



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: LUÍS MÁRIO DA SILVA GOMES		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: SERVENTE	Carteira de Identidade: 2002031060240	
CPF nº: 008.789.783-05	Residência: TRAV. DEPUTADOP MURILO AGUIAR,SN		
Bairro: DISTRITO DE APRAZIVEL	Cidade: SOBRAL	Estado: CE	CEP: 62114-000

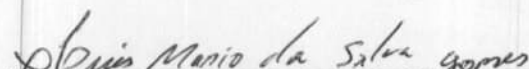
OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/CE e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastante procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LIDER participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 21 de JANEIRO de 2011 .



 Outorgante



DECLARAÇÃO

Eu, LUÍS MÁRIO DA SILVA GOMES , brasileiro, SOLTEIRO, SERVENTE , portador da Carteira de Identidade/RG nº:2002031060240 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº:008.789.783-05, residente e domiciliado na cidade de:SOBRAL , estado de Ceará, na Rua:TRAV. DEPUTADO MURILO AGUIAR , nº:SN,DISTRITO DE APRAZIVEL,CEP: 62114-000 , declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE),21 de JANEIRO de 2011 .

x Luís Mario da Silva Gomes



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

13-1

Luís Mario da Silva Gomes

POLEGAR DIREITO

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO Nº 2002031060240 DATA DE EMISSÃO 16/8/2002

NOME LUÍS MARIO DA SILVA GOMES

FILIAÇÃO MIGUEL FRANCISCO GOMES E ANA CARLOS DA SILVA GOMES

NATURALIDADE SOBRAL-CE DATA DE NASCIMENTO 29/8/1981

CPF 006.041.000-00 CERT. NASC. 95111 L A09.F

201 SOBRAL/CE

BRASIL



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Inscrição e de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 008.789.783-05

Nome da Pessoa Física: LUIS MARIO DA SILVA GOMES

Situação Cadastral: PENDENTE DE REGULARIZAÇÃO

Comprovante emitido às: 12:54:48 do dia 13/01/2010 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: D778.DCB9.3932.AB96

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Aprovado pela IN/RFB nº 864, de 25/07/2008.



 Cagece		Companhia de Água e Esgoto do Ceará		Fatura Mensal		Inscrição:	6450763.7
Nome:		CPF/CNPJ:		Emissão:			
LUIS MARIO DA SILVA GOMES		000000878978305		18/12/2009			
Endereço:							
TR DEP MURILLO AGUIAR, SN							
Data prevista para Próxima Leitura		Cidade:		Mês/Ano:			
04/01/2010		APRAZIVEL		12/2009 0			
Data da Leitura:	Leitura atual:	Leitura Anterior:	Consumo do Mês:	Nº do Hidrômetro:			
10/12	000021	000015	000006	A09F171033			
Descrição dos Serviços			Valor				
AGUA			11,80	Evite acréscimos nos valores e cortes no fornecimento pagando sua conta em dia.			
LIG. AGUA C/INST.HID			10,00				
MULTA 2% AGUA			0,43				
JUROS 0,033% DIA			0,21	Vencimento			
				04/01/2010			
				Total (R\$)			
TOTAL			22,44	22,44			
CONSUMO FATURADO PELA TAXA MINIMA.			Fone: (85) 3615-0026				

Água: sabendo usar não vai faltar.

siga nossas dicas de economia:

- No banho, mantenha o chuveiro fechado na hora de se ensaboar ou lavar o cabelo.
- Ensaboie primeiro toda a louça, e só então, enxágue tudo de uma vez. não deixe a torneira aberta.

Informações Sobre a Qualidade da Água Distribuída

Nº de Amostras exigidas	Cloro	Turbidez	Cor	Floor	Coliformes Totais	Escherichia coli
Análises	00010	00010	00010	00000	00010	00010
Em conformidade	00009	00007	00007	00000	00003	00009

Onde pagar sua fatura

Efetue o pagamento de sua fatura nos seguintes locais:

Bancos: BRADESCO - BNB - ITAÚ - CEF - BB - REAL

Outros: AGF - Arte e Costura - Casa do Pão - Chegue e Pague / PagFácil - AGF

Farmácia Pague Menos - Farmácia Santa Cecília.

Autenticação Mecânica



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 4355 / 2008

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: LESÃO ACIDENTAL NO TRANSITO (EXCETO LESÃO CORPORAL CULPOSA)
Data / Hora da Comunicação: 09/06/2008 07:58:47
Data / Hora da Ocorrência : 02/03/2008 16:00:47
Endereço da Ocorrência: LGO LOCALIDADE DE PEDRA DE FOGO
ZONA RURAL SOBRAL / CE
Ponto de Referência: LOCALIDADE DE PAUDARCO

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: LUIS MARIO DA SILVA GOMES
Nascimento : 29/08/1981
RG: 2002031060240 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 90878978305
Filiação: MIGUEL FRANCISCO GOMES
ANA CARDOSO DA SILVA GOMES
Endereço: AV DR JOSE EUCLIDES APRAZIVEL
ZONA RURAL
SOBRAL CE BRASIL
Telefone: 3615 0001

Histórico

INFORMA O DECLARANTE, QUE NO DIA 02/03/2008, POR VOLTA DAS 16:00 HS, PILOTAVA A MOTO DE MARCA HONDA CG 125 TITAN, ANO E MODELO 1997, DE COR AZUL, CHASSI 9C2JC250VVR091444, RENAVAM 670074845, DE PLACA HVU 3771-CE, EM NOME DE SOCORRO BORGES DE MATOS, PELA RODOVIA ESTADUAL SOBRAL COREAU-CE, AO SE APROXIMAR DA LOCALIDADE DE PEDRA DE FOGO, O PNEU DIANTEIRO ESVAZIA, O DECLARANTE PERDE O CONTROLE DA MOTO E FOI AO SOLO; QUE EM CONSEQUENCIA DO ACIDENTE O DECLARANTE TEVE LESÃO NO BRAÇO ESQUERDO; QUE O DECLARANTE FOI SOCORRIDO POR POPULARES QUE O ENCAMINHARAM PARA A SANTA CASA DE SOBRAL-CE. NADA MAIS DISSERAM.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

MATRÍCULA: 133171-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura]*

VISTO DO DELEGADO(A):



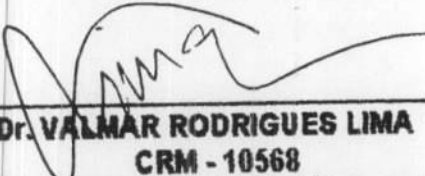
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL**Sistema de Radiologia**

Requisicao.....: 684699 Data da Solicitacao: 10/03/2008
Matricula.....: 141655 Idade: 26a 6m 16d
Paciente.....: LUIS MARIO DA SILVA GOMES
Convenio.....: SUS - SIH
Medico Solic.....: JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR
Laudo _____

**Exames****COTOVELO**

Aparelho gessado.

