

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Mário Botelho Pereira Júnior, brasileiro,
solteiro, autônomo, sem endereço eletrônico, portador
de RG 9100.2298760 SSP/DSCC, e CPF nº 558.951.603-69
residente e domiciliado a Rua Wapitã Olavo, nº 395
apt 103, bairro Avelândia, cidade de Fortaleza, CEP: 60.950-685

OUTORGADOS: ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS ASSOCIADOS S/S, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico ars.juridico@gmail.com, por seus sócios advogados, **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e **FABIO LIMA SOMBRA**, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Rua Joaquim Nabuco, nº 2424, Sala 12, Dionísio Torres, Fortaleza, Ceará, CEP 60.125-121, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

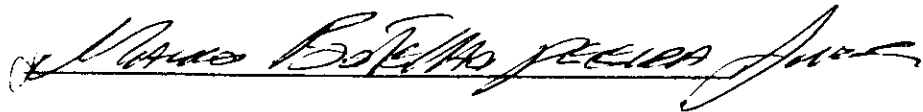
Fortaleza - CE, 02 de Julho de 2017.

Alvaro Bustos Paredes
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 1.060/50, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, ____ de _____ de 2017.



ASSINATURA

DO DECLARANTE

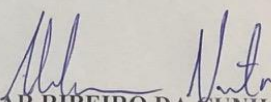
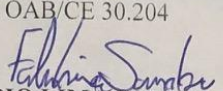


Alencar, Ribeiro & Sombra
Advogados Associados

SUBSTABELECIMENTO

EU, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **MAURO BOTELHO PEREIRA**, para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.


ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204

FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DAS CIDADES
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARIÓTIPO E HABILITAÇÃO

INTERPRINT LTDA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1289581188

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1289581188

NOME
 MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 30230 MT CE

CPF
 558.851.603-68

DATA NASCIMENTO
 01/09/1973

FILIAÇÃO
 MAURO BOTELHO PEREIRA
 FRANCISCA DAMIANA DA SILVA PEREIRA

PERMISSÃO
 ACC CALHAR AB

Nº REGISTRO
 04627395937

VALIDADE
 08/07/2021

1ª HABILITAÇÃO
 28/04/2009

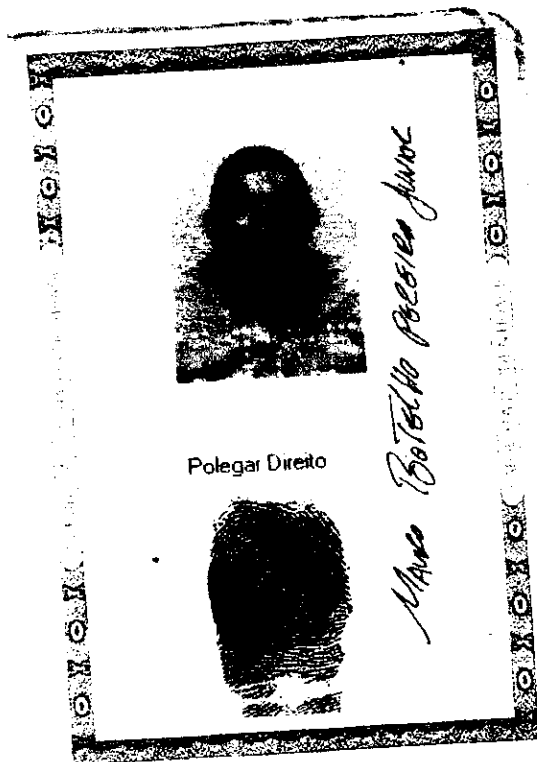
OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR

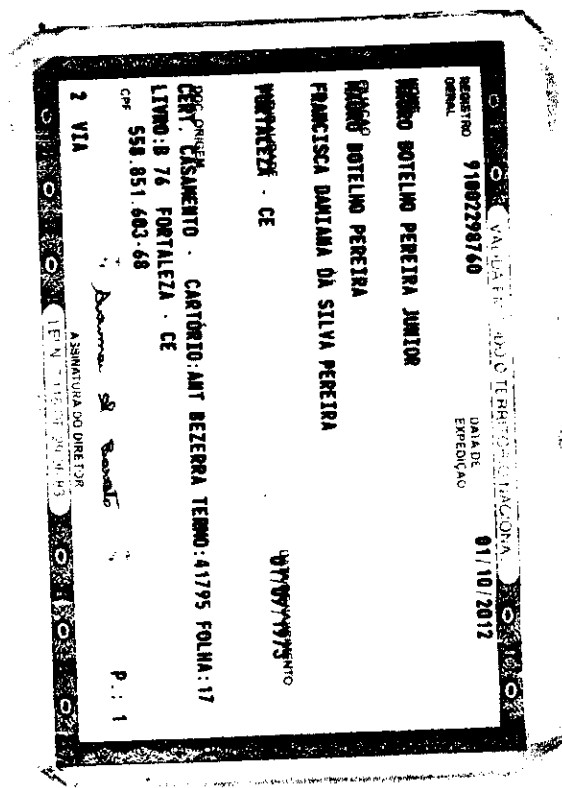
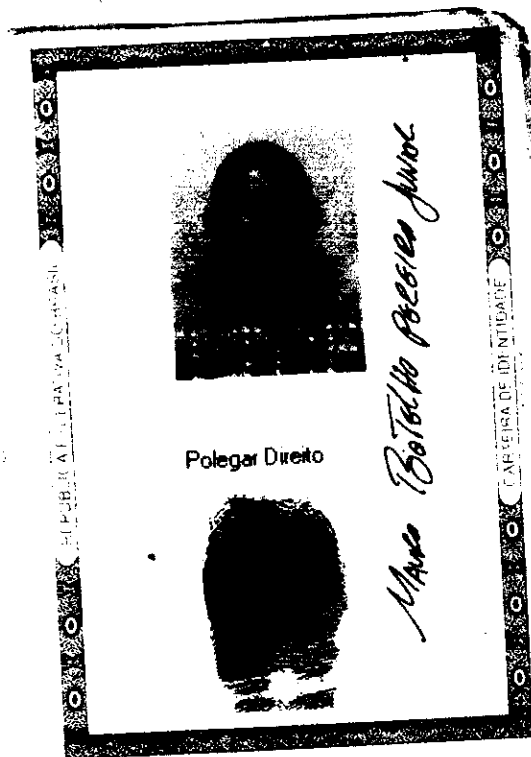
LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 13/07/2016

