

Siebra & Rocha
Advogados

PROCURAÇÃO

Eu, **PAULO ROBERTO SILVA SOUSA**, brasileiro, casado, frentista, inscrito no CPF nº 789.531.203-06, portador do RG nº 2004007064253, residente e domiciliado na Rua Francisco Ramos, nº 331, casa 03, Bairro Genibaú, Fortaleza/CE, pelo presente instrumento de mandato nomeio e constituo como meu(s) procurador(es) o(s) advogado(s) **Dr. Carlos José Feitosa Siebra Neto**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 28.196 e **Dr. Haniel Coelho Rocha Silva**, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 31.523, ambos com escritório na Av. Dom Luís, nº 880, Bairro Meireles, no Município de Fortaleza/CE, podendo em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, defenderem meus interesses, especialmente para proporem **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO** a quem confere amplos, gerais e ilimitados poderes para o foro em geral, com a cláusula "*ad judicium*", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas cautelares, recorrer em qualquer instância ou tribunal, arrolar, inquirir, contraditar e recusar testemunhas, produzir provas, arrazoar processos, requerer vistas dos mesmos, concordar com cálculos, custas e contas processuais, podendo ainda, fazer defesas prévias, alegações finais, formar os documentos necessários, requerer laudos, avaliações e perícias, bem como arguir suspeição, falsidade e exceção, transigir, fazer acordo, confessar, renunciar, desistir, impugnar, receber e dar quitação, firmar compromissos, assinar termo de renúncia, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante e defendendo-o, na condição de reclamado bem como substabelecer a presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, enfim, praticar todos os demais atos necessários ao completo e fiel desempenho deste mandato.

Fortaleza, 04 de fevereiro de 2019.

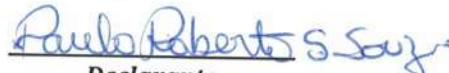
Paulo Roberto Sousa
Outorgante

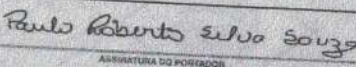
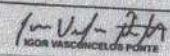
Siebra & Rocha
Advogados
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **PAULO ROBERTO SILVA SOUSA**, brasileiro, casado, frentista, inscrito no CPF nº 789.531.203-06, portador do RG nº 2004007064253, residente e domiciliado na Rua Francisco Ramos, nº 331, casa 03, Bairro Genibaú, Fortaleza/CE, declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais sem afetar o meu sustento e o da minha própria família.

Por isso requero à Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

Fortaleza, 04 de Setembro de 2019.


Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME PAULO ROBERTO SILVA SOUSA	
	DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF 2004007064253 SSPDS CE
	CPF 789.531.203-06
	DATA NASCIMENTO 02/02/1976
	RELACAO ANTONIO HILARIO DA SILVA CRISEUDA FERREIRA DE SOUSA
Nº REGISTRO 05210358826	VALIDADE 05/06/2021
1ª HABILITACAO 20/05/2011	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
 ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSAO 10/08/2016
 ASSINATURA DO EMISSOR	67086840515 CE154846473
DETRAN CE (CEARA)	



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **549722813**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
NOV/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2469400 DV **2**

VENCIMENTO
22/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
50,45

Rota 10 01240 28 0101800 Medidor 10869020 Poste 0001 H04W
Nome KAITIANE SILVA DE SOUSA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU FRANCISCO RAMOS 00331 CS 3 PARQUE GENIBAU FORTALEZA
60534150

RG / CPF / CNPJ 618.183.053-72 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
FP 22142	22025	1	117	0	117

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
14/11/2018	15/12/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

DA0F.A294.BC9D.393A.D517.46BD.7497.6988

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

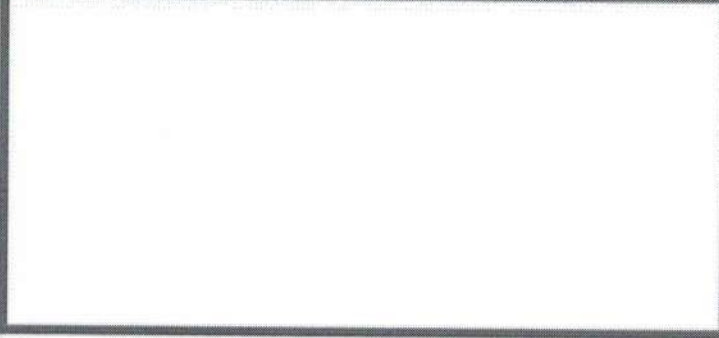
JUROS DO MES	0,34
DOACAO SANTA CASA FORT - TEL-85-3392-0301	1,00
MULTA MORATORIA	1,01
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,55
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP	10,24
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 2,21)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