Fratura diafisária ulnar, fixada por dispositivo metálico.



Dr. VALMAR RODRIGUES LIMA
CRM - 10568

Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

 Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Márcia Araújo
COORDENADORA



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Aten: 1809254 Dt. Atende: 02/03/2008 - 19:18
Reg.: 141655 Dt. Nasr: 29/08/1981
Nome: LUIS MARIO DA SILVA GOMES
End.: VILA MONTEIRO 0 DISTRITO
APRAZIVEL: SOBRAL-CE; CEP: 62114000



ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 19:16

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU POR: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
- ☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- ☐ NÃO TINHA MÉDICO
- ☐ POSTO ESTAVA FECHADO
- ☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

Vacinação p/ Tétano

☐ Sim ☐ < 5a ☐ > 5a ☐ > 10a

☐ Não

☐ Não Lembro

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☐ OUTRAS AMBULANCIAS

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

EMERGÊNCIA

HISTÓRIA DO ACOLHIMENTO:

Acidente com queda de moto com trauma em NS(E) post. Verde

PA: 120 / 80

PULSO:

TEMP.:

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos cortos-contusos
- ☐ Choque elétrico
- ☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho
- ☐ Queda: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
- ☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto
- ☐ Bicicleta
- ☐ Outros
- ☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto
- ☐ Moto: ☐ com capacete ☐ Sem capacete
- ☐ Mordedura de animal: ☐ Doméstico
- ☐ Acidente por arma de fogo
- ☐ Afogamento
- ☐ Produto químicos farmacêuticos
- ☐ Solução

Santa Casa de M de Sobral
AME
CONFERE COM O ORIGINAL
Marluce Araújo
COORDENADORA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EM TRAUMATOLOGIA

☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPALHAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO
☐ OUTROS

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Lesão de membro superior direito, por queda
 de 1,70 m. Re: Ecografia de membros

Conduta: Rx antebraço @ + Ecografia de membros

Diagnóstico: Fratura de antebraço @

Dr. Frank Arturo
 Diretor Clínico Hospital Christus
 Vitor - Ceará / CRM 6888
 Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

☐ CLÍNICO ☒ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

☒ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☒ CIRÚRGICO
☐ ALTA ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE: _____

	Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL		
2 - CNES 3 0 2 1 1 1 4		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL		
4 - CNES 3 0 2 1 1 1 4		
Idade: 1927358 DT. ATEND.: 03/03/08 - 01:39 PATRI.: 141655 NASCIMENTO.: 29/08/81 Sexo: M NOME.: LUIS MARIO DA SILVA GOMES MÃE.: ANA CARDOSO DA SILVA GOMES CPF.: 398050031408538 SUSFACIL: ENDER.: VILA MONTEIRO @ IBGE: 231290 BAIRRO: APRAZIVEL SOBRAL - CEP: 62114000	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 50 9 - SEXO Maso. ☒ 1 Fem. ☐ 3 10 - RAÇA/COR 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Doença crônica		
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Doença crônica		
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Doença crônica		
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL Doença crônica		
24 - CID 10 PRINCIPAL 0408020431		
25 - CID 10 SECUNDÁRIO 0408020431		
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Doença crônica		
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020431		
29 - CLÍNICA 02	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 02	31 - DOCUMENTO () CNS (X) CPF 398050031408538
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 398050031408538		
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Audy Rocha de Oliveira		
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 03/03/08		
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM 2411 - CFE 370.742.887.7		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)		
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - Nº DO BILHETE 41 - SÉRIE	42 - CNPJ EMPRESA 43 - CNAE EMPRESA 44 - CBOR
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR Dr. José Ronaldo Vasconcelos		
47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 03 JUL 2008		
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF 03 JUL 2008		
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 03 JUL 2008		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 03 JUL 2008		
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) CRM 2411 - CFE 370.742.887.7		
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 03 JUL 2008		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ESIO LIMA VERDE NETO, liberado nos autos em 07/07/2015 às 11:00. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0462810-18.2011.8.06.0001 e código 1AA1DCB.

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Sistema de Internação Hospitalar
Anamnese de Internação Hospitalar

alta p/ renovar



15-5

DADOS DO PACIENTE

Matricula...: 141655
Paciente...: LUIS MARIO DA SILVA GOMES
Dt. Nasc...: 29/08/81
Mãe...: ANA CARDOSO DA SILVA GOMES
Pai...: MIGUEL FRANCISCO GOMES
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: VILA MONTEIRO
Bairro...: APRAZIVEL
Cidade...: SOBRAL
CPF...:
Idade...: 26a 6m 4d
Cor...: PARDA
CNS...: 898050031488538
Nº...: 0
CEP...: 82114-000
UF...: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Nome...:
Endereço...:
Documento...:
F...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 1809350
Data...: 03/03/08
Procedimento...: 39013081 - TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DO ANTE
Medico...: AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
Unidade Int...: EMERGENCIA - ADULTA
Leito...: LEITO EXTRA 009
Convenio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Carteira...:
N. Guia...:
Atendente...: GEOVANI
Hora...: 01:39
Permanência...: 3 Dias

Assinatura do Paciente ou Responsavel

Observações:

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE O ORIGINAL
Marta de Araujo
COORDENADORA

