

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: <u>JOÃO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS</u>	
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>
RG: <u>2008916849-0</u> Órgão Emissor: <u>SSPLE</u> Data da Emissão: <u>16/09/14</u>	
CPF: <u>626.343.413-93</u>	Profissão: <u>ESTUDANTE</u>
Endereço: <u>CONJ. TATU MUNDE, QUADRA B, BLOCO 16, APTO 01</u>	
Bairro: <u>Rd. SANTO AMARO</u> Cidade/UF: <u>FORTALEZA/CE</u> CEP: <u>60.544-680</u>	

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judícia e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 27 de MARÇO de 2019.

João Lucas Oliveira Dos Santos

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: <u>JOÃO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>2008916849-0</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-CE</u>	Data da Emissão: <u>16.09.19</u>
CPF: <u>626.343.413-93</u>	Profissão: <u>ESTUDANTE</u>	
Endereço: <u>CONJ. TAN MUNDÉ, QUADRA B, BLOCO 16, APTD. 01</u>		
Bairro: <u>PQ. SANTO AMARO</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA / CE</u>	CEP: <u>60544-680</u>

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei nº. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 27 de MARÇO de 2019.

João Lucas Oliveira Dos Santos

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressalvando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 27 de MARÇO de 2019.

Ciente:

João Lucas Oliveira Dos Santos

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PRIMEIRA FOMENTO DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO E SERVIÇOS GERAIS



Polegar Direito



João Lucas Oliveira dos Santos

CARTeira DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008916849 - 0 DATA DE EMISSÃO 16/09/2014

NOME: JOÃO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS
FILIAÇÃO: JOÃO PAULO DOS SANTOS
NATURALIDADE: NATALVA DE OLIVEIRA SILVA
FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 27/02/2001

DOC. ORIGIN: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 5 ZONA TERMO: 031864 FOLHA: 032 V
LIVRO: A-038 FORTALEZA - CE

ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P. 1

Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
626.343.413-93

Nome
JOAO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS

Nascimento
27/02/2001

CÓDIGO DE CONTROLE
9F9A.C2F5.780C.A94C



Emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 13:41:41 do dia 08/03/2017 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00
VALIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

fls. 9

156



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº
Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

558947250

A Tarifa Social de Energia Elétrica
 foi criada pela Lei Nº 10.436 de
 26 de abril de 2002

1689

1964

C

DADOS DO CLIENTE

Rota 15 01250 18 301800 - 5 Medidor 2002789 Poste 0000 F880
 Nome **MARIA DE FÁTIMA BATISTA DOS SANTOS** SMC 008002361628
 Endereço Postal CJ TATU MUNDE 0 B 00002 AP 01 BL 16 - PQ. SÍTIO
 AMARO - FORTALEZA CEP 60544-680

JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

7123459

VENCIMENTO

25/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

168,51

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade	Valor (R\$)
22/01/19	73,50
24/12/18	10,08
22/01/19	62,86
24/12/18	10,10
22/01/19	1,30
24/12/18	10,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Perda Ramal Cons. Incl Cons. Fat

18915 18755 1 159 0 159

RG - CPF - CNPJ 001094173-80 CGF

Classe RESIDENCIAL MONOFÁSICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura

29/01/2019 20/02/2019
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5572.4098.3811.4408.FFAC.2549.0273.24F7

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

110,82 27,00% 29,92

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

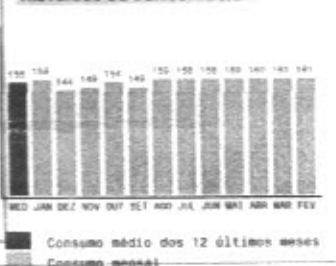
Energia	27,33
Transmissão	2,42
Distribuição	15,59
Encargos Setoriais	4,18
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)	35,54
Total	85,06

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjuntos	Nov/2018	Dez/2018	Jan/2019	Fev/2019	Mar/2019	Abr/2019	Mai/2019	Jun/2019	Jul/2019	Ago/2019	Sep/2019	Out/2019	Nov/2019	Dez/2019
Conj. 1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conj. 2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Conj. 3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



FAIXAS CONSUMO BAIXA RENDA

Faixa	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
Faixa 0 a 30	30	0,24383
Faixa 31 a 100	70	0,41815
Faixa 101 a 220	59	0,52728

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica
 (Emitido kg CO₂) Compensado kg CO₂ Consciência Ecológica (%)

0 0 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."
 Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

Consta desta fatura R\$ 5,62 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:
 0,91% e COFINS: 4,17%. (Art. 9, Inc. I, Lei 10.833/03)

Nº do Cliente: 7123459
 Data de Emissão: 23/01/2019

Nº da Nota Fiscal: 558947250
 Referência: JAN/2019

Total a Pagar (R\$): 168,51
 Nº de Controle: 0007123459 00039 40862 21

83670000001-8 68510031000-0 00071234590-9 00394086221-6



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: JOÃO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS

Nacionalidade: BRASILEIRA

Estado Civil: SOLTEIRO

RG: 2008916849-0

Órgão Emissor: SSP CE Data da Emissão: 16/09/14

CPF: 626.343.413-93

Profissão: ESTUDANTE

Endereço: CONJ. TATU MUNDE, QUADRA B, BLOCO 16, APTD 01

Bairro: PQ. SANTO ANILAS Cidade/UF: FORTALEZA/CE CEP: 60.544-680

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 27 de MARÇO de 2019

João Lucas Oliveira dos Santos

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: <u>JOÃO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRO</u>	
RG: <u>2008916849-0</u>	Órgão Emissor: <u>SSP-LE</u>	Data da Emissão: <u>16.09.14</u>
CPF: <u>626.343.413-93</u>	Profissão: <u>ESTUDANTE</u>	
Endereço: <u>CONJ. TATU MUNDO, QUADRA B, BLOCO 16, APTD. 01</u>		
Bairro: <u>PQ. SANTO AMARO</u>	Cidade/UF: <u>FORTALEZA / CE</u>	CEP: <u>60.544-680</u>

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 27 de MARÇO de 2019.