ASSINATURA DO EMISSOR
 79136085528
 CE154359246



REGISTRO 91002298760
 DATA 01/10/2012
 NOME MANO BOTELHO PEREIRA JUNIOR
 NOME BOTELHO PEREIRA
 FRANCISCA DANIANA DA SILVA PEREIRA
 PORTALEZA - CE
 DATA 01/09/1973
 CERT. CASAMENTO - CARTORIO: ANT. BEZERRA TERMO: 41795 FOLHA: 17
 LIVRO: B 76 PORTALEZA - CE
 CPF 558.851.603-68
 P. 1
 2 VIA
 Assinatura S. Botelho



A black and white photograph of a Brazilian Identity Card (Carteira de Identidade). The card is framed by a decorative border. At the top, it reads "REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL". Below this, it says "ESTADO DO PARANÁ", "SECRETARIA DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA", "SECRETARIA DE POLÍCIA", and "DEPARTAMENTO DE POLÍCIA CIVIL". In the center, there is a portrait of a man with a mustache and a fingerprint. To the right of the fingerprint, the text "Polégia Direita" is visible. At the bottom, the name "Manoel Botelho Pereira Junior" is written in cursive. The card is labeled "CARTEIRA DE IDENTIDADE" at the bottom.

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 91002298760 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/10/2012

NOME MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR

FILIAÇÃO MAURO BOTELHO PEREIRA

FRANCISCA DANIANA DA SILVA PEREIRA

FORTALEZA - CE DATA DE EMISSÃO 01/09/1975

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERMO: 41795 FOLHA: 17

LIVRO: B 76 FORTALEZA - CE

CPF 558.851.603-68

2 VIA *Assinatura de Bezerra* P.: 1

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Polgar Direto

Mauro Botelho Pereira Junior

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 91002298760 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/10/2012

NOME MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR

ENDEREÇO MAURO BOTELHO PEREIRA FRANCISCA DAMIANA DA SILVA PEREIRA

CIDADE FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO 01/07/1975

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERMO: 41795 FOLHA: 17

LIVRO: 8 76 FORTALEZA - CE

CPF 558.851.603-68

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR *Adriana de Barros*

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 531755131

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07/047251/0001-70 | CGF 06 105 848.3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

Instituída pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JUL/2018Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE	
750253	DV 2

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

RESUMO DA CONTA

Rota 02 01130 13 0204200

Medidor

Poste

Nome MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR

2405202

0561 E03E

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU CAP OLAVO 00595 AP 103 AEROLANDIA FORTALEZA 60850685

RG / CPF / CNPJ 558.851.603-68

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

RESUMO DO FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 57696 57340 1 356 0 356

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

RESUMO DA LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

04/07/2018

Prev. Próxima
Leitura

03/08/2018

RESERVA AO CONTROLE FISCAL

45CE.2DE2.37D6.34BA.B9D7.7534.8B0A.E3CF

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

3,45

CORRECAO MONETARIA DO MES

3,62

MULTA MORATORIA

5,77

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

31,15

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 26,50)

Base de Cálculo (R\$)

287,45

Aliquota

27%

Valor do Imposto

77,61

RESUMO DO VALOR DE CONSUMO

QUALIDADE DO FORNECIMENTO

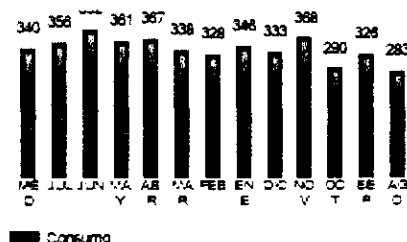
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 83,31

Conjunto DIAS MACEDO

Mês MAI/ 2018

	Padrao Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,17	6,35	12,70	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