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS) Anestésistas



Castro e Silva
de um sumário

O Inciso do
anexo

O campo
de trabalho

O Simples

Data:	
Cirurgião: <i>Dr. Andy Rocha de Oliveira</i> Ass. e carimbo do cirurgião	1º Auxiliar Ass. e carimbo
2º Auxiliar Ass. e carimbo	3º Auxiliar Ass. e carimbo

Agentes Anestésicos	20	
Líquidos		
CÓDIGO		
V.P.P. Arterial: ☐ Pulso: ☐ Respiração:	260	
A X Anestesia: ☐ Operação:	240	
	220	
	200	
	180	
	160	
	140	
	120	
	100	
	80	
	60	
	40	
	20	

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

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Marilce Araújo
COORDENADORA

Data: Ass. e carimbo do anestésista - CRM



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Pça. Mons. Eufrásio, 419 - Fone: 3677-1930 - Sobral-CE

Boletim e Cirurgia e Anestesia (Preencher todos os campos após a cirurgia - verso a anverso)

OME DO PACIENTE:

Nome: Mario da Silva Gomes

DIAGNÓSTICO:

Fratura de Monte

INTERVENÇÃO:

Osteossíntese com placa e parafusos

61 MATERIAL DE SALA

de autoclave

TIPO

CALIBRE
(espessura)

QUANT.

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

DOSAG.

QUANT.

VIA

74

OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS

TÉR.M. HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Ass. de Cirurgia

Oficina CLEIDE - (88) 3611.3723

141 655

Dr. Andy

fls. 27

Nº DA AIH

CIRURGIA

ANESTESIA

1. PEQUENA 4. SIMULT.
2. MÉDIA 5. MUI. T.
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDÁRIA

☐ Geral ☐ Local ☐ Outros

INÍCIO

TÉRMINO

hora

min

hora

min

Em minutos c/ acrésc., Para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis. (Preencher)

ANESTESIA

Minutos Total

Minutos c/ acrésc.

DIA MÊS ANO DIA ÚTIL

05 03 07

☐ Sim
☒ Não

Santa Casa de M. de Sobral
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
Mário de Araújo
COORDENADOR



PLANO TERAPEUTICO



Nome: Luiz Claudio da Silva Gomes Clínica: _____ Enf.: _____ Leito: _____ Mat.: _____ Reg.: _____ Peso: _____ Altura: _____

Data: 03/03/08 PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA	TEMP.	PA	FR
09:36	36	126/80	80

HORA	TEMP.	PA	FR
20:30	36	126/80	80

USO O₂ e AR COMP.

	LIG.	DESL.	CONT.
O ₂			
O ₂			
AR			
AR			

RESPIRADOR

LIG.	DESL.

Monitor	LIG.	DESL.	CONT.

GLICEMIA

HORA	VALOR	HORA	VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO

MEDICAÇÃO	LIGADO	DESLIG.

ECG às

Raio X às

Item 34 / Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL

Marluce Araújo
COORDENADORA



PLANO TERAPEUTICO

Nome:	Wesley Mano da Silva	Clinica:	Gap Aguiar	Enf.:	81	Leito:	1638	Mat.:	14/655	Reg.:	1809350	Reso:		Altura:	
-------	----------------------	----------	------------	-------	----	--------	------	-------	--------	-------	---------	-------	--	---------	--

Data: / / **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA	TEMP.	PA	P	FR

USO O, e AR COMP.

	LIG.	DESL.	CONT.
O ₂			
O ₂			
AF			
AR			

RESPIRADOR

LIG	DESL.
LIG	DESL.
Continuo	
Monitor	LIG DESL. CONT.
Oxímetro	LIG DESL. CONT.

GLICEMIA

HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO

MEDICAÇÃO	LIGADO	DESIG.

ECG as

Ratio X as

Item 34 / Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723

56.1 Santa Casa de M. de Sobral
1) SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Marilce Araújo
COORDENADORA

15-5



Prescrição : 591001 S C U N Usuário : JULIANO C U N H O R A Data : 03/03/2008 14:00 S C U N H O
Atendimento : 1809350 Dt Masc : 29/08/1981 (26a 6m 5d) Convenio : SUS - SH
Paciente : 141655 LUIS MARIO DA SILVA GOMES Internação : 03/03/2008 01:39 1 Dia(s) Int
Médico : AUDY ROCHA DE OLIVEIRA Serviço : TRAUMATO/ORTOPEDIA
Unid Internação : FRANCISCO AGUIAR Leito : LEITO 1638 - F. Cobertura : OBSERVAÇÃO
CID : 9527 FRAT MULT DO ANTEBRACO

Rubrica do Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA (* * * RASCUNHO * * *)

DIETA	Qtd Unidade	St	Fa	Frequencia	Data	Horarios
1 DIETA LIVRE	1					

MEDICAMENTOS INJETAVEIS	Qtd Unidade	St	Fa	Frequencia	Data	Horarios
2 DICLOFENACO SODICO 75MG AMPOLA - MESTRE	1 AMPOLA	1M		12X12 HORA	[04/03]	. 18 ✓ [05/03] . 06 ✓

SINAIS VITAIS	Qtd Unidade	St	Fa	Frequencia	Data	Horarios
3 SINAIS VITAIS						

Audy Rocha de Oliveira
CRM: 2411

Santa Casa de M de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Marilace Araújo
COORDENADORA

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723

[illegible]

---AUDY ROCHA DE OLIVEIRA---
CRM: 2411

~~AUDY ROCHA DE OLIVEIRA~~

[illegible]

2 DICTOFENACED SODICO 75MG AMPOLA - MESTRE

Brd-Unitade St Fa Frecuencia Data Horarios

Rubrica do Medico

Prescrição: 591405, S C U M Usuário: JULIANOS C U M M O \$\$\$\$\$\$ R Adata: 05/03/2008 \$\$\$114 \$\$\$05 C U M H O \$\$\$
Atendimento: 1809350 Dt Nasc: 29/08/1981 (26a 6a 6d) Convento: SUS - SIM
Paciente 14155 LUIS MARIO DA SILVA BOMES Informacao: 03/03/2008 01:39 2 Dia(s) Int
Medico: AUDY ROCHA DE OLIVEIRA Servico: TRAUAMATO/ORTOPEDIA
Farmaco: FRANCISCO AGUIAR Letto: LE110 1638 - F. Cobertura: OBSERVACAO CID: 5527