João Lucas Oliveira Dos Santos



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 6193 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/12/2017 12:10:21**
Data / Hora da Ocorrência: **10/10/2017 11:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PEDRO MARTINS**
Complemento:
Bairro: **BOM JARDIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **AO LADO DO COL KATARINA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS**
Nascimento: **27/02/2001** CPF: **626.343.413-93**
RG: **2008916849-0** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **NATHALYA DE OLIVEIRA SILVA**
JOAO PAULO DOS SANTOS
Endereço: **AVENIDA LINEU MACHADO, 430**
Bairro: **JOQUEI CLUBE** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 3497-2899**
País: **BRASIL**

Noticiante(s)

Nome: **JOÃO PAULO DOS SANTOS**
Nascimento: **27/09/1982** CPF: **659.413.733-68**
CNH: **04142546403** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ASSUNÇÃO DOS SANTOS**
ANTONIO EMIDIO DOS SANTOS
Endereço: **AVENIDA LINEU MACHADO, 430 AP 203**
Bairro: **JOQUEI CLUBE** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98535-3643**
País: **BRASIL**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE(PAI) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, A VITIMA(FILHO E MENOR) GUIAVA UM BICICLETA PELA RUA PEDRO MARTINS; QUE UMA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A BICICLETA EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTEIRA DA 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 :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

João Paulo dos Santos



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 14

BOLETIM DE Ocorrência N° 301 - 6193 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

[Handwritten signature]



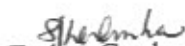
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao menor **João Lucas Oliveira dos Santos**, no dia **10/10/2017**, às **11h15min**, na **Rua Pedro Martins**, no **Bairro Bom Jardim**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido pelo Sr. **João Paulo dos santos**, Processo nº **P923765/2017**.

Fortaleza, 30 de outubro de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 138-62	PONTO DE APOIO: Siqueira	Nº DA OCORRÊNCIA: 0388
DATA: 10/10/17	TURNO: 14h	EQUIPE: Hala + Jacy
NOME: João Lucas Dureira dos Santos	IDADE: 16	SEXO: M
ENDEREÇO: R. Rudio Martins 409	BAIRRO: B. Jardim	
REFERÊNCIA: Rua. Igua Nova Alameda		
QTY: 11:04'	QUS: 11:15'	QUR: 11:27'
QUY: 11:51'	QUU: 13:20'	
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: moto/bicicleta colisão 13:00'		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
A	☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUIDAS
vias aéreas	POR: _____	

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

C	PULSO	PELE	ENCHIMENTO	SANGRAMENTO
circulação	☒ NORMOCÁRDICO	☐ CORADA	☐ CAPILAR	☐ EXTERNO
	☐ TAQUICÁRDICO	☐ SUDOREICA	☐ ≤ 2 seg	☒ SIM
	☐ BRADICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
	☐ CHEIO	☐ SECA		
	☐ FILIFORME	☐ QUENTE		
	☐ IMPALPÁVEL	☐ FRIA		
	LOCAL: _____			

D	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)		
neurologia	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A)/SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
	À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A)/CHORO CONSOLÁVEL (P) ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A)/INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
	NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A)/GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
	TOTAL: 15	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
	PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA ☐ 1
	☐ ALTERADAS:		

E	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
exame físico		trauma EM M.D.	

SAMPLA

FC: 89	PA: x	FR: 20	GLIC: _____	OXIM: 100%	TEMP: _____
--------	-------	--------	-------------	------------	-------------

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS./CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

pt. João coberto moto/bicicleta, vítima acidente
crianças apresenta ferimentos sangrante e dor
em MTD
Danos no corpo que por parte UNIMED. O mesmo
está no Hospital de São João.

ASS./COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO: ☐ SIM

☒ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____, RG/CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO

PELO SAMU EM: / / às

hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



**Prefeitura de
Fortaleza**

1340

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE JOAO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS		Nº DO IDENTIFICADOR 312154	Nº DO BE 177536
NOME DA MÃE NATHALYA DE OLIVEIRA SILVA		SEXO M	RACIA COR PARDO
ENDEREÇO RUA PEDRO MARTINS 409 ENDEREÇO DA OCORRÊNCIA BOM JARDIM		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CÓDIGO		CEP 60.543-305	

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA TRAUMA EM PERNA DIREITA COM CORTE, USB 62	DIAGNÓSTICO AValiação TRAUMATOLÓGICA
ENTRADA NI	ESPECIALIDADE 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O ₂ NI%	PULSO NI	GLUCOSE NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIA NEGA			

CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 10/10/2017 11:46:18
-------------------------------	---	--

ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	ÁREA ATENDIMENTO
---	------------------

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE	<i>Tram: 1. Perda de movimento do pé direito</i> <i>Tram: 1. Perda de movimento do pé direito</i> <i>Perda de movimento do pé direito</i>
DIAGNÓSTICO	

EXATOS SINAIS:	☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIC ☐ RAIO-X ☐ OUTROS
----------------	--

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>Adm. UNICLINIC: per. para UNIMED</i>		
<i>Paulo Elyel Frota Pontá</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CREMEC: 93148807-11232</i>		

ALTARADA	TIPO DE ALTARADA
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS	
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL.	

DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
----------------------------	---

Impresso por ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO em 10/10/2017 às 11:46:22

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.

joao lucas oliveira dos santos

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

Emanuel Monteiro

11-113

6. Novembro 2017

Sede 31/10/17

Uniclinic
o hospital da sua vida

Av: Aguanambi Nº332
Bairro: Fátima
CEP: 60055402
Tel: 3311-6000

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
NOME		Sexo ☒ Interno ☐ Outras	
RG	IDADE	E.CIVIL	SEXO
628.413.413-03	16 anos	Solteiro	Masculino
PROFISSÃO	FONE	BAIRRO	DATA DE NASC.
Estudante	3497-2809	Bom Jardim	27.02.01
CEP	UF	NATURALIDADE	
60542-030	Ce	Fortaleza	
MÃE		DATA INTERNAÇÃO	
Nathalia de Almeida Silva			
CRM			
5041			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL			
NOME		CPF	
José Paulo dos Santos		659413733-66	
PROFISSÃO		FONE	
Bom Jardim		3497-2809	
BAIRRO		CIDADE	CEP
Bom Jardim		Fortaleza	60542-030
UF			
Ce			
O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para			
assumindo a total responsabilidade sobre a divulgação, em Juízo ou fora dele, das			
informações médicas existentes no Prontuário.			
Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.			
Fortaleza(Ce),		DE DE 2017.	
Cartório João de Deus 1º Ofício		PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)	

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Reconheço por autenticidade a firma abastada.

JOÃO PAULO DOS SANTOS (074046631700) 1

Bom fe. Em teste da verdade.

Porto Alegre, 31 de outubro de 2017, 10:21:05. Usuário: eliane

Maria Eliete Vidal (Escritora)

Cust.: R\$ 2,50 IMENS: R\$ 1,50 Total: R\$ 4,00

Volto perante o(a) e seio de autenticidade

CH110.645

FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PQA

Atendimento 1.325.912
Nº Prontuário 384.360
Dt Internação 10/10/2017

Nome **Joao Lucas Oliveira dos Santos**
Titular do Cónv. **Joao Lucas Oliveira dos Santos**
Estado Civil **Solteiro**
Nome Pai **Joao Paulo dos Santos**
Nascimento **27/02/2001**
Endereço **Urucutuba, 2001 Bom Jardim**
Bairro **Bom Jardim**
Naturalidade

Conjuge
Nome Mãe **Nathalia de Oliveira Silva**
Idade **16 Anos**
Cidade **Fortaleza**
Religião

Cid
Sexo **Masculino**
CPF
Identidade **96021064940**
Telefone 1 **(85) 985353643**
Dt Entrada **10/10/2017**
Dt Alta **13/10/2017**

Acomodação

Plano de Saúde

Entermedia

Nome

GIH

Autorização

Unidade

Empresa

Cód.Usuário

00630020047010975

Responsáveis

Nome **Jose Ricardo Moreira Silva**

Endereço **Joao Cordeiro - Aldeota**

RG **92015053921**

CPF **52497739315**

Parentesco

Telefone 2

Telefone 3

Telefone 4 **32263466**

Parentesco

Telefone

Celular

Tel Trabalho

Nome

Endereço

RG

CPF

AUDITADO

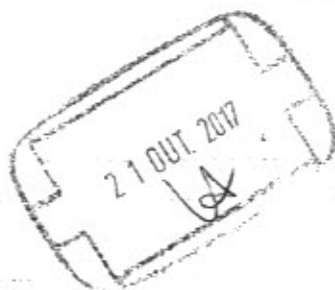
19/10/17
Raissa

Queixa Principal

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:



REGULAMENTADO

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(a) **Joao Lucas Oliveira dos Santos**, CPF nº. , aqui declarado, internado neste nosocômio, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos, materiais e transporte especializado, que venham se fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por seu plano de saúde, seja qual for o conhecimento que o Hospital Uniclinic não se responsabiliza por valores (diagnóstico, celular, vias, etc.) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicará em qualquer responsabilidade, por parte da instituição, os danos/furtos causados durante a permanência no serviço.

Medico Responsável

Luciana Rocha
Atendente Hospitalar

Responsável pelo Atendimento

Luciana Oliveira da Rocha

Paciente ou Responsável.

Internamento:

MATERIAL UTILIZADO

Ser. 20 cc
Ser. 10 cc
Ser. 5 cc
Ser. 3 cc

02-97

20160320
 20160320
 20160320

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Glicemia	
Hora	Valor

Hora	Valor	Insulina
------	-------	----------



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: João de Deus Almeida dos Santos

DATA: 10/10/17 POSTO: 08 LEITO: 803-1

CONVÊNIO: Unimed

TURNO: <u>PM</u>		AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %			
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo2: _____ %			
DIETA:			
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT			
() Zero	Para:		

TURNO:		AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %			
() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo2: _____ %			
DIETA:			
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT			
() Zero	Para:		

Observações: Ho 16:00h. Paciente admitido no
serviço de UTI, com diagnóstico de insuficiência renal
crônica e hipertensão, segue em observação de
paciente, com peso 1 kg.
Ho 16:20h. Paciente com respiração
regular, 22, saturação de oxigênio
de 96%, 36,3°C, 120/80 mmHg e 68 bpm.

