

**SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU**  
**SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO - SAME**



Prefeitura de  
**Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde



## DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Samuel Peixoto da Mota** - C.P.F. **591.224.202-15**, no dia **30/09/2018**, às **05h45min**, na **Rodovia BR-116 (Km 04)**, no **Bairro Tancredo Neves**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P413935/2018**.

Fortaleza, 05 de novembro de 2018.

Atenciosamente,

  
Roberto Gomes de Lima  
Coord. SAME - SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45661-1

**Roberto Gomes de Lima**  
Coordenação - SAME  
SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Mauricio Lopes Alves  
SAME-SAMU 192  
Regional Fortaleza  
Mat. 45659-1

**Mauricio Lopes Alves**  
Responsável - Protocolo  
SAMU 192 Regional Fortaleza

QTY: DESLOCAMENTO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE





| PREScrição MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                         | CHECAGEM                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
| ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
| ASS. /CRM:                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                    |
| ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |
| Paciente vítima queda moto usava capacete, consciente, ori-<br>entado, nega síncope apresentando duas lacerações no<br>ante braço E, escoriação no tórax lado E; refere<br>dor torácico lado direito (suspeito fratura costela)<br>escoriações nos MMII.<br>Realizado puncho longa +SSVV. |                                    |
| ASS. /COREN: Gaudina                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                    |
| ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                  |                                    |
| DESTINO DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> UNIDADE DE SAÚDE: IJE - Messejana      BOLETIM EMERG:                                                                                                                                                                                                 |                                    |
| <input type="checkbox"/> LIBERADO <input type="checkbox"/> RECUSA <input type="checkbox"/> REMOVIDO POR TERCEIROS <input type="checkbox"/> OUTRO:                                                                                                                                         |                                    |
| <input type="checkbox"/> ÓBITO → <input type="checkbox"/> NO LOCAL <input type="checkbox"/> DURANTE O TRANSPORTE                                                                                                                                                                          |                                    |
| PACIENTE ACOMPANHADO: <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                | ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO: |
| ASS. DO RESPONSÁVEL:                                                                                                                                                                                                                                                                      | EM:     /     /     às     hs      |
| COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES                                                                                                                                                                                                                                                         |                                    |
| RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                             |                                    |
| DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:                                                                                                                                                                                                                                                           |                                    |
| LOCAL:                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                    |
| ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                    |
| 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:                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                    |



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000  
 Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

## RECEITUÁRIO LAVDO.

Nota da Urologia sobre tra-  
 mo no ombro de 1º grau.  
 com luxação crômio clavicular  
 de + patra crânio cervical  
 de um 30/09/2018, submeti-  
 do a tratamento conservador  
 + imobilização em cor-  
 tran com imobilização  
 crânio de ombro de 40°  
 de mobilização + ligam-  
 tos de movimento + as  
 este índice de função.

ASS: 28 NOV 2018  
 LUBIA CORREIA DE S. LTA

João Batista Gomes da Silva  
 Médico  
 CRM 5155 CPE: 228.775.923-91

Fortaleza, 19/11/18





## Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner





| PRESCRIÇÃO                                                                                                   | HORARIO                                                                                                                                             | OBSERVAÇÕES                                                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| Coloquias: 100g + 100g SF 60                                                                                 |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| Represão - 1p 60                                                                                             |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| <p>José Glauber Mota<br/>Traumatologia<br/>CRM 9422</p>                                                      |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| Enxerto de EU de 10x10cm                                                                                     |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| 7/30/14                                                                                                      |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| Sq 50/1000                                                                                                   | CV 800 (14)                                                                                                                                         |                                                                         |
| SF 40/1000                                                                                                   | 42p 60 (500)                                                                                                                                        |                                                                         |
| <p>Tratamento de ferida</p>                                                                                  |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| <p>28 NOV. 2018</p>                                                                                          |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| <p>TRAUMATOLOGIA de 13h5</p> <p>De 1h de acalor de</p> <p>no 2. Tramp comear e</p> <p>ferida, desmuntado</p> |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| CONDIÇÃO: ALTA                                                                                               | <input checked="" type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA<br><input type="checkbox"/> REMOVIDO PARA<br><input type="checkbox"/> ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO | <input type="checkbox"/> A REVELIA<br><input type="checkbox"/> A PEDIDO |
| <p>Guia N°</p>                                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| <p>Observação até 24h</p>                                                                                    |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| INTERNAÇÃO                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Nº DO PRONTUÁRIO                                                                                                           | <input type="checkbox"/> DATA E HORA                                    |
| DATA E HORA                                                                                                  | <p>ASS. E CARIMBO DO MÉDICO</p>                                                                                                                     |                                                                         |
| <p>INCHER EM CASO DE ÓBITO</p>                                                                               |                                                                                                                                                     |                                                                         |
| <p>VITES DO 1º SOCORRO</p> <p>ENTREGUE A FAMÍLIA</p>                                                         | <p>SIM</p> <p>NÃO</p>                                                                                                                               | <p>DATA E HORA</p>                                                      |
| <p>1</p>                                                                                                     | <p>2</p>                                                                                                                                            | <p>ANATOMIA PATOLÓGICA (SvU)</p>                                        |
| <p>ASS. E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL</p>                                                                  |                                                                                                                                                     |                                                                         |