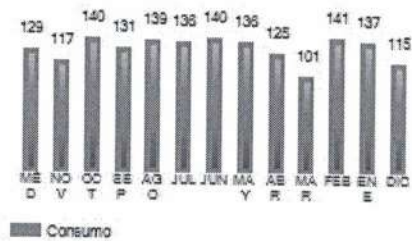
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 17,71

Conjunto PICI

Mês SET/ 2018

	Padrão Individual Mensal	Trim.	Anual	Apuração Individual Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente: **2469400-2** Nº da Nota Fiscal: **549722813** Total a Pagar (R\$): **50,45**
Data de Emissão: **21/11/2018** Referência: **NOV/2018** Nº de Controle: **0002469400 00200 4347 2 20**

83890000000-5 50450031000-3 00024694000-0 02004347262-6





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2543 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **13/06/2018 13:38:40**
 Data / Hora da Ocorrência: **14/04/2018 05:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL**
 Complemento:
 Bairro: **MONDUBIM** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **PAULO ROBERTO SILVA SOUSA**
 Nascimento: **02/02/1976** CPF:
 RG: **2004007064253** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
 Filiação: **CRISEUDA FERREIRA DE SOUSA**
ANTONIO HILARIO DA SILVA
 Endereço: **RUA FRANCISCO RAMOS, 331 CASA 03**
 Bairro: **GENIBAU**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8841-7067**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUS5739** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C6KE1520B0023163 Renavam: **283970235** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/FACTOR YBR125 K** Ano
 Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **PAULO ROBERTO SILVA SOUSA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI
 HABILITAÇÃO CNH Nº05210398826, CATEGORIA "A", DETRAN/CE, QUE,
 PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA NUS-5739/CE;
 QUE TRAFEGAVA PELA AVENIDA PERIMETRAL QUANDO PERDEU O
 CONTROLE DA MOTO E COLIDIU EM UM CARRO QUE ESTAVA PARADO NO
 SINAL, QUE NÃO SABE INFORMAR A PLACA, QUE COM O IMPACTO A
 VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA
 PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE
 PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.//
 OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: Urb 80 PONTO DE APOIO: Regional V Nº DA OCORRÊNCIA: 0124
DATA: 14/04/2018 TURNO: SM EQUIPE: Sandra + Evandro
NOME: Paulo Roberto Silva Sousa IDADE: 42 a SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Perimetral Nº 213
REFERÊNCIA:
QTY: 06:03 QUS: 06:25 QUY: 06:40 BAIRRO: Medeiros
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Queda Moto QUU: 06:55

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO ☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO
EXPANSÃO TORÁCICA ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE
PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO) ☒ PRESENTE ☐ AUSENTE

A Vias aéreas ☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: _____

B Respiração **PADRÃO RESPIRATÓRIO** ☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE
INSPEÇÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
PALPAÇÃO / PERCUSSÃO ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____
AUSCULTA ☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

C Circulação **PULSO** ☒ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME ☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL
PELE ☒ CORADA ☐ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☐ SECA ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ FRIA
ENCHIMENTO CAPILAR ☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg
SANGRAMENTO EXTERNO ☐ SIM ☒ NÃO

D Neurológico **ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)**
ABERTURA OCULAR ESPONTÂNEA ☒ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
RESPOSTA VERBAL ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
RESPOSTA MOTORA OBEDECE A COMANDOS ☒ 6 ☐ 5 ☐ 4 ☐ 3 ☐ 2 ☐ 1
TOTAL: 15
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS

E Exposição **ADULTO** **LESÕES** **PEDIÁTRICO**

SAMPLA FC: 88 PA: _____ FR: 20 GLIC.: _____ OXIM.: 98% TEMP.: _____

Paciente vítima queda moto, usava capacete, consciente, orientado, nega vômito, nega cefaleia, nega náuseas, com queixa dor torácica, fratura fechada do MSE, costela + ante braço

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Paulo Roberto Silva Sousa**, no dia **14/04/2018**, às **06h25min**, na **Avenida Perimetral** no **Bairro Mondubim**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido pelo Sr. **Pedro Ribeiro de Carvalho**. Processo nº **P187268/2018**.