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

Paciente: Joao Lucas Oliveira dos Santos
Data Nascto: 27/02/2001 16 Anos
Sexo: Masculino
Telefone: 985353643
Leito: Sala Cirur 04

Atendimento: 4.325.912
Prontuário: 384.360
Dt. Entrada: 10/10/2017 16:00:25
Convênio: UNIMED ENFERMARIA

fls. 23

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
10/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Francisco Christian Sousa Magalhães	

Enfermeiro(a): Francisco Christian Sousa Magalhães Enfermeiro(a)

Data Internação: 10/10/2017 16:00:25 Entrada na Unidade:

**ADMISSÃO UNIDADE POSTO 08 TARDE
PRÉ DE TÍBIA (FRATURA EXPOSTA)**

- Nível de consciência/orientação (): CONSCIENTE, ORIENTADO, VERBALIZANDO ADOLESCENTE 16A MASCULINO.
- Locomoção (): MACA.
- Padrão respiratório (): EUPNEICO EM AR AMBIENTE.
- PA (): NORMOTENSO E NORMOCARDICO.
- Dieta (): VO.
- Incisão cirúrgica(): SEM.
- Venóclise e disposição de infusão (): CVP EM HV.
- Lesões (): MID
- Eliminações urinárias e fecais (): CVP EM HV.
- Queixas (); SEM.
- Perfusão (); BOA.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

PACIENTE ADMITIDO AS 16HS PROVENIENTE DA EMERGENCIA PARA TRATAMENTO CIRURGICO.
NEGA DM + HAS. REFERE ALERGIA MEDICAMENTOSA RANITIDINA.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Francisco Christian Sousa Magalhães

Prescrição Eletrônica Paciente

1651295

Paciente	Joao Lucas Oliveira dos Santos	Atendimento	1.325.912	Prontuário	384.360
Data Nasco	27/02/2001	16a 7m 13d	Convênio	UNIMED / ENFERMARIA	
Data Entrada	10/10/2017 16:00:25		Data Presc.	11/10/2017 12:00:00	
Médico Resp	Dr. Samuel Magalhães da Silva	(CRM)			

801 1

Dietas	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
--------	------	-----------	------------	-------------------

Soluções				
1 Vol. 1500ml/24h a 21g/100ml				

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml	500 ml			
---------------------------------	--------	--	--	--

Medicamentos				
1 Profenid 100mg Po Fa Ev			Dose / Intervalo / Via	Horários

SEPARAR 1 AMP EM 100 ML SF 0,9%				
2 Tramal 100mg Amp 2ml Ev				

SEPARAR 1 AMP EM 100 ML SF 0,9%				
3 Novalgina 500mg/ml Amp 2ml Ev				

SEPARAR 1 AMP EM 18 AD				
4 Plamet 5mg/ml Amp 2ml Ev				

SEPARAR 1 AMP EM 18 AD				
5 Capoten 25mg Cp Vo				

SE PAS > 160/110				
------------------	--	--	--	--

Recomendações				
PUNÇÃO COM JELCO				

SSV/CCGG				
----------	--	--	--	--

UNICLINICA
CONFERE COM O
ORIGINAL

Det Zen apr 9h ATT

PO
Det anal apr 20h

Det 1 q + 60 ca 1h 10
6/6c

DAIANY / DAIANY



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: JOSE FUCAS OLIVEIRA DA SILVA

DATA: 14/10/17 POSTO: 08 LEITO: 801-1

CONVÊNIO: Unimed

TURNO: <u>MT</u>		AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____%			
() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo ² : _____%			
DIETA:			
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT			
() Zero Para:			

TURNO: <u>SN</u>		AC. VENOSO:	
CVP ☒ Local	CVC () Local () Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____%			
() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo ² : _____%			
DIETA:			
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT			
() Zero Para:			

Observações:

Às 04:50 h. Paciente foi realizado exame físico

Tec. Enfermagem

COREN: 1001.005.030

Às 17:00 Paciente foi realizado exame físico

Tec. Enfermagem

COREN: 1001.005.030

Às 20:55 h. Paciente foi realizado exame físico

Tec. Enfermagem

COREN: 1001.005.030

Às 21:00 Paciente foi realizado exame físico

Tec. Enfermagem

COREN: 1001.005.030

Observações:

Às 21:00 h. Paciente foi realizado exame físico

Tec. Enfermagem

COREN: 1001.005.030

Às 05:00 h. Paciente foi realizado exame físico

Tec. Enfermagem

COREN: 1001.005.030

Às 06:00 h. Paciente foi realizado exame físico

Tec. Enfermagem

COREN: 1001.005.030

Às 06:00 h. Paciente foi realizado exame físico

Tec. Enfermagem

COREN: 1001.005.030

Às 06:00 h. Paciente foi realizado exame físico

Tec. Enfermagem

COREN: 1001.005.030

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

Paciente: Joao Lucas Oliveira dos Santos
 Data Nascto. 27/02/2001 16 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 985353643
 Leito: 801 1

Atendimento: 1.325.912
 Prontuário: 384.360
 Dt. Entrada: 10/10/2017 16:00:25
 Convênio: UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código
11/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Luana Vieira Campos	

Paciente: Joao Lucas Oliveira dos Santos
 Enfermeiro(a): Luana Vieira Campos Enfermeiro(a)

Evolução Manhã- 11/10/2017

- Diagnóstico: Pré- operatório Fratura exposta de tibia
- Especialidade: Traumatologia

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado e verbalizando
2. Respiratório: Eupnéico em ar ambiente
3. Cardiovascular: Normotenso
4. Digestivo: **Dieta zero**
5. Renal: Diureses presentes e espontâneas. Eliminações intestinais ausentes no período.
7. Dispositivos: **CVP** Funcionante
8. Antimicrobianos: ----

Condutas/Intercorências

- Segue aos cuidados da equipe.