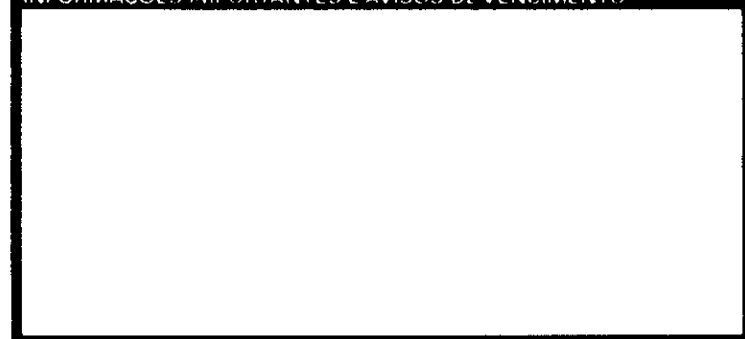
CONSUMO EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

750253-2

N° da Nota Fiscal: 531755131

Total a Pagar (R\$): 331,44

Data de Emissão:

09/07/2018

Referência: JUL/2018

N° de Controle: 0000750253 00525 4353 2 00

83880000003-8 31440031000-6 00007502530-2 05254353203-0





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 66 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **04/01/2018 10:44:38**
Data / Hora da Ocorrência: **20/11/2017 18:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA DO CANAL**
Complemento:
Bairro: **ALTO DA BALANCA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO SINDIONIBUS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MAURO BOTELHO PEREIRA JÚNIOR**
Nascimento: **01/09/1973** CPF: **558.851.603-68**
CNH: **04627395937** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DAMIANA DA SILVA PEREIRA**
MAURO BOTELHO PEREIRA
Endereço: **RUA CAPITÃO OLAVO , 595 APT 103**
Bairro: **AEROLANDIA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.850-685**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98866-1168**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMU2117** Uf: **CE** Município: **PARACURU** Chassi:
9C6DG2510F0019316 Renavam: **1040049289** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **YAMAHA/XTZ150 CROSSER ED** Ano
Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **FRANCISCO JAIR DE ALMEIDA SOARES**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

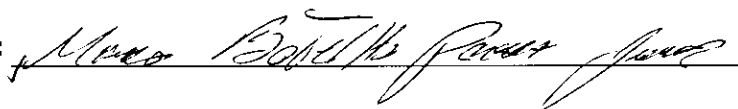
AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PMU-2117-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA DO CANAL E AO SUBIR A PONTE; QUE UMA OUTRA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADA, QUE VINHA EM UMA RUA PERPENDICULAR, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECER NO LOCAL; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SUA ESPOSA SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL DA UNICLINIC. 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:



VISTO DO DELEGADO(A) :

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

SINISTRO 3180108870 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV**

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR**CPF/CNPJ:** 55885160368**Posição em 09-07-2018 11:30:13**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
17/05/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00

S1/0/1 PE

E

MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR

1355245/044Y/M

MEMBROS INFERIORES

GAMEC

Z = 0,24
L = 128
W = 256
CR30-X

05/01/2018 11:24

○ Digite aqui para pesquisar



S1/0/1 PE

Labpacs Visualizador - laborredo@eletromedicina.med.br

E

Labpacs Visualizador - laborredo@eletromedicina.med.br

S2/0/1 PE

MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR

1355245/044Y/M

MEMBROS INFERIORES

MAURO

Z = 0.24
L = 128
W = 256
CR30-X

○ Digite aqui para pesquisar



S1/0,1 PE

MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR
1355245/044Y/M
GAMEC
MEMBROS INFERIORES

Labpacs Visualizador - laborredo@eletromedica.med.br
S1/0,1 PE

E

MAURO

Z= 0,24
L= 128
W= 256
CR30-X

☐ Digite aqui para pesquisar





Evolução Paciente

Paciente:	Mauro Botelho Pereira Junior	Algoritmo:	1.339.997
Data Nasc:	01/09/1973 44 Anos	Rodriguez:	129.535
Sexo:	Masculino	Entrada:	20/11/2017 23:24:58
Telefone:	32571386	Convênio:	GAMEC ENFERMARIA
Local:	Sala Cirur 03		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/11/2017	Enfermeiro	Evolução		Maria de Fatima Araujo Martins	

Paciente: Mauro Botelho Pereira Junior

Enfermeiro(a): MARIA DE FATIMA ARAUJO MARTINS Enfermeiro(a)

Evolução TARDE 23/11/17

- Diagnóstico: PRÉ DE LESÃO + FRATURA EM MIE (PÉ)

Especialidade: CIRURGICOExame Físico

1. Neuro: Consciente, Orientado, verbaliza
2. Respiratório: Eupnéico em ar ambiente
3. Cardiovascular: Normotenso, normocardico
4. Digestivo: VO BOA ACEITAÇÃO
5. Renal: Diureses espontâneas
6. Tegumentar: Pele Integra p/ LPP
7. Dispositivos: CVP
8. Antimicrobianos:

Condutas/Intercorrendias

PACIENTE RETORNA DO CCAS 14:35 HORAS ACORDADO ORIENTADO VERBALIZANDO,
SEGUE ESTAVEL, DIETA VO, RESTRITO AO LEITO.
MANTENDO CURATIVO COM TALA E ATADURA, INTEGRO.
DIURESE EUSENTE NO PERILDO.
AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Pendências

MARIA DE FATIMA ARAUJO MARTINS

Maria de Fátima Araújo Martins
Enfermeira
COREN-CE 520766

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Paciente: **Mauro Botelho Pereira Junior**
 Data Nascto: 01/09/1973 44 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 32571386
 Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: **1.339.997**
 Prontuário: 129.535
 Dt. Entrada: 20/11/2017 23:24:58
 Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/11/2017	Enfermeiro	Evolução		Francisca Marleide Abreu dos Santos	