Fortaleza, 16 de maio de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

SINISTRO 3180314763 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA PAULO ROBERTO SILVA SOUZA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO PAULO ROBERTO SILVA SOUZA

CPF/CNPJ: 78953120306

Posição em 11-09-2018 11:17:44

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
03/09/2018	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
24/07/2018	Exigência Documental	
17/07/2018	Aviso de Sinistro	

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade desse relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória sua apresentação.
ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

NOME COMPLETO DA VÍTIMA: Paulo Roberto Silva Sousa

Nº DO SINISTRO _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 14/04/18

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO: 14/04/18

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO: CLAUDIO KALUME REIS

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

fratura do antebraço
fratura do punho

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

tratamento com cirurgia fratura antebraço e punho

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRE EXISTENTE? SIM ☐ NÃO ☒

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ, PODE-SE CONCLUIR QUE:

☐ A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
☒ 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 DA e ULNARAS DIREITA DO MEMBRO SUPERIOR
2º 60% com perda 20% movimento
3º
4º
5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE 01/08/18 A 28/08/18 E QUE AS RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Paulo Roberto Silva Sousa
LOCAL

28/08/18
DATA

Dr. Claudio Kalume Reis
ASSINATURA E CARIMBO

LOCAL

DATA

Paulo Roberto Silva Sousa
ASSINATURA DA VÍTIMA



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO DE PRONTO-SOLICITAÇÃO
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3132-7323

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - CRRF - PMF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

231810200769

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Paulo Roberto Silva Sousa

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: FRANCISCO RAMOS Nº 03

BARRIO

PARQUE GENIBAU

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

02/02/1976

SEXO

1. ☒ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE

CRISEUDA FERREI

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

03.804.973-21

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

DATA DA EMISSÃO

14/04/2018

Dr. João Francisco B. J. L. Morano
Diretor Médico ADM JBO
CRM 3631

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente com relato de colisão na torção
em 14/04/18, apresentando
fratura de tíbia e úmero (E), olecranon
(E) e ulna (E). Neurovascular preservado.

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

(Assinatura)

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

recusado-se de internação

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

HDA + RX X

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de úmero + olecranon + ulna

PROCEDIMENTO SOLICITADO

internação

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL
5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

15672

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

(Assinatura)
Dr. Roberto Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM - CE 15672

DATA

14/04/18

HORA

16:09

SAME

Nome: <u>Paulo Roberto Silva Souza</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
		128	14/04/2018	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
	com estado geral regular, segundo avaliação do enfermeiro que informou que os fraturas do braço do paciente realizadas no Frutinho e a do antebraço Hospital Terapias/ — Refane 71589 18/04/18 com evolução e dor no MSE (1) Anota de evolução das Antebraço e mão HOSPITAL DISTRITAL N.º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Francisco Robinson da Silva Costa Otorrinolaringologista CRM 12444 TEOT 14047 Emanuelle Monteiro Méd. 763 18/04/18 P.R.S.S. Souza, H.D.: Fratura do úmero + olecrânio + ulna e + Fratura + edema. Evolui estável, consciente, orientado, ver. balizado, e exposto, referindo dor. Resposta cirúrgica, colocado sulfadiazol de prata. Em uso de pílula de controle. Marta Rosilene Mota de Menezes LEONEN - CE 33135 - ENP 19/04/18 + Fratura Úmero + Antebraço Edson Roberto Clemente Dr. Antonio Luiz de Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia do Quadril CRM 12444 TEOT 14047

Prefeitura de
FortalezaREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DIST: TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SU

REGISTRO DE A ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE PAULO ROBERTO SILVA SOUSA		DADOS PESSOAIS	
CADUS		Nº DO PRONTUÁRIO 262695	Nº DO BE 209621
NOME MÃE CRISEUDA FERREIRA DE SOUSA		NASCIMENTO 02/02/1976(42 ANOS)	SEXO M
ENDEREÇO RUA FRANCISCO RAMOS 03 PARQUE GENIBAU		NOME RESPONSÁVEL NI	RACIA COR PARDO
CENTATO		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		CEP 60.110-110	
QUEIXA TRAZIDO PELO SAMU USBU, RELATA DOR E TRAUMA NO MSE E DOR TORAXICA, QUEDA DE MOTOCICLETA		OCORRÊNCIA 702.807.123 724.562	
SINTOMAS NI		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NAO	SAT O2 NI%	PULSO NI
CLASSIFICAÇÃO VERDE			GLICEMIA NI
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 14/04/2018 06:46:13
		ÁREA ATENDIMENTO	
		ATENDIMENTO MÉDICO	

Prontuário vítima de acidente de trânsito, apresentando dor e edema do antebraço e dor no tórax.