Pendências

- Aguarda realizar procedimento cirúrgico.

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL


 Luana Vieira Campos
 Enfermeira
 COREN-CE 399.733

Luana Vieira Campos/COREN:399.733



RELATORIO DE OPERAÇÃO

1325912
 NOME: *Paulo Roberto de Almeida*
 CLÍNICA: *Pernambuco* CATEGORIA: *2ª* LEITO: *203* PRONTUÁRIO: *374 360*
 DATA: *11/10/12* CIRURGIÃO: *Dr. Duda*
 1º AUXILIAR: *Dr. Duda* 2º AUXILIAR: *Dr. Duda* 3º AUXILIAR: *Dr. Duda*
 INSTRUMENTADOR: *Dr. Duda* CIRCULANTE: *Dr. Duda*
 ANESTESISTA: *Dr. Duda* TIPO DE ANESTESIA: *UNICLINIC*
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *fratura simples*
 TIPO DE OPERAÇÃO: *trat. cirúrgico de fratura*
 DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: *o mesmo*
 RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:
 EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: *interferência de mal*
 ACIDENTES OU INCIDENTES:
 CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 20
 INÍCIO DA CIRURGIA: 17:30 TÉRMINO: 18:30 DURAÇÃO: 1h
 INÍCIO DO OXIGÊNIO: 17:30 TÉRMINO: 18:30 DURAÇÃO: 1h

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÉCNICAS - LIGADURAS - DRENAGENS - SUTURAS - MAT. EMPREGADO - ASPECTO - VISCERAS

- 1) Deu início com a lavagem do campo operatório com solução antisséptica.
- 2) Realizou a incisão de acesso ao local da fratura.
- 3) Realizou a redução da fratura com auxílio de alça.
- 4) Realizou a fixação com placa e parafusos.
- 5) Realizou a sutura da pele e do tecido subcutâneo.
- 6) Realizou a aplicação de gaze e curativo.
- 7) Realizou a limpeza do local e a aplicação de antisséptico.
- 8) Realizou a aplicação de gesso.
- 9) Realizou a aplicação de curativo.
- 10) Realizou a aplicação de gesso.

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

FICHA DE ANESTÉSIA

[illegible]

Nome do Paciente: <u>João Lucas Almeida dos Santos</u>				At: <u>1325912</u>			
Data: <u>13/10/17</u>		Leito: <u>803</u>		Convênio: <u>Unimed</u>			
Tratamento: <u>Tratamento cirúrgico Fratura perna</u>				Início: <u>13-30</u> Término: <u>15-30</u>			

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abbotath N°	unid		Latêx	unid		Fio-Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	01	Lâmina de Bisturi N° 21	unid	01	Fio Ethibond N°	unid	
Água Destilada 20ml	unid		Lâmina de Bisturi N°	unid		Fio de Aço N°	unid	
Água Destilada 1000ml	unid		Lâmina de Tricotomizador	unid		Fio de Kirschner N°	unid	
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Agulha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut Simples N°	unid	
Agulha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	02	Catgut Cromado N°	unid	
Agulha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	03	Caprofil	unid	
Agulha 30x8,0	unid		Luva 8,0	unid	02	Caprofil	unid	
Agulha 40x12	unid	03	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr		Máscara	unid	02	Monocryl	unid	
Algodão Ortopédico	10cm		Malha Tubular N°	cm		Mononylon 2.0	unid	
Algodão Ortopédico	15cm		Micropore 2,5 cm	cm		Mononylon 3.0	unid	02
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Propés	parés	08	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid	01	Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Raio X de Controle	unid		Mononylon duplo	unid	
Atadura de Crepon	15cm	04	Seringa 01 cc	unid		Vicryl Rapid	unid	
Atadura de Crepon	20cm		Seringa 03cc	unid		Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid	01	Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid		Polycot N°	unid	
Atadura de Gesso	10cm		Seringa 20cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	15cm		Seringa 60cc	unid		Prolene N°	unid	
Atadura de Gesso	20cm		Sonda Dormia	unid		Seda N°	unid	
Avental Descartável	unid		Sonda de Foley N°	unid		Seda N°	unid	
Azul de Metileno	unid		Sonda de Asp Traq N°	unid		Vicryl Plus	unid	
Bolsa de Colostomia	unid		S.F 0,9% 100 ml	unid		Vicryl 0	unid	
Bolsa de Karala	unid		S.F 0,9% 250 ml	unid		Vicryl 1	unid	
Capa Laparoscópica	unid		S.F 0,9% 500 ml	unid	01	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	01
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01	Talafix tipo:	unid		Vicryl 3.0	unid	
Caneta de Bisturi	unid		Tala Gessada	unid		Vicryl 4.0	unid	
Cera para Osso	unid		Tipóia Descartável	unid		Vicryl 5.0	unid	
Compressa Grande	unid	20	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	200	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml	200				Nitrogênio	Dur	40
Clorexidina Aquosa	ml		ASPIRADOR					
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico					
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico		5.1M			
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem					
Dreno de Torax N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipos	unid		Tx. Ureterotripsor					
Esparadrapo	cm							
Éter	ml		OUTROS					
Extensor de 20cm	unid		Coletor de Mucosidade	unid				
Faixa de Smarch	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter Duplo Lumen	unid				
Fio Guia Hidrofílico	unid		Cateter de Hemodialise	unid				
Fita Cardíaca	unid		Heparina	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	90	Xilocaína	unid				
Gaze Acolchoada	unid	03	Xilocaína Gel	gr				
Esterilios 2%	ml		Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid		Diprosan	unid				
Gorro	unid	08	Kollagenase	gr				
Intracath N°	unid		Adrenalina	unid				
			Oximetazolina	Fr				