Paciente: **Mauro Botelho Pereira Junior**
 Enfermeiro(a): Francisca Marleide Abreu dos Santos Enfermeiro(a)

Evolução MANHÃ

- Diagnóstico: PRÉ DE LESÃO + FRATURA EM MIE (PÉ)
- Especialidade: CIRURGICO

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, Orientado, verbaliza
2. Respiratório: Eupnéico em ar ambiente
3. Cardiovascular: Normotenso, normocardico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Diurese espontâneas
6. Tegumentar: Pele Integra p/ LPP
7. Dispositivos: CVP
8. Antimicrobianos:

Condutas/Intercorrencias

PACIENTE SEGUE ESTAVEL,
 ACEITA BEM A DIETA VO OFERECIDA.
 RESTRITO AO LEITO. MANTENDO CURATIVO COM TALA E ATADURA, INTEGRO.
 DIURESE ESPONTANEA E PRESENTE
 AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

Marleide Abreu
 Enfermeira
 COREN 420104

Pendências

AG. AUT. PROCEDIMENTO

FCA MARLEIDE ABREU/COREN 420104

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

NOME: Mário R. Filho
CLÍNICA: Cirurgia CATEGORIA: Gamer LEITO: 505-2 PRONTUÁRIO: 129.535
DATA: 29/11/2019 CIRURGIÃO: [assinatura]
1º AUXILIAR: [assinatura] 2º AUXILIAR: [assinatura] 3º AUXILIAR: [assinatura]
INSTRUMENTADOR: Sandra CIRCULANTE: [assinatura]
ANESTESISTA: [assinatura] TIPO DE ANESTESIA: [assinatura]
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: [assinatura]

TIPO DE OPERAÇÃO:

1 ref. em fuo de fuf pte t manf
onho

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: [assinatura]

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 10

INÍCIO DA CIRURGIA: 11:00 TÉRMINO: 12:00

DURAÇÃO: 1 hora

INÍCIO DO OXIGÊNIO: 11:00 TÉRMINO: 12:00

DURAÇÃO: 1 hora

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

- ① [assinatura]
- ② [assinatura]
- ③ [assinatura]
- ④ [assinatura]
- ⑤ [assinatura]
- ⑥ [assinatura]
- ⑦ [assinatura]
- ⑧ [assinatura]
- ⑨ [assinatura]
- ⑩ [assinatura]

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 224.102

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO



FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Mauro Botelho Pereira Junior
 AP/ENF: S05-2 LEITO: CONVÊNIO: Camel
 CIRURGIÃO: DATA: 23 / 11 / 17
 IDADE: 44 PESO: ALTURA: SEXO: PULSO: RESPIRAÇÃO:
 PA: 125 x 90 TIPO SANGÜINEO: HEMACIAS: HEMOGLOBINA:
 HEMATÓCRITO: GLICEMIA: URÉIA:
 AP. RESPIRATÓRIO: supnelco ASMA: BONQUITE:
 AP. CIRCULATÓRIO: pac 21 ECG:
 AP. DIGESTIVO: ndh DENTES: PESCOÇO:
 AP. URINÁRIO: ndh URINA:
 ALERGIAS: ndh ASST
 DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: convulsão
 ANESTESIAS ANTERIORES:
 MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

PAM:
 HORÁRIO: 11:00 12:00

Agente Anestésico:	
Líquidos: (soros, hemoderivados etc.)	
PULSO	120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20
TEMP. -000-	180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20
PVC	140 130 120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20
PA	120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20
ANEST. XXXX	120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20
OP	120 110 100 90 80 70 60 50 40 30 20

INDUÇÃO
 Satisfatória: Excitação:
 Tosse: Lenta:
 Náuseas: Vômitos:

MANUTENÇÃO
 1) Monifoução
 2) mi do 30cm 8 mg
 3) Raqui 12-4
 4) aquila 46 6 ml repaço
 5) Dr. Antans 20y
 6) 3uf 30 1mg 4p 2ploma
 7) Dr. x profenid 100 4p
 8) diuron 3 x de cada 8 h
 9) 8 mg

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES
 POSIÇÃO: DDH → sent → DDH
 AGENTE:
 TÉCNICA: Raqui + sedação
 CIRURGIA: Dr. de pe
 CIRURGIÕES: Dr. Victor Monti
 ANESTESISTA(S): Dr. Nayara
 INTERCORRÊNCIAS:

UNICLINIC
 CONFERE COM O ORIGINAL

Anestesia Satisfatória: Sim () Não ()
 Paciente para o leito com cânula: Sim () Não ()
 Perda Sanguínea Aprox.: ml
 Obstrução: Co2
 Náuseas:
 Vômitos:
 Outros:
 Assinatura do Anestesiologista:
 Assinatura do Anestesiologista:
 Assinatura do Anestesiologista:

Assinatura do Anestesiologista/CRM



Evolução Paciente

Paciente: Mauro Botelho Pereira Junior
 Data Nascimento: 01/09/1973 44 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 32571386
 Leito: Sala Cirur 03

Aterramento: 1.339.997
 Placard: 129.535
 Dt. Entrada: 20/11/2017 23:24:58
 Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/11/2017	Enfermeiro	Evolução		Francisca Marleide Abreu dos Santos	