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
RAIO X		
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO X () OUTROS		
MÉDICAMENTO	DESCRIÇÃO MÉDICA	
Rx do antebraço e	APLH.	
Rx do tórax e	APLH.	
Rx do tórax AP.		
ALTA/SAÍDA	TIPO DE ALTA/SAÍDA	
() DECISÃO MÉDICA () ATRASADO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS		
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por BEATRIZ HELENA SOARES DA SILVEIRA MACHADO em 14/04/2018 às 06:46:19
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

PAULO ROBERTO SILVA SOUSA

07:20
Prontuário com vítima de acidente de trânsito com antebraço e dor no tórax. Paciente trouxe Trauma e Trauma ABDOMINAL além de TCE
HCD - Trauma Antebraço e Tórax
A cirurgia

Dr. Rodolfo Teixeira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 15612 TEOT 18030

8:10
PA = 155/103
(124)
SAT = 99
FC = 70

DATA

EVOLUÇÃO

15/04/18 Roberto. 42 anos. HD: Fratura
8:30. de úmero + olecrano + ulna
E. Evolui hemodinamicame-
mente estável. Pele do to
cortado. Sono e repouso cons-
olidado em períodos. AP um
NSD salmucado raro. Puz
trepêntes. Diabulca. de-
murações vesicais presentes
famides

Jamilis Vitorino
Enfermeira
COREN-PE 310534

RESOLUÇÃO COM CONFERE COM ORIGINAL

6

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

16/4

16/4/18

Dr. Roberto Mendes

Ortop

CRM 4000

16/04/18

14hs paciente com HD: Fratura do
úmero + olecrano + ulna E. Com esta-
do geral regular, consciente, orientado e
verbalizando, aceita dieta líquida e
eliminações fisiológicas presentes.
pele dos cuidados da enfermagem
apresentando flacidez. Plano Belém Info.
tencis em grande extensão
do antebraço renovação cirúrgica!

71589

Segue aos cuidados da
enfermagem! — Refomeira

71589

17/4

17/4/18

14hs paciente com HD de fratu-
ra do úmero + olecrano + ul-
na, com flutenas sendo aspira-
dos, entum. uso de pulgashina
de prata nas lesões (flutenas)

CRM - MÉDICO (A)

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	11:	15:	20:	06:
Glicemias				
Insulinas				
Rubrica				

10/01

SINAIS VITAIS			
H. T. A. R. T. O:	08:00		
P. A.:	120x80		
TEMP.º:	36.5		
P. J. MIN.:			
M. V. / MIN.:			

NOME: Paulo Roberto Silva Sousa

IDADE: 42a

ENF.: E

LEITO: 1028

Nº. PRONTUÁRIO: 262695

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./Dieta)
14	Dieta D			
14	Dipirona 01 amp IV 6/6h s/n	5ND		
18	Iramal 100mg + sfo.9% 100ml IV 8/8h s/n	5ND		
	Proferid 100mg + sfo.9% 100ml IV 12/12h s/n			
	Plasil 04 amp IV 8/8h s/n			
	SSIV + CCGG			
	INOCAR INOVAÇÃO			
	Dr. Antonio Lúcio Conceição Otorrinolaringologista Clínica do Quarenta Rua 14047			
	HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA			
	ATTESTO QUE É CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL			
	Emmanuelle Monteiro Mat. 763			

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

NOME:

Paulo Roberto S. Sáez

TRDUMA

IDADE: 47

ENF.:

LEITO: 128

Nº. PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf / Dieta)
14/04	Dieta Genl	SN	16:00 - Paciente com...	
15/04	Dieta Genl	28.24.46.22	entre o momento. Ven...	
16/04	Dieta Genl	28.24.46.22	solucionando. Acorda...	
17/04	Dieta Genl	28.24.46.22	em acompanhamento de enfermagem...	
18/04	Dieta Genl	28.24.46.22	SN. 14/04/18	
19/04	Dieta Genl	28.24.46.22	consuete, orientado. Logo...	
20/04	Dieta Genl	28.24.46.22	após, 18 de almoço perito...	
21/04	Dieta Genl	28.24.46.22	deambulando, nupre alente...	
22/04	Dieta Genl	28.24.46.22	medicamentosos, 18 de...	
23/04	Dieta Genl	28.24.46.22	crustáceos de preferência...	
24/04	Dieta Genl	28.24.46.22	20.20 minutos de...	
25/04	Dieta Genl	28.24.46.22	para 18 - leite 128, com...	
26/04	Dieta Genl	28.24.46.22	com 18 minutos de...	
27/04	Dieta Genl	28.24.46.22	20:45 Paciente admitido...	
28/04	Dieta Genl	28.24.46.22	para unidade posto a...	
29/04	Dieta Genl	28.24.46.22	proveniente da enfer...	
30/04	Dieta Genl	28.24.46.22	genérica e de enfermeir...	
01/05	Dieta Genl	28.24.46.22	orientado para a enfe...	
02/05	Dieta Genl	28.24.46.22	devidos a enfermagem...	