UNICLINIC
CONFERE
ORIGINAL

MATERIAL FORNECEDOR
CEARMED #
01 Placa 130x40cm Grande
50m fragmentos
06 Parafusos Bloqueado

CIRURGIÃO:	Aux 2:	INSTRUMENTADOR:
Anestesiasta:	Aux 3:	CIRCULANTE:
Aux 1:		

ANAMNESE DE ENFERMAGEM
 Paciente: João Roberto de Almeida Junior Idade: 44 Sexo: M Leito: 307
 Convênio: Uniclinic Grupo Sang.: A+ Fator RH: + Data: 11/04/2019 Hora: 17:00
PRÉ-OPERATÓRIO
 Hipertensão (☒) Cardiopatias () Diabetes (☒) Doenças Resp. () Alergia (☒) Outros ()
Quais: Insuficiência cardíacaFaz uso de medicações? Sim () Não (☒)Quais? DiureticoPeso: 52 Kg: 75 Altura: 1,70 cm: 170 Cirurgia anterior: Sim () Não (☒)Qual? ProstatectomiaAnestesia anterior: Sim () Não (☒)Tipo? Local

Próteses: Sim () Não ()

Cirurgia proposta: Prostatectomia Médico: Dr. RobertoSinais vitais: T= 36,5 °C: 36,5 P= 75 bpm: 75 R= 12 mpm: 12 PA: 120/80 mmhg:**TRANS-OPERATÓRIO**Cirurgia realizada: Prostatectomia PA: 120/80 mmhg:Tipo anestésico: Local Tempo cirúrgico: Início: 17:00 Término: 18:00Medicações utilizadas: Antibiótico, Analgésico, SoroSa cirúrgica / corpo estranho: Não Destino: UTI

Exames durante o trans-operatório: RX () ECG () Laboratório () US ()

Realizado contagem de compressas: Sim (☒) Não ()Instrumentador(a): Dr. Roberto Circulante: Dr. RobertoPaciente encaminhado para: SR (☒) UTI () Posto ()

COM:

() Sonda nasogástrica	() Tubo endotraqueal	(☒) Cateter venoso periférico
() Sonda vesical	() Cateter venoso central	(☒) Curativo
() Traqueostomia	() Tampão	() Dreno
() Tala		

Intercorrências: Não**PÓS-OPERATÓRIO**
 Encaminhado: 17:00 hs: 17:00
 Enfermagem: Enfermeira

PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO

NOME: Dr. Carlos Eduardo de Aguiar

CONVÊNIO: Unimed LEITO: 205 IDADE: SEXO: DATA: 11/11/17

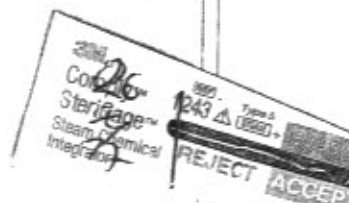
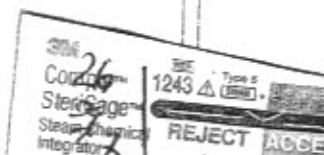
PROCEDIMENTO REALIZADO: Amiotomia de abdômen

UNICLINIC CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR	
MATERIAL: <u>Cerâmica</u>	
Nº DE PEÇAS: <u>06</u>	RESP. PREPARO: <u>Cilene</u>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO: <u>01-10-17</u>	Nº DO LOTE: <u>2411</u>

MATERIAL: <u>Bexco 32 pc</u>	
Nº DE PEÇAS: <u>32 pc</u>	RESP. PREPARO: <u>Vanessa</u>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO: <u>09/10/17</u>	Nº DO LOTE: <u>2411</u>
OBS / CIRURGIÃO: <u> </u>	

UNICLINIC CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO RASTREABILIDADE DA ESTERILIZAÇÃO A VAPOR	
MATERIAL: <u>papafusa, pinos, fio de sutura e instruções</u>	
Nº DE PEÇAS: <u> </u>	RESP. PREPARO: <u> </u>
DATA DA ESTERILIZAÇÃO: <u>09-11-17</u>	Nº DO LOTE: <u>7603</u>
OBS / CIRURGIÃO: <u>Dr. Carlos de Aguiar</u>	

ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E/OU ENQUANTO ESTE PACOTE PERMANECER ÍNTEGRO, SECO, LIMPO E



UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

Paciente: **Joao Lucas Oliveira dos Santos**
Data Nascto: **27/02/2001** 16a 7m 15d
Data Entrada: **10/10/2017 16:00:25**
Médico Resp: **Dr. Samuel Magalhães da Silva**
(CRM)