Paciente: Mauro Botelho Pereira Junior
 Enfermeiro(a): Francisca Marleide Abreu dos Santos Enfermeiro(a)

Evolução MANHÃ

• Diagnóstico: PRÉ DE LESÃO + FRATURA EM MIE (PÉ)

• Especialidade: CIRURGICO

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, Orientado, verbaliza
2. Respiratório: Eupnéico em ar ambiente
3. Cardiovascular: Normotenso, normocardico
4. Digestivo: VO ZERO PARA CIRURGIA
5. Renal: Diureses espontâneas
6. Tegumentar: Pele íntegra p/ LPP
7. Dispositivos: CVP
8. Antimicrobianos:

Condutas/Intercorências

PACIENTE SEGUE ESTAVEL,
 MANTENDO DIETA VO ZERO PARA CIRURGIA.
 RESTRITO AO LEITO. MANTENDO CURATIVO COM TALA E ATADURA, INTEGRO.
 DIURESE ESPONTANEA E PRESENTE
 AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.
 ÀS 14:30h - ENCAMINHADO AO CC

Pendências

Marleide Abreu
 Enfermeira
 COREN 420104

FCA MARLEIDE ABREU/COREN 420104

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 11:43, sob o número 01132492020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113249-20.2019.8.06.0001 e código 44AA394.

Paciente : Mauro Botelho Pereira Junior**Prontuário :** 129535**Sexo:** M**Idade:** 44a 5m 19d**Atendimento:** 1.339.953**Convênio:** GAMEC**Prescrição:** 1676732**Data Exame:** 20/11/2017**Solicitante:** Charles Samuel Marques**RX PÉ DIREITO AP/OBL****LAUDO:****Estruturas ósseas de densidade radiográfica normal.****Ausência de sinais de fratura.****Partes moles sem alterações.****Nº.INC.....[02]****RX PÉ ESQUERDO AP/OBL****LAUDO:****Presença de fratura do 2º,4º e 5º metatarso.****Espaços articulares preserva.****Nº.INC.....[02]**

Paciente : Mauro Botelho Pereira Junior**Prontuário :** 129535**Sexo:** M**Idade:** 44a 5m 19d**Atendimento:** 1.351.145**Convênio:** GAMEC**Prescrição:** 1696640**Data Exame:** 22/12/2017**Solicitante:** Joao Ricardo Andrade de

RX PÉ ESQUERDO AP/OBL

LAUDO:

Pós-operatório de fratura do 2º,3º,4º e 5º metatarso, com presença de material de síntese.

Nº.INC.....[02]

RX JOELHO ESQUERDO AP/P

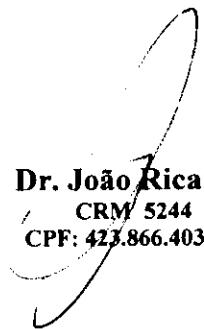
LAUDO:

Sinais de artrose do joelho.

Presença de fratura da patela.

Nº.INC.....[02]

Dr. João Ricardo
CRM 5244
CPF: 423.866.403-53

Paciente : Mauro Botelho Pereira Junior**Prontuário :** 129535**Sexo:** M**Idade:** 44a 5m 19d**Atendimento:** 1.355.245**Convênio:** GAMEC**Prescrição:** 1704349**Data Exame:** 05/01/2018**Solicitante:** Joao Ricardo Andrade de**RX PÉ ESQUERDO AP/P****LAUDO:****Pós-operatório de fratura do 2º,4 e 5º metatarsos, com presença de material de síntese.****Nº.INC.....[02]**
Dr. João Ricardo
CRM 5244
CPF: 423.866.403-53

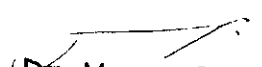
Paciente : Mauro Botelho Pereira Junior**Prontuário :** 129535**Sexo:** M**Idade:** 44a 5m 19d**Atendimento:** 1.339.953**Convênio:** GAMEC**Prescrição:** 1676732**Data Exame:** 20/11/2017**Solicitante:** Charles Samuel Marques**RX JOELHO ESQUERDO AP/P****LAUDO:**

Sinais de artrose do joelho.
Presença de fratura da patela.

Nº.INC.....[02]**RX MÃO ESQUERDA AP/OBL****LAUDO:**

Estruturas ósseas de densidade radiográfica normal.
Ausência de sinais de fratura.
Partes moles sem alterações.

Nº.INC.....[02]


Dr. Vanor Cruz
CPF: 026.244.513-15
CREMEC 2030



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013567101524
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDB - RENAVAM - FINIR - EXERCÍCIO
PFT 01 01040045289 0000000000 2017

NOME
FRANCISCO GAIK DE ALMEIDA SOARES
PARACURU / CE

OPF / CNPJ - PLACA
92610390300 - EMU2117/CE

PLACA ANT. LUF - CHASSI
/CE - 9C6DE2510F0019316

ESPECIE TIPO - COMBUSTIVEL
PAS / MOTOCICLETA / NAU - APLIC. - GASOL / ALCO

MARCA / MODELO - ANO FAB. - ANO MOD.
YAMAHA / XTZ150 CROSSER ED 2014 2015

CAP. / POT. / CIL. - CATEGORIA - COR PREDOMINANTE
20 / 0CV / 149CC - PARTIC - BRANCA

COTA ÚNICA - VENC. COTA ÚNICA - VENC. / COTAS
1ª - 2ª - 3ª

FAIXA / IPVA - PARCELAMENTO / COTAS
1ª - 2ª - 3ª

PREMIO TARIFÁRIO (R\$) - IOF (R\$) - DATA DE PAGAMENTO

PREMIO TOTAL (R\$) - OBSERVAÇÕES

LOCAL - DATA
PARACURU 08/08/2017

Assinatura do Diretor de Registro e Licenciamento de Veículo

Assinatura do Diretor de Registro e Licenciamento de Veículo

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA - A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013567101524 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO - DATA EMISSÃO
2017 08/08/2017