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
CURSO DE PEDAGOGIA
DISCIPLINA DE PSICOLOGIA DA EDUCAÇÃO
PROFESSOR: DR. JOSÉ CARLOS DE SOUZA
ALUNO: JOÃO CARLOS DE SOUZA
MATRÍCULA: 123456789
DATA: 10/05/2023
LOCAL: SÃO PAULO, SP

Página: 1/1
Emitido Por: JULIANO
Data: 05/03/2008 01:27



20:00 TRANSFERIDO P/C.
5. Pao AGUIA.
20:05- Retencao 503
JHE P

Saida Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM ORIGINAL
Mauricio Araujo
COORDENADOR

SECRETARIA

[illegible]

ECG As	
Radi X As	

Item 34 / Ord

Item 34 / Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723

HY 2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

~~Mr. Andy Rocha de Oliveira~~
~~CAIR 243~~

SECRETARIA DA 6ª VARA CÍVEL
FIS. 29
2

William Corbin
 605.670.622.404 - 00

ADY ROCHA DE OLIVEIRA

CRM: 2411

SINAIAS VITAIAS
SINAIAS VITAIAS

MEDICAMENTOS ORAIS

DIETA
1 DIETA LIVRE

PRESCRICAO MEDICA (1.º e 2.º RASCUNHO) 1.º e 2.º

Rubrica do Medico

Prescrição: 591670, S C U N Usuário JULIANOS C U N H O 111111 R Admta: 06/03/2008011111:005 C U N H O 1111
Atendimento: 1809350 Dt Nasc 29/08/1981 (26a km 741) Convênio: SUS - SII
Paciente 141655 LUIS MARIO DA SILVA GOMES
Médico: ANDY ROCHA DE OLIVEIRA
d Internacao: FRANCISCO AGUIAR Letto: LEITO 1638 - f. Cobertura: OBSERVACAO
CID: 5527 FRAI MULI DO ANTEBRACO

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
 MV 2000 - Sistema de Berociamentoo da Unidade
 Relatorio de Prescricao / Evolucao

Página: 1/1
Emitted Por: JULIANO

Date:05/03/2008 21:17

Legenda: HV - Hidratação Venosa | NE = Nutrição Enteral | NP = Nutrição Parental | Liq. V₀ = Líquido V₀ | Diu = Diurese | EV = Evacuação | S = Dreno de Sucção | DT = Drenagem Gástrica | Sano = Saneou Colúdo | FZ = Fezes | DK = Dreno Kher | Dif = Diferença | SV = Sonda Vesical

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
 MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
 Relatorio de Prescricao / Evolucao

15-5

Pagina: 1/1
 Emitido Por: JULIANO
 Data: 08/03/2008 22:31

Prescricao : 591943 S C U N Usuario : JULIANOS C U N H D ##### R-Adat : 07/03/2008 ##### OBS : C U N H D #####
 Atendimento : 1809350 Dt Mase : 29/08/1981 (26a 6m 8d) Convenio : SUS - SIH
 Paciente : 141655 LUIS MARIO DA SILVA GOMES Internacao : 05/03/2008 01:39 1 Dia(s) Int
 Medico : AUDY ROCHA DE OLIVEIRA Servico : TRAUMATO/ORTOPEDIA
 Unid Internacao : FRANCISCO AGUIAR Leito : LEITO 1638 - F. Cobertura : OBSERVACAO
 CID : S527 FRAT MULT DO ANTEBRACO



Rubrica do Medico

PRESCRICAO MEDICA (### RASCUNHO ###)

DIETA	Qtd Unidade	St	Fa	Frequencia	Data	Horarios
1 DIETA LIVRE	1					
MEDICAMENTOS INJETAVEIS						
2 CEFALOTINA 1,0G FRASCO AMPOLA - MESTRE	1 FRASCO AMP		EV	06X06 HORA	[07/03]	. 18
-- SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK	1 UND				[08/03]	. 06 . 06 . 12
-- AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1 UNIDADE					
3 DAPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML AMPOLA - MESTRE	1 AMPOLA		EV	06X06 HORA	[07/03]	. 18
-- SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK	1 UND				[08/03]	. 06 . 06 . 12
-- AGULHA DESCARTAVEL 25 X 08	1 UNIDADE					
MEDICAMENTOS ORAIS						
4 CODEINA, FOSFATO 30MG COMPRIMIDO - MESTRE	1 COMPRIMIDO		VO	08X08 HORA	[07/03]	. 14 . 22
					[08/03]	. 06
5 CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO - MESTRE	1 COMPRIMIDO		VO	LIVRE		
Obs.: FAZER SL SE P.A = 160 MMHG E/OU = 100 MMHG.						
SINAIS VITAIS						
6 SINAIS VITAIS	Qtd Unidade	St	Fa	Frequencia	Data	Horarios

AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
 CRM: 2411

Santa Casa de M de Sobral
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Marluce Araujo
 COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatorio de Prescricao / Evolucao

Pagina: 1/1
Emitido Por: JULIANO
Data: 07/03/2008 22:38

15-5

Prescricao : 592158 S C U N Usuario : JULIANO C U N H O ##### R A Data : 08/03/2008 ##### 14:00S C U N H O #####
Atendimento : 1809350 Dt Nasc : 29/08/1981 (26a 6m 9d) Convenio : SUS - SIH
Paciente : 141655 LUIS MARIO DA SILVA GOMES Internacao : 03/03/2008 01:39 5 Dia(s) Int
Medico : AUDY ROCHA DE OLIVEIRA Servico : TRAUMATO/ORTOPEDIA
Unid Internacao : FRANCISCO AGUIAR Leito : LEITO 1638 - F. Cobertura : OBSERVACAO
CID : 5527 FRAT MULT DO ANTEBRACO