Atendimento: **1.325.912**
Convênio: **UNIMED / ENFERMARIA**
Data Presc: **12/10/2017 12:00:00**

801 1

Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
-------	------	-----------	------------	-------------------

Soluções
1 Vol. 1500ml/24h a 21g/dm

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml 500 ml

Medicamentos

	Dose / Intervalo / Via	Horários	D. P. E.
--	------------------------	----------	----------

1 Profenid 100mg Po Fa Ev	1 ffa 8/8 h IV	SN	3° S
SEPARAR 1 AMP EM 100 ML SF 0,9%			
2 Tramal 100mg Amp 2ml Ev	1 amp 12/12 h IV	16	3° S
SEPARAR 1 AMP EM 100 ML SF 0,9%			
3 Novalgina 500mg/ml Amp 2ml Ev	1 amp 6/6 h IV	SN	3° S
SEPARAR 1 AMP EM 18 AD			
4 Plamet 5mg/ml Amp 2ml Ev	1 amp 8/8 h IV	SN	2° S
SEPARAR 1 AMP EM 18 AD			
5 Capoten 25mg Cp Vo	1 cp 1x ao dia VO	SN	2° S
SE PAS > 160/110			
6 Cefalotina 1g Po Fa Ev	1 ffa 6/6 h IV	16	2° S

DILUIR 1FA +18ML DE ABD D02/

Recomendações

PUNÇÃO COM JELCO

SSVV CCGG	Intervalo	Horários
-----------	-----------	----------

Carolina C. Lima

ATT

João Siqueira Jr. de Alencar
Trauma
CRM: 52.44

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL



DATA: 12/10/17 POSTO: 08 LEITO: 8013
CONVÊNIO: Unimed

TURNO: _____
 AC. VENOSO: _____
 CVP () Local CVC () Local () Dissecção
 RESPIRAÇÃO:
 () Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %
 () MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo₂: _____ %
 DIETA:
 () VO () SNE () SNG () GTT () NPT
 () Zero Para: _____

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN:



Evolução Paciente

Paciente **Joao Lucas Oliveira dos Santos**
 Data Nascto. 27/02/2001 16 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 985353643
 Leito Sala Cirur 04

Atendimento 1.325.912
 Prontuário 384.360
 Dt. Entrada 10/10/2017 16:00:25
 Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código pro
12/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Luana Vieira Campos	

Paciente: **Joao Lucas Oliveira dos Santos**
 Enfermeiro(a): **Luana Vieira Campos** Enfermeiro(a)

Evolução Manhã- 12/10/2017

- Diagnóstico: Pós- operatório Fratura de tibia
- Especialidade: Traumatologia

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado e verbalizando
2. Respiratório: Eupnéico em ar ambiente
3. Cardiovascular: Normotenso
4. Digestivo: **Dieta Geral VO**
5. Renal: Diureses presentes e espontâneas.
7. Dispositivos: **CVP** Funcionante
8. Antimicrobianos: **Cefalotina (D2)**

Condutas/Intercorências

- Segue aos cuidados da equipe.

Realizado curativo de FO com gaze simples + crepom.

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Luana Vieira Campos
 Enfermeira
 COREN-CE 399.733

Luana Vieira Campos/COREN:399.733



Evolução Paciente

Paciente Joao Lucas Oliveira dos Santos
 Data Nascto. 27/02/2001 16 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 985353643
 Leito Sala Cirur 04

Atendimento 1.325.912
 Prontuário 384.360
 Dt. Entrada 10/10/2017 16:00:25
 Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
12/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Francisca Ivanuza Carlos Mauricio	COREN 311777

Paciente: Joao Lucas Oliveira dos Santos
 Enfermeiro(a): IVANUZA MAURICIO

Evolução NOITE

Diagnóstico: Pós- operatório Fratura de tibia

• Especialidade: Traumatologia

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado e verbalizando
2. Respiratório: Eupnéico em ar ambiente
3. Cardiovascular: Normotenso
4. Digestivo: **Dieta Geral VO**
5. Renal: Diureses presentes e espontâneas.
7. Dispositivos: **CVP** Funcionante
8. Antimicrobianos: **Cefalotina (D2)**

Condutas/Intercorências

- Segue aos cuidados da equipe.

Mantem curativo de FO

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

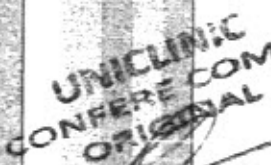
IVANUZA MAURICIO

Prescrição Eletrônica Paciente

1652506

Paciente	Joao Lucas Oliveira dos Santos	Atendimento	1.325.912	Prontuário	384.360
Data Nasci	27/02/2001	16a 7m 15d	Convênio	UNIMED / ENFERMARIA	
Data Entrada	10/10/2017 16:00:25		Data Presc.	13/10/2017 12:00:00	
Medico Resp	Dr. Samuel Magalhães da Silva	(CRM)			

801 1



Dietas	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica
--------	------	-----------	------------	-------------------

Soluções				
1 Vol. 1500ml/24h a 21g/l/m				

Soro Ringer C/ Lactato Fr 500ml	500 ml			
---------------------------------	--------	--	--	--

Medicamentos	Dose / Intervalo / Via	Horários	D	P	E
--------------	------------------------	----------	---	---	---