VIA - CPF / CNPJ - PLACA
01 92610390300 EMU2117

RENAVAM - MARCA / MODELO
01040045289 YAMAHA / XTZ150 CROSSER

ANO FAB. - CHASSI - Nº CHASSI
2014 09 9C6DE2510F0019316

PREMIO TARIFÁRIO - CUSTO DO SEGURO (R\$)
DENATRAM (R\$) 9,03 90,33

FNS (R\$) - IOF (R\$) - DATA DE QUITAÇÃO
81,29 0,7 07/08/2017

CUSTO DO BILHETE (R\$) - PAGAMENTO - PARCELADO
4,15 0,7 185,5

COTA ÚNICA - COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: G305E-024809 02204

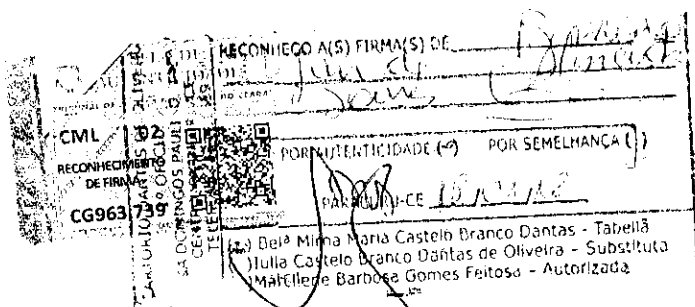
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Francisco Luiz Almeida Soares,
 RG nº 311952396, data de expedição 30/09/2015
 Órgão SSP CE, portador do CPF nº 92610390300, com
 domicílio na cidade de PARACURU, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. PRINCIPAL BAIRRO MURITI, nº 512,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima MAURO BOTELHO PEREIRA cujo o condutor era
JUNIOR.

Veículo: MOTOModelo: YAMAHA XTZ 150 CROSSER EDAno: 2014 2015Placa: PVU 2112Chassi: 9C6D62510F0019316Data do Acidente: 20/11/2017Local e Data: AV. DO CANAL BAIRRO ALTO DA BALTAÇA

Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Francisco Botelho Pereira Junior

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

5585160368

Nome completo da vítima

MARCO BORELHO P. JUNIOR

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MARCO BORELHO PEREIRA JUNIOR		CPF titular da conta 5585160368	Profissão EDUCADOR
Endereço RUA CAPITÃO OLIVEIRA		Número 595	Complemento APT - 103
Bairro AEROLÂNDIA	Cidade FERNALCES	Estado CE	CEP 60850265
Email FERNANDEZ@GMAIL.COM			Telefone (DDD) 85988661168

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☒ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)
 ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO. 2153 D/V
 CONTA NRO. 01300030734 D/V 7
 (Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome _____ NRO. _____
 AGÊNCIA NRO. _____ D/V _____
 CONTA NRO. _____ D/V _____
 (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

FERNALCES, 26 de FEVEREIRO de 2018

Local e Data

Marco Borelho Pereira Junior
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

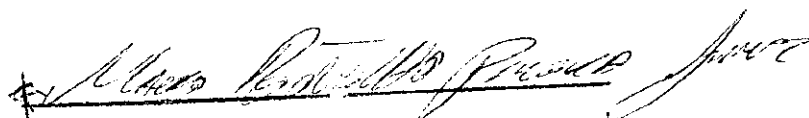
DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, MAURO BORDHO P. JÚNIOR, portador da carteira de identidade nº 9100228260 e inscrito no CPF/MF sob o nº 55855160368, residente e domiciliado na RUA CARITÃO OLIVEIRA S95, cidade Fort., Estado CE, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.



Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Local e data

Declaração do Proprietário do Veículo

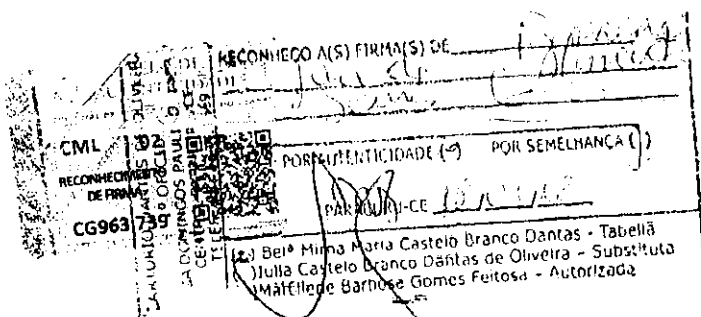
Eu, Francisco José Almeida Soares,
 RG nº 311952396, data de expedição 30/09/2015
 Órgão SSP CE, portador do CPF nº 92610390300, com
 domicílio na cidade de PARACURU, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. PRINCIPAL BAIRRO MURITI, nº 512,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima MAURO ESTELHO PEREIRA cujo o condutor era
JUNIOR.