Dr. Roldão Teixeira
Otorrinolaringologista
CRM - ORL - 15572

HOSPITAL DISTRICTAL JOSÉ CARLOS DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE COMPARA CONFERE COM ORIGINAL

Enfermeiro Monitor
18.12.18



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Paulo Roberto Silva Sousa, esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 14.04.18 á 19.04.18 sob registro de nº 262695, com diagnóstico de fratura de úmero + olecrânio + ulno esquerdo. Paciente foi transferido para outra unidade.

Fortaleza, 21 de Maio de 2018

Atenciosamente,
Dr. João Francisco B. L. I. Morano
Médico HDM JBO
CRM 3631

MS-DATA/5
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

PAG.: 1

ESPELHO DA AIH

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 06/2018

DATA: 28/05/2018

Num AIH: 231810205487-3 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 06/2018 Data de Emissão: 20/04/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0223 / Leito: 0004 /
Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 206633842350003
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 702807123724562
Paciente: PAULO ROBERTO SILVA SOUZA / Prontuário: 2445729 / Laudo: /
Data Nasc.: 02/02/1976 Sexo: MASCULINO / Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: IGNORADO Doc. /
Responsável pac.: PAULO ROBERTO SILVA SOUZA Nome da Mãe: CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA
Endereço: FRANCISCO RAMOS, 331 CASA 03 - GENIBAU Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60130-130 Telefone: (85)9888.35036
Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Diag. principal: S423-FRATURA DA DIAFISE DO ÚMERO Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM COLISÃO COM
Diag. complementar: Causa Óbito:
Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 20/04/2018 Data saída: 23/04/2018 Motivo saída: 27 - PERMANÊNCIA POR REOPERAÇÃO
Liberação SISAIH01: /

===[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador: CNAER: - CBO: -

Vínculo com a previdência: -

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1 04.03.02.007-7	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 042018 NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFE
2 04.03.02.007-7	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 042018 NEUROLISE NAO FUNCIONAL DE NERVOS PERIFE
3 04.08.02.039-3	206633842350003	1 225270	206633842350003	3969800	1 042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFIS
4 04.08.02.039-3	210157919150018	6 225151	210157919150018	3969800	1 042018 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFIS
5 07.02.03.090-2	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1 042018 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM ESTR
6 08.02.01.001-6	3969800	0	3969800	3969800	3 042018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
7 04.01.01.001-5	206633842350003	0 225270	206633842350003	3969800	1 042018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
8 02.04.04.005-1	3969800	0	3969800	3969800	1 042018 RADIOGRAFIA DE BRACO

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----+
+---- Direto -----+ +---- Direto -----+ +---- Rateado -----+ +-----+
| Próprio Terceiro | Próprio Terceiro | Próprio Terceiro +- Total +-

Forma de Organização

04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40
04.03.02 COLUNA E NERVOS PERIFÉRICOS	201,43	0,00	0,00	0,00	185,86	0,00	387,29
04.08.02 MEMBROS SUPERIORES	242,51	0,00	0,00	0,00	117,32	0,00	359,83
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
08.02.01 DIARIAS	24,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	24,00
Total Geral:	736,22	0,00	0,00	0,00	303,18	0,00	1.039,40

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
5 20715 /	09.069.959/0001-58 /				
Número de Nascidos	Número de Saídas	N. Pré-Natal			
Vivos: 0 Mortos: 0	Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0				

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção 1,

ASSINATURA E CARIMBO

19



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600083259
NÚMERO DA AIH: 2318102054873

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - UF INSTITUTO DR JOSE PROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 702807123724562 - PAULO ROBERTO SILVA SOUZA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 02/02/1976 - 42 anos

NOME DA MÃE: CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: R. FRANCISCO RAMOS, Nº 331 - CS 03

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PQ GENIBAU

CEP: 60534150

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S530 - Luxação da cabeça do rádio

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020091-CUPULECTOMIA RADIAL / RESSECCAO DO OLECRANO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 210157963640009 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 20/04/2018 - 16:49 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 22/04/2018 - 11:04