Rubrica do Medico

PRESCRICAO MEDICA (* * * RASCUNHO * * *)

DIETA

1 DIETA LIVRE

Btd Unidade St Fa Frequencia Data Horarios

MEDICAMENTOS INJETAVEIS

2 CEFALOTINA 1,06 FRASCO AMPOLA - MESTRE
-- SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK
-- AGULHA DESCARTAVEL 40X12

Btd Unidade St Fa Frequencia Data Horarios
1 FRASCO AMP EV 06X06 HORA [08/03] . 18
1 UND [09/03] . 00 . 06 . 12
1 UNIDADE

3 DIFIRONA SODICA 500MG/ML 2ML AMPOLA - MESTRE

-- SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK
-- AGULHA DESCARTAVEL 25 X 08

1 AMPOLA EV 06X06 HORA [08/03] . 18
[09/03] . 00 . 06 . 12
1 UND
1 UNIDADE

MEDICAMENTOS ORAIS

4 CODEINA, FOSFATO 30MG COMPRIMIDO - MESTRE

Btd Unidade St Fa Frequencia Data Horarios
1 COMPRIMIDO VO 08X08 HORA [08/03] . 14 . 22
[09/03] . 06

5 CAPTOPRIL 25MG COMPRIMIDO - MESTRE

Obs.: FAZER SL SE P.A = 160 MMHG E/OU = 100 MMHG.

1 COMPRIMIDO VO LIVRE

SINAIS VITAIS

6 SINAIS VITAIS

Btd Unidade St Fa Frequencia Data Horarios

Francisco das Chagas Pereira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRÉDITO: AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
CRM: 2411

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maurice Araújo
COORDENADORA

MV-2000 - A SOLUÇÃO INTELIGENTE PARA A MODERNA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR





EVOLUÇÃO CLÍNICA



PROFISSIONAL:

NOME: Louis Mario da Silva Gomes

Nº PRONTUÁRIO 141655

SETOR: Jco Aguiar

ENFERMARIA: 81

LEITO: 1638



DATA	
03/03/08	<i>[Signature]</i> Dr. Andy Rocha de Oliveira CRM: 2411
04/03/08	<i>[Signature]</i> Dr. Andy Rocha de Oliveira CRM: 2411
05/03/08	<i>[Signature]</i> Dr. Andy Rocha de Oliveira CRM: 2411
06/03/08	<i>[Signature]</i> Dr. Andy Rocha de Oliveira CRM: 2411
07/03/08	<i>[Signature]</i> Dr. Andy Rocha de Oliveira CRM: 2411
08/03/08	<i>[Signature]</i> Dr. Andy Rocha de Oliveira CRM: 2411

CONFERE O ORIGINAL
Maurice Araújo
COORDENADOR

Dr. Jose Henrique de O. A.
Ortopedia - Traumatologia
CRM: 4908 - CPF: 7393050
SBOT 0038

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL**Sistema de Radiologia**

Requisicao.....: 683793

Data da Solicitacao: 06/03/2008

Matricula.....: 141655

Idade: 26a 6m 27d

Paciente.....: LUIS MARIO DA SILVA GOMES

Convenio.....: SUS - SIH

Medico Solic.....: AUDY ROCHA DE OLIVEIRA

Laudo

Exames**COTOVELO**

Alterações morfo-estruturais, relacionadas a fratura prévia, e elemento metálico de fixação tipo placa e parafuso na diafise proximal da ulna.

Edema e enfisema de tecidos moles do cotovelo.

Dr. CASSIO LOPES ALBUQUERQUE**CRM - 5699****Membro-Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia**

 Santa Casa de Misericórdia de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Marluce Araújo
COORDENADORA

 CONFERE COM
Marluce Araújo
COORDENADORA



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



NOME: Paulo Mauro da S. Gomes Nº PRONTUÁRIO: 141655
 NÚMERO: F. K ENFERMARIA: 15 LÉITO: 5
 PROCEDÊNCIA: IDADE: 26 anos SEXO: M
 ENDEREÇO: _____
 BAIRRO: Amazônia CIDADE: Sobral UF: CE

DIAGNÓSTICO INICIAL

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

HISTÓRIA CLÍNICA - EXAME FÍSICO - CONDUTA

Paciente vítima de trauma
 por queda de altura.
 Trauma no membro superior direito.

Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE COMO ORIGINAL
 Marlene Araújo
 COORDENADORA

Dr. Ruy Rocha de Oliveira
 CRM: 2471

DATA: ____ / ____ / 20 ____ Horário: ____ Ass. Médico: CRM ____

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL	
2 - CNES 3 0 2 1 1 1 4 3 6	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL	
4 - CNES 3 0 2 1 1 1 4 3 6	
Identificação do Paciente	
ATEND.: 1015756 DT. ATEND.: 09/03/08 - 07:00 NOME.: LUIS MARIO DA SILVA GOMES P.C.: ANA CARDOSO DA SILVA GOMES CPF.: _____ CNS: 898050031488538 SUSFACIL: ENDER.: VILA MONTEIRO 0186: 231290 BAIRRO: ARAZUELA - SOBRAL - CEP: 62114000	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO 9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL 21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
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 - CNPJ EMPRESA 38 - SÉRIE 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNPJ EMPRESA 41 - CBOR 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 45 - DOCUMENTO 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	



CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
 NOME E ASSINATURA DO RECEBENTE
 DATA E ASSINATURA DO EMITENTE

040801204134
 1093050300
 09/03/08
 Dr. Hernani C. de O.
 Traumatologia
 893050
 11 JUN 2008

William Kardec Alves Pereira
 CRM 3022
 09/03/08 - 10:30 - F.A.