1 Profenid 100mg Po Fa Ev	1 FA 12/12 h IV	14	02		S
---------------------------	-----------------	----	----	--	---

SEPARAR 1 AMP EM 100 ML SF 0,9%					
2 Tramal 100mg Amp 2ml Ev	1 amp 12/12 h IV	16	04		S

SEPARAR 1 AMP EM 100 ML SF 0,9%					
3 Novalgina 500mg/ml Amp 2ml Ev	1 amp 6/6 h IV				S

SEPARAR 1 AMP EM 18 AD					
4 Planet 5mg/ml Amp 2ml Ev	1 amp 8/8 h IV				S

SEPARAR 1 AMP EM 18 AD					
5 Capoten 25mg Cp Vo	1 cp 1x ao dia VO				S

SE PAS > 160/110					
6 Cefalotina 1g Po Fa Ev	1 FA 6/6 h IV	16	22	04	S

DILUIR 1FA + 18ML DE ABD					
D03/					

Procedimentos/Serviços	Qtd / Intervalo	Horários	Material	Dia/Hora
------------------------	-----------------	----------	----------	----------

1 Curativo Medico	1x ao dia	12		13 12:00
-------------------	-----------	----	--	----------

C/ CREPON				
-----------	--	--	--	--

Recomendações	Intervalo	Horários
---------------	-----------	----------

PUNÇÃO COM JELCO		MANTENDO
------------------	--	----------

SSV/CCGG	6/6 h	12 18 00 06
----------	-------	-------------

Dr. Samuel Magalhães da Silva

ATT

Dr. J. A. L.



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: João Lucas Oliveira dos Santos

DATA: 13/10/2017 POSTO: 08 LEITO: 803-L
CONVÊNIO: Unimed

TURNO: N.T		AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi	%		
() MNBZ () Masc. Reservatória 100%	Spo2: %		
DIETA:			
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT			
() Zero	Para:		

TURNO:		AC. VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção		
RESPIRAÇÃO:			
() Ar ambiente () Cat. Nasal () Venturi	%		
() MNBZ () Masc. Reservatória 100%	Spo2: %		
DIETA:			
() VO () SNE () SNG () GTT () NPT			
() Zero	Para:		

Observações: 13/10/17, paciente, pai de João Lucas, apresentando sinais de desidratação, com febre, tosse e dificuldade para respirar.

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

Paciente: Joao Lucas Oliveira dos Santos
 Data Nascto. 27/02/2001 16 Anos
 Sexo Masculino
 Telefone 985353643
 Leito Sala Cirur 04

Atendimento 1.325.912
 Prontuário 384.360
 Dt. Entrada 10/10/2017 16:00:25
 Convênio UNIMED ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código
13/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Luana Vieira Campos	

Paciente: Joao Lucas Oliveira dos Santos
 Enfermeiro(a): Luana Vieira Campos Enfermeiro(a)

Evolução Manhã- 13/10/2017

- Diagnóstico: Pós- operatório Fratura de tíbia
- Especialidade: Traumatologia

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, orientado e verbalizando
2. Respiratório: Eupnéico em ar ambiente
3. Cardiovascular: Normotenso
4. Digestivo: **Dieta Geral VO**
5. Renal: Diureses presentes e espontâneas.
7. Dispositivos: **CVP** Funcionante
8. Antimicrobianos: **Cefalotina (D3)**

Condutas/Intercorências

- Segue aos cuidados da equipe.

Realizado curativo de FO com gaze simples + crepom.

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL


 Luana Vieira Campos
 Enfermeira
 COREN-CE 399.733

Luana Vieira Campos/COREN:399.733



NOME DO PACIENTE:

1005 Lucas Moreira dos Santos

CREDENCIAMENTO:

ENF. / APTO:

303

LEITO:

1

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

10/10/17 admitido agito

Samuel Magalhães Silva
Traumatologia e Ortopedia
CRM 18117 REG 14554

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

11/10/17 Pronto socorro
de internar o
paciente

movilizado

Pronto socorro: para
be no po medel
< /



uniclinic

O hospital da sua vida

BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: _____

Leito:

Unidade / Serviço:

Admissão: 06/10/17

[illegible]

Unimed
Data: 13/10/2017
Hora: 10:46:55

Prestador: 0063001694925 -
Beneficiário: 00630020047010975 -
Nro.Autorização: 16051443

Ticket

Internação Encerrada com Sucesso. Motivo: Alta
Melhorado

Pedido Revisao

Assinatura do médico

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Receita de Controle Especial

fls. 43

1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Identificação do Emitente	
Nome completo:	UF:
CRM:	
Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima	
Telefone: 3311.6000	
Cidade: Fortaleza	UF: CE

Carimbo e assinatura do médico	
--------------------------------	--

Paciente: João Junior dos Reis

Endereço: Rua Azeiteiro 222 Rm 102

Prescrição:

① Reflex 1g — 1cx(8)
Via oral 12/12h (4 doses)

② Nisador 6/6h de dor
Data: 13/10/17
Retorno: 25/10/17

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Assinatura do farmacêutico	
Data: / /	



RECEITA

João Wei

Ao paciente 1 transtorno do
unidade

Paciente 16a e 17a apt

4. 16a e 17a I. 17a

Paulo Elivel Frota Pontá
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 9314580T: 11262

DATA: ____/____/____

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE

TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

Nova Consulta

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

SINISTRO 3180166308 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOAO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA**BENEFICIÁRIO** JOAO LUCAS OLIVEIRA DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 62634341393**Posição em 28-04-2018 17:32:33**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/05/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50