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

unisusweb.com.br

Página: 1



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



Fortaleza 2

fls. 26

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **INSTITUTO PRAXIS** 4 - CNES: **5559283**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **PAULO ROBERTO SILVA SOUZA** 6 - Nº PRONTUÁRIO: **5559283**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **702807123724562** 8 - DATA NASCIMENTO: **02/02/1976** 9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: **CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA** 12 - TELEFONE DE CONTATO:
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: **NI** 14 - TELEFONE DE CONTATO:
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **FRANCISCO RAMOS, 331, PARQUE GENIBAU**
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **FORTALEZA** 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE COM FRATURA DE COTOVELO. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **COTOVELO.** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S530** 25 - CID 10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DA FRATURA DE COTOVELO.** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **0408020091**
29 - CLÍNICA: **TRAUMA** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **EMERGENCIA** 31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **20/04/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

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

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

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

==[ADMISSÃO]==

Número 201821001770 Data 20/04/2018 Hora 20:25 Convênio PRAXIS Classificação SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento ELETIVO Origem do Paciente IJF SISREG AIH

Médico Solicitante 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES Clínica/Especialidade CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Procedimento Solicitado 0408020091 - RESSECCAO DO OLECRANO E/OU CABECA DO RADIO Médico Responsável 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

==[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Dias 3

Nome PAULO ROBERTO SILVA SOUZA Sexo MASCULINO
Nascimento 02/02/1976 Idade 42 Anos Raça/Cor SEM INFORMAÇÃO Religião NÃO INFORMADO
Mãe CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA Estado Civil CASADO(A) Pai PAULO ROBERTO SILVA SOUZA

Conjuge KAITIANE SILVA DE SOUSA Responsável PAULO ROBERTO SILVA SOUZA Prontuário 2445729
CNS 702807123724562 Registro 201802570001744 Documento Informado NÃO INFORMADO

País BRASIL Município de Residência FORTALEZA/CE Logradouro RUA FRANCISCO RAMOS CEP 60130-130
Número 331 Complemento CASA 03 Bairro GENIBAU

Fone Móvel (85)9884.17067 Fone Fixo (85)9888.35036 Ponto de Referência
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO) EMPREGADO FORMAL / FRENTISTA

==[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar PAULO ROBERTO SILVA SOUZA

Tipo de Acomodação ENFERMARIA

Atendente: marcia.luz

Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA

Acomodação/Leito 223/4

Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 03

==[TERMO DE RESPONSABILIDADE]== Data: 20/04/2018 Hora: 20:28:16 Tempo: 00:03:15

PAULO ROBERTO SILVA SOUZA, abaixo assinado, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao seu diagnóstico, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 20 de abril de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
 AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
 CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
 201821001770 20/04/2018 20:25 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
 Médico Solicitante
 FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
 Médico Responsável
 FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
 Procedimento Solicitado
 0408020091 - RESSECCAO DO OLECRANO E/OU CABECA DO RADIO

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
 223/4 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
 PAULO ROBERTO SILVA SOUZA MASCULINO
 Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
 02/02/1976 42 Anos NÃO INFORMADO 2445729 201802570001744

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal
 S530 - LUXAÇÃO DA CABEÇA DO RÁDIO
 Procedimento Realizado
 0408020091 - RESSECCAO DO OLECRANO E/OU CABECA DO RADIO
 Data Hora Motivo
 25/04/2018 12:39 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente PAULO ROBERTO SILVA SOUZA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 25 de abril de 2018

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo



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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

UNISUS WEB - UNIDADE DE INSTITUTO DE JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:

Consultar Dados do Laudo

DADOS DO LAUDO - SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA

Siga os passos abaixo:

Seleção da solicitação de internação

Pesquisar paciente

Dados do laudo

Dados do laudo - Internação

Lista de ocorrência

Visualização da ocorrência

Inclusão de ocorrência

Para realizar uma nova consulta de laudo clique em Voltar.

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações

NÚMERO DO LAUDO	12600083259
Identificação do paciente	
PACIENTE	PAULO ROBERTO SILVA SOUZA
NOME DA MÃE	CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5559283
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	02/02/1976 - 42 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
DDD/TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	R. FRANCISCO RAMOS, Nº 331 - CS 03
BAIRRO	PQ GENIBAU
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	41689984368 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO - INSTITUTO PRAXIS
Solicitação	
NÚMERO	12600083259
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO RESERVA
DATA - HORA	20/04/2018 - 16:49
PROFISSIONAL	41689984368 - RICARDO EVANGELISTA MARROCOS DE ARAGAO
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL (FORTALEZA)
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0408020091 - CUPULECTOMIA RADIAL / RESSECCAO DO OLECRANO
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
ESPECIALIDADE CLÍNICA	
CLÍNICA COMPLEMENTAR	-
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
CENTRAL DE REGULAÇÃO	MACRO FORTALEZA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S530 - Luxação da cabeça do rádio
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PCIENTE COM FRATURA DE COTOVELO. NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX
Causas externas	