Mod. 1 / Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Sistema de Internação Hospitalar

Anamnese de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 141655

Paciente: LUIS MARIO DA SILVA GOMES

Dt. Nasc.: 29/08/81

Mae: ANA CARDOSO DA SILVA GOMES

Pai: MIGUEL FRANCISCO GOMES

E. Civil: SOLTEIRO

Endereço: VILA MONTEIRO

Bairro: APRAZIVEL

Cidade: SOBRAL

CPF: 0

Idade: 26a 6m 11d

Cor: PARDA

CNS: 698050031488538

Nº: 0

CEP: 62114-000

UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Nome:

Endereço:

Documento:

Fone:

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento: 1815356

Atendente: MILITAO

Data: 09/03/08

Hora: 07:00

Permanência: 2 Dias

Procedimento: 39016080 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DIAFISARIA DO RADIO

Medico: JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR

Unidade Int: FRANCISCO AGUIAR

Leito: LEITO 1838 - F. AGUIAR

Convenio: SUS - SIH

Plano: 1

Carteira:

N. Guia:

Assinatura do Paciente ou Responsavel

Outras Observações:

(se) Santa Casa de M de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Márcia Araújo
COORDENADORA

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIAS PRINCIPAIS) Anestesiistas



Rec. Dorad
Intubação
Preparação
Capítulo 5
co. cabeça lateral para
da, medição e curativo
cabeça e pulmão

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Mário Costa Araújo
Coordenador

Data: 9/03/08	
Cirurgião: <i>[assinatura]</i>	1º Auxiliar: <i>[assinatura]</i>
Ass. e carimbo do cirurgião	Ass. e carimbo
2º Auxiliar: <i>[assinatura]</i>	3º Auxiliar: <i>[assinatura]</i>
Ass. e carimbo	Ass. e carimbo

Agentes Anestésicos
<i>20</i>

Líquidos
<i>1800</i>

CÓDIGO
V PP. Arterial: ☒ Pulso: ☒ Respiração: ☒
A X Anestesia: ☒ Operação: ☒
<i>260</i>
<i>240</i>
<i>220</i>
<i>200</i>
<i>180</i>
<i>160</i>
<i>140</i>
<i>120</i>
<i>100</i>
<i>80</i>
<i>60</i>
<i>40</i>
<i>20</i>

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

Estados Unidos ASA I
plano de peso ligeiro com
lidocaina 22-400mg + propofol 0,52
100 mg.

Exatidão Cerqueira
Médico-Anestesiologista
CRM-CE 8665

Data: 09.03.08	Ass. e carimbo do anestesiista - CRM
----------------	--------------------------------------

141655

Wh-Arenow C



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Pça. Mons. Eufrásio, 419 - Fone: 3677.1930 - Sobral-CE.

Boletim e Cirurgia e Anestesia (Preencher todos os campos após a cirurgia - verso a anverso)

NOME DO PACIENTE: Mrs. Maria de Silva Gomes
DIAGNÓSTICO: Exatidão (cabeça)
OPERAÇÃO: Redução de nariz e maxilares

61 MATERIAL DE SALA

CIRURGIÃO: Dr. A. A. A. A.
POTENCIALMENTE CONTAMINADA

Nº DA AIH

REG: 1815356
CÓDIGO CID

CONVERSÃO CATEGORIA
CÓDIGO SSM

65 MEDICAMENTOS DE SALA

lidocaine 2%
propivacaine 0,5%
pentanil
midazolam

CIRURGIA

1. PEQUENA 4. SIMULT.
2. MÉDIA 5. MUL. T.
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDARIA

INÍCIO TÉRMINO DURAÇÃO

DIA MÊS ANO
9 3 08

TIPO

DOSAG.

QUANT.

VIA

ANESTESIA

INÍCIO TÉRMINO
hora min hora min

18 20 18 50

Em minutos c/ acrésc. Para os casos de emergência fora de horário normal e dias não úteis. (Preencher)

ANESTESIA

Minutos Total Minutos c/ acrésc.

30 30

74 OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS

TÉRMINO HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Ass. do Cirurgião

CONFERE COM ORIGINAL
Santa Casa de M. de Sobral

PLANO TERAPEUTICO

1809350

Nome: Raio Mano da Silva Gomes Clínica: FA Enf.: 81 Leito: 1638 Mat: 141655 Reg.: Peso: Altura:

Data: 9/13/08 PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

HORA	TEMP.	PA	P	FR
		90/120	80	20

USO O₂ e AR COMP.

	LIG.	DESL.	CONT.
O ₂			
O ₂			
AR			
AR			

RESPIRADOR

LIG.	DESL.
LIG.	DESL.

Continuo

Monitor	LIG.	DESL.	CONT.
Oxímetro <td>LIG.</td> <td>DESL.</td> <td>CONT.</td>	LIG.	DESL.	CONT.

GLICEMIA

HORA	VALOR	HORA	VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO

MEDICAÇÃO	LIGADO	DESLIG.

ECG às

Raio X às

Nem 34 / Gráfica CLEIDE - (88) 3811.3723

Santa Casa de M. de Sebral
SAME
CONFERE COMO ORIGINAL

Marilice Araújo
COORDENADORA

Dr. José Helton C. de O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CNPJ 1920 - CPF 36893058
SBOT 5033

Dr. José Helton C. de O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CNPJ 1920 - CPF 36893058
SBOT 5033

[illegible]

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página.: 1/1
Emitido Por: JULIANO
Data: 10/03/2008 05:49

15-5

Prescrição : 592755 S C U N Usuário : JULIANO C U N H O ***** R-Adat : 10/03/2008 **** 14:00 S C U N H O ****
Atendimento : 1815356 Dt Nasc : 29/08/1981 (26a 6m 11d) Convenio : SUS - SIH
Paciente : 141655 LUIS MARIO DA SILVA GOMES Internação : 09/03/2008 07:00 1 Dia(s) Int
Médico : JOSE HERMANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR Serviço : TRAUMATO/ORTOPEDIA
Unid Internação : FRANCISCO AGUIAR Leito : LEITO 1638 - F. Cobertura : ENFERMARIA
CID : S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO

Rubrica do Medico

PRESCRIÇÃO MÉDICA (* * * RASCUNHO * * *)