**Prefeitura de Fortaleza**  
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

|                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                               |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:</b> <u>Peguma Cirurgia</u>                                                                                                                          |  | <b>Data:</b> <u>1</u> / <u>1</u> às <u>  </u> : <u>  </u> h                                   |
| Pcte. ex. Ref. de. no. 1<br>l. de. Al. fl. de.                                                                                                                                         |  |                                                                                               |
| <b>CONDUTA:</b> <u>Alta</u>                                                                                                                                                            |  |                                                                                               |
| <b>PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:</b> <u>Nuno</u>                                                                                                                                     |  | <b>Data:</b> <u>30</u> / <u>10</u> às <u>19</u> : <u>15</u> h                                 |
| 07. LIA. Vítima de Acidente de mob.<br>05. 15. 0. Deficit motor. incontin. 0. amniotomia<br>1cc. Numb.                                                                                 |  |                                                                                               |
| <b>CONDUTA:</b> <u>Alta da NUN</u>                                                                                                                                                     |  |                                                                                               |
| <b>PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:</b> <u>Lo.</u>                                                                                                                                      |  | <b>Data:</b> <u>  </u> / <u>  </u> às <u>  </u> : <u>  </u> h                                 |
| Just. ex. as.                                                                                                                                                                          |  |                                                                                               |
| <b>CONDUTA:</b> <u>Alta TO.</u>                                                                                                                                                        |  | <b>ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:</b><br>Dr. T. Holanda<br>Presidente do Conselho HGF<br>CRM 6534 |
| <b>PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE:</b> <u>Cir. TORACICA</u>                                                                                                                            |  | <b>Data:</b> <u>  </u> / <u>  </u> às <u>  </u> : <u>  </u> h                                 |
| <b>CONDUTA:</b>                                                                                                                                                                        |  | <b>ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:</b><br>28 NOV. 2018                                             |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                               |  |                                                                                               |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                               |  | <b>APRAZAMENTO</b>                                                                            |
| 1. Dieta líquida                                                                                                                                                                       |  |                                                                                               |
| 2. SGF 1.1 200ml a 30, 1hr                                                                                                                                                             |  |                                                                                               |
| 3. Ref. 100g + 100ml SGF 46/72/12L                                                                                                                                                     |  |                                                                                               |
| 4. Quiprogl 40g a 1x1                                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |
| 5. Olan                                                                                                                                                                                |  |                                                                                               |
| <b>ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                         |  |                                                                                               |
| AN. LUIVO GERAL L. E ESTA COPIA<br>CONFERE COM A ORIGINAL<br>DATA: <u>09/11/2018</u><br>Matricula: <u>15566-14</u>                                                                     |  |                                                                                               |
| <b>DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA</b>                                                                                                                                                  |  |                                                                                               |
| <input type="checkbox"/> Transferência <input type="checkbox"/> Internação <input type="checkbox"/> Alta Médica <input type="checkbox"/> Alta à pedido <input type="checkbox"/> Evasão |  |                                                                                               |
| Data: <u>  </u> / <u>  </u> às <u>  </u> : <u>  </u> h    Ass./Carimbo Médico:                                                                                                         |  |                                                                                               |
| <b>ÓBITO</b>                                                                                                                                                                           |  |                                                                                               |
| Antes dos Primeiros Socorros: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Data: <u>  </u> / <u>  </u> às <u>  </u> : <u>  </u> h                                      |  |                                                                                               |
| Destino do corpo: <input type="checkbox"/> PEFOCE <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> FAMÍLIA(D.O)    Ass./Carimbo Médico:                                           |  |                                                                                               |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 14/03/2019 às 14:51 , sob o número 01171526320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0117152-63.2019.8.06.0001 e código 45603CE.