Veículo: MOTOModelo: YAMAHA/XTZ 150 CROSSER EDAno: 2014 2015Placa: PVU 2112Chassi: 9C6D62510F0019316Data do Acidente: 20/11/2017Local e Data: AV. DO CANAL BAIRRO ALTO DA BALANÇA

Francisco José Almeida Soares
 Assinatura do Declarante

Mauro Estelho Pereira Junior
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Paracuru - CE 18.11.2017





Evolução Paciente

Paciente **Mauro Botelho Perelra Junior**
Data Nascto. 01/09/1973 44 Anos
Sexo: Masculino
Telefone 32571386
Leito 505.2

Atendimento 1.339.997
Prontuário 129.535
Dt. Entrada 20/11/2017 23:24:58
Convênio GAMEC ENFERMARIA

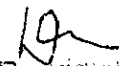
Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/11/2017	Enfermeiro	Evolução		Darlene Rodrigues Oliveira	

Enfermeiro(a): Darlene Rodrigues de Oliveira Enfermeiro(a)

Data Internação: 20/11/2017 23:24:58 Entrada na Unidade:

ADMISSÃO UNIDADE

ÀS 23:55HRS CLIENTE ADMITIDO NA UNIDADE PROVENIENTE DA EMERGENCIA PARA PROCEDIMENTO CIRURGICO EM PÉ E.
SEGUE ESTAVEL CONSCIENTE, ESTAVEL, EUPNEICO, AFEBRIL, VERBLIZA.
NEGA COMORBIDADES.
ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS ESPONTANEAS.
SEGUE AOS CUIDADOS!


Darlene Rodrigues
Enfermeira
COREN CE 455211

Darlene Rodrigues de Oliveira /

UNICLINIC
CONFIRME COM O
ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 11:43, sob o número 01132492020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113249-20.2019.8.06.0001 e código 4474395.

Paciente: **Mauro Botelho Pereira Junior**
 Data Nasc: 01/09/1973 44 Anos
 Sexo: Masculino
 Telefone: 32571386
 Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: 1.339.997
 Pontuação: 129.535
 Data Entrada: 20/11/2017 23:24:58
 Local: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
24/11/2017	Enfermeiro	Evolução		Francisca Marleide Abreu dos Santos	

Paciente: **Mauro Botelho Pereira Junior**
 Enfermeiro(a): **Francisca Marleide Abreu dos Santos** Enfermeiro(a)

Evolução MANHÃ

- Diagnóstico: PO DE FRATURA EM MIE (PÉ)
- Especialidade: CIRURGICO

Exame Físico

1. Neuro: Consciente, Orientado, verbaliza
2. Respiratório: Eupnéico em ar ambiente
3. Cardiovascular: Normotenso, normocardico
4. Digestivo: VO
5. Renal: Diurese espontâneas
6. Tegumentar: Pele íntegra p/ LPP
7. Dispositivos: CVP
8. Antimicrobianos: CEFAZOLINA 01

Condutas/Intercorências

PACIENTE SEGUE ESTAVEL,
 ACEITA BEM A DIETA VO .
 RESTRITO AO LEITO. REALIZO CURATIVO EM MIE (PÉ)
 PONTOS INTEGROS, SEM FLOGOSE, USO 01 ATADURA DE CREPON E MANTENHO TALA .
 DIURESE ESPONTANEA E PRESENTE
 AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM. SEGUE DE ALTA HOSPITALAR
 ÀS 10:00 SAIU DE ALTA

Marleide Abreu
 Enfermeira
 COREN 420104

Pendências

FCA MARLEIDE ABREU/COREN 420104

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



NOME DO PACIENTE:

Mauro Bofelho

CREDENCIAMENTO:

ENF. / APTO:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

22/11
2018

Paciente em fratura por
trauma em membros inferiores
em cura.

Op! I não há mais dor
2

Dr. Charles Samuel da Silva
Traumatologia - Ortopedia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
R. EC 1474 - FORT 126

24/11 não houve
dor

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53

24/11 para evol
u de cura

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.866.406-53



SETOR D NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC

FICHA DE AVALIAÇÃO NUTRICIONAL SUBJETIVA GLOBAL- AVALIAÇÃO INICIAL

PACIENTE: Olivia Botelho Pereira SEXO: M IDADE: 44
 DATA ADMISSÃO: 20/11/19 POSTO/LEITO: 505/2 DATA DA AVALIAÇÃO NUTRICIONAL: 23/11/19
 Diagnóstico: Exatidão em si

A – Anamnese

1. Peso Corpóreo

- (1) Mudou nos últimos 6 meses () sim (X) não
 (1) Continua perdendo peso atualmente () sim (X) não

• Total Parcial de Pontos 0

2. Dieta

- (1) Mudança de dieta () sim () não
 • A mudança foi para:
 (1) () dieta hipocalórica
 (2) () dieta pastosa hipocalórica
 (2) () dieta líquida >15 dias ou solução de infusão intravenosa >5 dias
 (3) () jejum >5 dias
 (2) () mudança persistente >30 dias