DIETA	Qtd Unidade	St	Fa	Frequencia	Data	Horarios
1 DIETA LIVRE	1					
MEDICAMENTOS INJETAVEIS	Qtd Unidade	St	Fa	Frequencia	Data	Horarios
2 DIFIRONA SODICA 500MG/ML 2ML AMPOLA - MESTRE	1 AMPOLA		EV	06X06 HORA	[10/03]	18 ✓
-- SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK	1 UND				[11/03]	00 ✓
-- AGULHA DESCARTAVEL 25 X 08	1 UNIDADE					06 ✓ 12 ✓
3 MORFINA, SULFATO 10MG/ML 1ML AMPOLA - MESTRE	1 AMPOLA		SB	06X06 HORA	[10/03]	09 ✓
-- AGULHA DESCARTAVEL 13 X 4.5	1 UND				[11/03]	05 ✓ 08 ✓ 03 ✓
-- SERINGA DESCARTAVEL 01ML S/ AGULHA	1 UND					
SINAIS VITAIS	Qtd Unidade	St	Fa	Frequencia	Data	Horarios
4 SINAIS VITAIS						

5 - JANEIRO
2008

Dr. Jose Hermani Campos de Oliveira Junior
JOSE HERMANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM: 4920

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERÊNCIA COM O ORIGINAL
Márcia de Araújo
COORDENADORA

PLANO DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

fls. 52

SINAIS VITAIS (MTN)

T P FR PA

GANHO

HV MED NE NP L.VO

PERDA

DIU EV DS DT DG Sang FZ DK SV

Total Parcial=

Total Parcial=

Total Parcial=

Total Parcial=

Total Parcial=

Total Parcial=

OXIGENOTERAPIA

BH Total (24 horas)=

BH Total (24 horas)=

Dif.(+)=

INÍCIO=

TÉRMINO=

CATETER=

AR COMPRIMIDO=

MÁSCARA=

RESPIRADOR=

FIO 2=

PIP=

PEP=

I/E

TINP=

VOL. TOTAL=

MOD=

FR=

Legenda: HV - Hidratação Venosa | NE = Nutrição Enteral | NP = Nutrição Parental | Liq. Vo = Líquido Vo | Diu = Diurese | EV = Evacuação
DS = Dreno de Sucção | DT = Drenagem Gástrica | Sang = Sangue Colhido | FZ = Fezes | DK = Dreno Kher | Dif. = Diferença | SV = Sonda Vesical

CONFEP
ORIGINAL
MAY
CUNHA ADORA



Gráfica GLEIDE - (88) 3611.3723

Prescricao : 592977 S C U N Usuario : JULIANO C U N H D ***** R A Data : 11/03/2008 14:00 S C U N H D *****
Atendimento : 1815356 Dt Nasc 29/08/1981 (26a 6m 12d) Convenio : SUS - SIH
Paciente 141655 LUIS MARIO DA SILVA GOMES Internacao : 09/03/2008 07:00 2 Dia(s) Int
Medico : JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR Servico : TRAUMATO/ORTOPEDIA
Unid Internacao : FRANCISCO AGUIAR Leito : LEITO 1638 - F. Cobertura : ENFERMARIA
CID : S525 FRAT DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

Rubrica do Medico

PRESCRICAO MEDICA (* * * RASCUNHO * * *)

DIETA
1 DIETA LIVRE Qtd Unidade St Fa Frequencia Data Horarios
1

MEDICAMENTOS INJETAVEIS
2 DIPIRONA SODICA 500MG/ML 2ML AMPOLA - Qtd Unidade St Fa Frequencia Data Horarios
1 AMPOLA EV 06X06 HORA [11/03] , 18
MESTRE [12/03] , 00 , 06 , 12
-- SERINGA DESCARTAVEL 10ML LUER LOCK 1 UND
-- AGULHA DESCARTAVEL 25 X 08 1 UNIDADE
3 MORFINA, SULFATO 10MG/ML 1ML AMPOLA - Qtd Unidade St Fa Frequencia Data Horarios
1 AMPOLA SB 06X06 HORA [11/03] , 18
MESTRE [12/03] , 00 , 06 , 12
Obs.: APLICAR 0,6 SC.
-- AGULHA DESCARTAVEL 13 X 4,5 1 UND
-- SERINGA DESCARTAVEL 01ML S/ AGULHA 1 UND

SINAIS VITAIS
4 SINAIS VITAIS Qtd Unidade St Fa Frequencia Data Horarios

MATERIAL
5 ATADURA DE CREPON 15CM Qtd Unidade St Fa Frequencia Data Horarios
2 UNIDADE

Alta Hospitalar

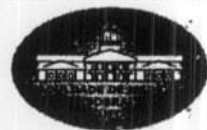
Dr. Jose Hernani C. de O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4920 - CME 37883050
S00T 5082

JOSE HERNANI CAMPOS DE OLIVEIRA JUNIOR
CRM: 4920

Santa Casa de M. de Sobral
SOME
PRECO ORIGINAL
Araújo
ENFERMEIRA



EVOLUÇÃO CLÍNICA



PROFISSIONAL:

NOME: Luis Mairino da S. Gomes Nº PRONTUÁRIO 141655
 SETOR: F. A ENFERMARIA: 15 LEITO: 5



DATA	
09/03/08	Pr. de flexão <i>flexão</i> de <i>de</i> dor e, e aviso <i>aviso</i> de redução <i>aviso</i> Dr. José Hernani C. de O. Jr. Ortopedia - Traumatologia CRM 4920 - CPF 37583080 SBOT 5088
10/3	1º pr. - redução da <i>aviso</i> de dor e, e <i>aviso</i> de <i>aviso</i> Dr. José Hernani C. de O. Jr. Ortopedia - Traumatologia CRM 4920 - CPF 37583080 SBOT 5088
11/03	2º pr. - redução da <i>aviso</i> de dor e, e <i>aviso</i> de <i>aviso</i> <i>aviso</i> de <i>aviso</i> de <i>aviso</i> <i>aviso</i> de <i>aviso</i> de <i>aviso</i> Dr. José Hernani C. de O. Jr. Ortopedia - Traumatologia CRM 4920 - CPF 37583080 SBOT 5088

(50) Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE COM O ORIGINAL
 M. de Araujo
 COORDENADOR