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
fernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data

a: 2/04/18

Nome do paciente:	Paulo Roberto Silva / Luis
Nº Prontuário:	29457 24
Categoria:	
Clinica:	
Leito:	9
Cirurgião:	Dr. Augusto
Anestesista:	Dr. Augusto
Tipo de Anestesia:	Alcove + Dr. Augusto
1 Auxiliar:	Dr. Carlos
2 Auxiliar:	
3 Auxiliar:	
Instrumentadora:	Cláudio
Circulante:	Patricia
Diagnóstico Pré-Operatório:	
Tipo de Operação / Código:	415030013
Diagnóstico Pós-Operatório:	Fratura no úmero E (408020)
Relatório Imediato do Patologista:	
Exame Radiológico no ato:	Neuroline + do nervo radial
Acidente e Incidentes:	(4030200)
Contagem de Compressas:	

Início da Cirurgia 16:40	Término da Cirurgia 17:40	Duração do Cirurgia 1:00
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Elania Farias Feilos
Enfermeira
COREN: 326707

Assinatura da Enfermeira(o)

~~Maria Magaly Marques Dantas~~

Assinatura Anestesista

MODELO 8.0

MS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

PAG.: 1

O.E: M230440001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 11/2018

DATA: 25/10/2018

Num AIH: 231810316412-4 ✓ Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 11/2018 Data de Emissão: 17/09/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0205 (edit: 0002)
Doc autorizador: 201700675690018 Doc med resp: 206633842350003 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solid: 206633842350003
CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNB: 702807123724562
Paciente: PAULO ROBERTO SILVA SOUZA ✓ Prontuário: 2445729 ✓ Laudo:
Data Nasc.: 02/02/1976 ✓ Sexo: MASCULINO ✓ Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc.: 2004007064253
Responsável pac.: PAULO ROBERTO SILVA SOUZA Nome da Mãe: CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA
Endereço: FRANCISCO RAMOS, 331 CASA 03 - GENIBAU Raça/Cor: SEM INFORMAÇÃO
Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60130-130 Telefone: (85)9880.35036
Procedimento solicitado: 04.08.02.009-1 RESSECCAO DO OLECRANO E/OU CABECA DO RADIO Muda Proc.: Sim

Procedimento realizado: 04.08.06.035-2 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO
Diag. principal: Z470-SEGUIMENTO ENVOLVENDO REMOÇÃO DE PLACA DE FR Diag. Secundário:
Diag. complementar: Causa Óbito:
Carater atendimento: 02 ✓ URGENCIA Modalidade: HOSPITALAR
Data internação: 17/09/2018 Data saída: 18/09/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO
Liberação SISAIH01:

===[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador: CNAER:
Vínculo com a previdência: - CBO:

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha	Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
1	04.08.06.035-2	206633842350003	1	225270 206633842350003	3969800	1 092018 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO
2	04.08.06.035-2	210157919150018	6	225151 210157919150018	3969800	1 092018 RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO
3	02.04.04.007-8	3969800	0	3969800	3969800	✓ 2 092018 RADIOGRAFIA DE COTOVELO

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ - Serv. Hospitalar +		+ - Direto +		+ - Rateado +		+ - Total +	
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro
04.08.06 GERAIS	95,70	0,00	0,00	0,00	55,95	0,00	151,65	
Total Geral:	95,70	0,00	0,00	0,00	55,95	0,00	151,65	

Número de Nascidos Número de Saídas N. Pré-Natal
Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Galeno faumaturus Lopes
CRM 6114
Auditor / SMS
CPF: 233.029.893-87



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

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600094318
NÚMERO DA AIH: 2318103164124

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 702807123724562 - PAULO ROBERTO SILVA SOUZA

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 02/02/1976 - 42 anos

NOME DA MÃE: CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: R. FRANCISCO RAMOS, Nº 331 - CS 03

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PQ GENIBAU

CEP: 60534150

UF:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S530 - Luxação da cabeça do rádio

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408020091-CUPULECTOMIA RADIAL / RESSECCAO DO OLECRANO

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 170224967980002 - JONAS ARAUJO E SILVA

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 02/10/2018 - 22:59 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 11/10/2018 - 13:45

