Sem Resposta

Pupilas

☒ Normais ☒ Desiguais ☒ Reage a Luz ☐ Midríaticas

Cor

☐ Cianótico ☐ Pálido ☐ Vermelha ☐ Sem Resposta

Pele

☒ Quente ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Normal

Respiração

☐ Normal ☐ Ausente ☐ Difícil

Pele

☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela

Pulso: _____ BPM _____ P.A.: 1 MRM: _____

OBS: paciente em boas condições apresentando lesão na perna (D),
sendo o doutor estevão para substituir o a-
maginamento de dor no local afetado.

Procedimentos Realizados

☐ Curativos ☐ Hemostasia ☐ Limpeza c/ soro ☐ Imob. Provisória ☐ Aerosol

☐ Oxigêniooterapia ☐ Vent. por Máscara ☐ Desobstrução da VAS ☐ Respirador

☐ Via Aérea Cirúrgica ☐ Mass. Cardíaca Externa ☐ Monitoração Cardíaca e ECG

☐ Imobilização em DLE ☐ Assistência ao PN ☐ Desfibrilação ☐ Marca Passo Externo

☐ Introdução ☐ Injeção de méd. e líquidos ☐ Dren. Tórax ☐ Dissec. Venosa ☐ Outro

Condições de Chegada ao Hospital

☐ Melhorado ☐ Inalterado ☐ Pior ☐ Óbito ☐ PCR no Socorro

Hospital de destino: R. U.

Deslocada: 06 C21: _____ C29: _____ C22: _____ C23: _____

Telefonista: _____ Ass. Médico Reguidor: Estevão

HOSPITAL DR. ESTEVAM



SAÚDE & HUMANIZAÇÃO

HOSPITAL DR. ESTEVAM PONTE LTDA

Rua Boulevard Cel. João Barbosa, 401 - Centro - Sobral-CE

Fone: (88) 3613.2626 - CEP: 62.010-190

CNPJ: 02.304.065/0001-56

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA 44

NOME: João Batista da Costa Silva

ENDEREÇO: Vicosa do Ceará

DATA DE NASCIMENTO: 13/05/1989

IDADE: 24 anos

HDA: _____

Transferência de cuidados

EXAME FÍSICO: _____

exame em casa

parte L - um pouquinho

EXAME REALIZADO: _____

1º exame, pouco

DIAGNÓSTICO: _____

na corrente de cuidados

de um pouquinho de cuidados

CONDUTA: _____

Tratar com o Reg. inf
devido a possibilidade de ser

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

Caso

HOSPITAL REFERENCIADO: _____

SOBRAL, _____

08/07/2015

MÉDICO: _____

Dr. Estevam Ponte Filho
CRM 7.330
24/787.213.20