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



NOME: Luis maio da S. Gomes N° PRONTUÁRIO: 141655
CLÍNICA: F. D ENFERMARIA: 15 LEITO: 5
PROCEDÊNCIA: IDADE: 26 anos SEXO: M
ENDEREÇO: vila Montego
BAIRRO: Araçoiás CIDADE: Sobral UF: CE

DIAGNÓSTICO INICIAL	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO
<u>luxação de</u>	<u>luxação de cabeça</u>
<u>cabeça de vidro de vidro</u>	<u>de vidro de vidro</u>

HISTÓRIA CLÍNICA - EXAME FÍSICO - CONDUTA

Ote teve trauma de Montego
de vidro e p. trauma de
osteomielite a ultra-estrutura
para o, por o vidro
lixo. em seguida, e fez
um procedimento p/ manter a
vidro

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Mafuze Araújo
COORDENADORA

DATA 9.3.2008 Horário: Ass. Médico: CRM ✓



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO MÉDICO LEGAL Dr. GUARANY - SOBRAL-CE



Registro: 2394 Digitado em: 19/12/2008
 Livro: 01-A Pág: 311 Digitado por: Marcio

AUTO DE EXAME DE SANIDADE EM LESÃO CORPORAL

Em 19 de Dezembro do ano de 2008 nesta cidade de Sobral, e na sede do Instituto Médico Legal, pelo Diretor Dr. Raymundo Pimentel Gomes Neto, foram designados os Peritos: **André Xenofonte Cartaxo Sampaio**, para proceder a exame de Corpo de Delito (**Sanidade em Lesão Corporal**) em: **LUIZ MARIO DA SILVA GOMES** a fim de ser atendida a requisição de Nº 553-1451/2008 da Delegacia Regional de Sobral-CE descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, responder aos seguintes quesitos: **PRIMEIRO** – Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias?; **SEGUNDO** – Resultou debilidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função? (Resposta Especificada); **TERCEIRO** – Resultou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável, deformidade permanente? (Resposta Especificada).

Em consequência, passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgar necessárias findos os quais declaram:

Histórico: Periciando comparece para exame complementar ao realizado em 26/Junho/2008 (registro 1241-livro 01 – P, pág. 146). Trouxe atestado comprovando ter realizado tratamento fisioterápico. Ao Exame: Observamos cicatriz de acesso cirúrgico no cotovelo e antebraço esquerdo conforme descritas no exame anterior. Observamos região com abaulamento muscular na face externa do antebraço esquerdo. Observamos discreta redução da força no membro superior esquerdo.

RESPOSTAS DOS QUESITOS:

1º) SIM;

2º) SIM (REDUÇÃO DE FORÇA MÍNIMA NO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO);

3º) NÃO. #

André Xenofonte
 André Xenofonte Cartaxo Sampaio
 Perito – CREMEC 7767



CARTÓRIO ARRUDA - 3º OFÍCIO NOTAS, PROTESTOS E REGISTROS RUA FLORIANO PEIXOTO, 186 SOBRAL - CE - CEP: 3611-1545	A presente cópia xerográfica confere com o original apresentado nestas notas. Dou fé. Em testemunho.
	07 JAN. 2009 <i>Indiarys</i>
	☐ Bela Mª do Carmo Carvalho Arruda ☐ Ana Paula Carvalho Arruda Cella - S. ☒ Mª da Conceição Rodrigues - ESC.
	Selo de Autenticidade 03

Sinistro: 2010/423853 - PROCESSO PAGO

De: **RESINTRAN** (faleconosco@resintran.com.br)

Enviada: quarta-feira, 19 de janeiro de 2011 15:03:27

Para: fat-jp@hotmail.com

Sinistro: **2010/423853**

Vítima

Dados pessoais

Vítima: **LUIS MARIO DA SILVA GOMES**Endereço: **TRAVESSA DEPUTADO MURILO AGUIAR, S/N**Bairro: **ZONA RURAL**Cidade: **SOBRAL**UF: **CE**CEP: **62000-000**

Código da vítima:

Natureza: **INVALIDEZ**Nascimento: **1981-08-29**CPF: **008.789.783-05**Valor (DAMS): **0,00**Data do Sinistro: **2008-03-02**

Beneficiário

Beneficiário 1

Nome 1: **LUIS MARIO DA SILVA GOMES**CPF/CNPJ: **008.789.783-05**Data de nascimento: **29/08/1981**Cidade: **SOBRAL**UF: **CE**Banco: **237**Agência: **702-1**Conta: **C/P. 004206-2**

Histórico

Data	Descrição	Status
21/01/2011		PROCESSO PAGO
22/12/2010	EXIGENCIA CUMPRIDA NESTA DATA.	ANALISE SEGURADORA LIDER
12/04/2010	ENVIAR BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR + RELATORIO DE INTERNAMENTO	EXIGENCIA SEGURADORA LIDER
19/02/2010	ENCAMINHADO PARA SEG. LIDER EM 19/02/2010	ANALISE SEGURADORA LIDER

Dados do pagamento

Beneficiário	Data	Valor	Estorno
LUIS MARIO DA SILVA GOMES	21/01/2011	R\$ 4.725,00	

Atenciosamente
Equipe RESINTRAN



ESTADO DO CEARÁ
PODER JUDICIÁRIO
COMARCA DE FORTALEZA
6ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA



Data - Hora
29/3/2011 -
13:43

Termo de Registro e Autuação



Não possui autuação

Nesta data, após recebidos, estes autos foram registrados e autuados por processamento eletrônico, na forma do demonstrativo abaixo discriminado.

Dados Gerais do Processo	
Protocolo Único	462810-18.2011.8.06.0001 / 0 PROCEDIMENTO ORDINÁRIO
Nr.Volumes	1
Natureza	CÍVEL
Just.Gratuita	NÃO
Segredo de Justiça	NÃO
Apresentação/Preparo	Conta
Competência	VARAS CÍVEIS

Partes
Nome
Requerente : LUIS MARIO DA SILVA GOMES Rep. Jurídico : 18044 - CE RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI Requerido : MARITIMA SEGUROS S.A.

Fortaleza,

Responsável