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



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



fls. 33

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: PAULO ROBERTO SILVA SOUZA		PRONTUÁRIO : 5559283		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 702807123724562	8 - DATA NASCIMENTO: 02/02/1976	09-SEXO (M) (F)	10-RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA		12 - TELEFONE:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): FRANCISCO RAMOS 331 -PARQUE GANIBAU				
16 - MUNICÍPIO: FORTALEZA	17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:	

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE TRANSFERIDO DO IJF PARA LEITO DE RETAGUARDA NO INSTITUTO PRAXIS, DEVERA REALIZAR 2º TEMPO CIRURGICO DE CORREÇÃO DE COTOVELO .			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX .COTOVELO	24 - CID 10 PRINCIPAL S530	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA DE COTOVELO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 040802091	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 02/10/2018	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO			

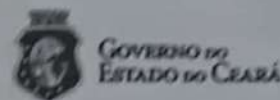
AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO): Matheus Lopes CRM 222.893-87		

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



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



USUARIO: camila.sousa - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:

Acompanhar Solicitação de Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:

Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

702807123724562 - PAULO ROBERTO SILVA

SOUZA 

NOME DA MÃE

CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5559283

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

02/02/1976 - 42 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

R. FRANCISCO RAMOS, Nº 331 - CS 03

BAIRRO

PQ GENIBAU

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555027

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE ENCAMINHADO PARA INSTITUTO PRÁXIS PARA REALIZAR 2º TEMPO CIRÚRGICO

Solicitação

NÚMERO

12600094318

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

02/10/2018 - 22:59

PROFISSIONAL

10473629372 - JONAS ARAUJO E SILVA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020091 - CUPULECTOMIA RADIAL / RESSECCAO DO OLECRANO

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S530 - Luxação da cabeça do rádio

Atalho

Acesso / Desconectar

Operações

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]=====

Número Data Hora Convênio Classificação
201821004354 17/09/2018 09:49 PRAXIS RUE - SMS
Caráter de Atendimento SISREG AIH
ELETIVO

Origem do Paciente Clínica/Especialidade
RESIDÊNCIA CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante Médico Responsável
5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES 5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Procedimento Solicitado Dias
0408060352 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO 1

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome Sexo
PAULO ROBERTO SILVA SOUZA MASCULINO

Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião
02/02/1976 42 Anos PARDA CASADO(A) EVANGÉLICO (A)

Mãe Pai
CRIZEUDA FERREIRA DE SOUZA PAULO ROBERTO SILVA SOUSA

Conjuge Responsável Prontuário
KAITIANE SILVA DE SOUSA PAULO ROBERTO SILVA SOUSA 2445729

CNS Registro Documento Informado
702807123724562 201802570001744 RG: 2004007064253 Emissão: 20/05/2011

País Município de Naturalidade CEP
BRASIL FORTALEZA/CE 60130-130

Município de Residência Logradouro
FORTALEZA/CE RUA FRANCISCO RAMOS

Número Complemento Bairro
331 CASA 03 GENIBAU

Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência
(85)9884.17067 (85)9888.35036

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / FRENTISTA

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito
O RESPONSÁVEL 205/2

Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 01

Atendente: daiane.mariano Data: 17/09/2018 Hora: 09:52:56 Tempo: 00:03:38

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

PAULO ROBERTO SILVA SOUSA, abaixo assinado, responsável pelo paciente PAULO ROBERTO SILVA SOUSA, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 17 de setembro de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

+ Paulo Roberto S. Souza

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201821004354 17/09/2018 09:49 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408060352 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
205/2 ENFERMARIA CLÍNICA MÉDICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
PAULO ROBERTO SILVA SOUZA MASCULINO
Nascimento Idade Religião Prontoário Registro
02/02/1976 42 Anos EVANGÉLICO (A) 2445729 201802570001744

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal
Procedimento Realizado
0408060352 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO
Data Hora Motivo
18/09/2018 11:00 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente PAULO ROBERTO SILVA SOUZA, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 18 de setembro de 2018

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Dra. Elis Regina B. Alves
Enfermeira
COREA-CE 436.513
Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: elis.bastos

Data: 18/09/2018 Hora: 11:00:17



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555

CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data:

14/09/18

Nome do paciente:

Nº Prontuário:

Clinical:

Cirurgião:

Anestesista:

Tipo de Anestesia:

1 Auxiliar:

2 Auxiliar:

3 Auxiliar:

Instrumentadora:

Circulante:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Tipo de Operação/ Código:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente e Incidentes:

Contagem de Compressas:

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

MODELO 8.0



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

fls. 38

P/ Paulo Roberto S. Sousa

P/ DPVAT

Paciente de alta definitiva
da traumatologia

29/11/18 

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555