• Total Parcial de Pontos 02

3. Sintomas gastrintestinais (persistentes por mais de duas semanas)

- (1) () disfagia
 (1) () náuseas
 (1) () vômitos
 (1) () diarreia
 (2) () anorexia, distensão abdominal, dor abdominal

• Total Parcial dos Pontos 0

4. Capacidade funcional física (por mais de duas semanas)

- (1) (X) abaixo do normal
 (2) () acamado

• Total Parcial de Pontos 01

5. Diagnóstico

- (1) () baixo estresse
 (2) (2) moderado estresse
 (3) () alto estresse

• Total Parcial de Pontos 02

B – Exame Físico

- (0) normal
 (+1) leve ou moderadamente depletado
 (+2) gravemente depletado
 () perda de gordura subcutânea
 () músculo estriado
 () edema sacral
 () ascite
 () edema tornozelo

• Total Parcial de Pontos 0

• Somatório do Total Parcial dos Pontos 05

C – Categoria da ANSG

Bem nutrido <17 pontos

Desnutrição moderada 17 <22 pontos

Desnutrição grave >22 pontos

DIAGNÓSTICO NUTRICIONAL: Bem nutrido

NUTRICIONISTA: _____

Leandro Câmara Rodrigues
 NUTRICIONISTA
 02/11/2019

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



SETOR DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA – HOSPITAL UNICLINIC
FICHA DE ANAMNESE(CAN)

PACIENTE: Maura Batelha Pereira SEXO: M
 IDADE: 44 DIAGNOSTICO: Diabetes em p
 DATA AVALIAÇÃO: 23/11/17
 PRESCRIÇÃO DA DIETA EM PRONTUÁRIO: geral
 PACIENTE EM ISOLAMENTO DE CONTATO () SIM (x) NÃO

DADOS ANTROPOMÉTRICOS

DADOS ANTROPOMÉTRICOS	DATA	DIAGNOSTICO
PESO ATUAL	<u>76kg</u>	
PESO USUAL	<u>—</u>	
PESO IDEAL	<u>57,7 kg</u>	
PESO CORRIGIDO	<u>—</u>	
ALTURA	<u>1,63 cm</u>	
ESTIMATIVA DE ALTURA	<u>—</u>	
AJ – ALTURA JOELHO	<u>47 cm</u>	
IMC DESEJAVEL	<u>18,5 – 24,99</u>	
IMC ATUAL	<u>28,57 kg/m²</u>	<u>Sobrepeso</u>
CB	<u>36 cm</u>	
ADEQUAÇÃO DA CB%	<u>109,76%</u>	<u>Eutrofia</u>

DADOS BIOQUÍMICOS

DADOS BIOQUÍMICOS	DATA	DIAGNOSTICO
Hematócrito	<u>—</u>	<u>—</u>
Hemoglobina	<u>—</u>	<u>—</u>
Albumina	<u>—</u>	<u>—</u>
Contagem de linfócitos	<u>—</u>	<u>—</u>

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Hábito intestinal: (x) Diário () Até 3 dias () Mais 3 dias () Outro —

- Consistência das fezes: (x) Normal () Amolecidas () Duras —

Diurese (Quantidade/Coloração): normal

Possui alguma patologia associada? (x) NÃO () SIM

() DM () HA () CA () Dislipidemia () Obesidade () Magreza () Outros: —

Problema de mastigação/deglutição ? () SIM (x) NÃO PORQUE ? —

Intolerâncias e/ ou alergias

alimentares: neg



Uniclinic

ASSISTÊNCIA AO PACIENTE NO PRÉ, TRANS E PÓS OPERATÓRIO

Nome do Paciente: <u>Mauro Botelho Pereira Junior</u>	Data: <u>23/11/17</u>	Leito: <u>503-2</u>
Convênio: <u>Uniclinic</u>	Cirurgião: <u>João Ricardo</u>	
Nº Atendimento: <u>1.339.997</u>	Cirurgia: <u>Fratura em M.C.</u>	

ATIVIDADE	SIM/ESPEC	NÃO	NP	LOCALIZAÇÃO DO ACESSO
Jejum	Data: hora:			
Reserva de sangue				
Lavagem intestinal	Hora: Evac ()			
Banho pré operatório	Hora:			
Acesso venoso				
Ficha pré anestésica preenchida				
Medicação pré anestésica				
ECG				
Exames laboratoriais				
Raio X/ Imagens				
Retirada de prótese dentária/ lentes				
Retirada de adornos/esmalte de unha				
Alergias				

Encaminhado por: <u>Thayana</u>	Hora: <u>10:28</u>	Recebido por: <u>Marlene</u>	Hora: <u>10:35</u>
Medicamentos em uso:	Transportado em: () Maca () Cadeira () Deambulando		
PA: _____ mmHg; Pulso: _____ bpm; T: _____ °C; SpO2: _____ %; Dor: _____			
0 - sem dor / 1-3 fraca / 4-6 moderada / 7-9 intensa / 10- insuportável			

Admissão no Centro Cirúrgico

<u>Em 10:35hs</u> <u>paciente</u> <u>admitido</u> <u>no</u> <u>pré-operatório</u> <u>para</u> <u>procedimento</u> <u>cirúrgico</u>
Funcionário: <u>Marlene</u> <u>75 kg</u> ; <u>1,63 de altura</u> <u>Coren: 790.036</u>

Trans - Operatório Tratamento de fr.

Sala <u>04</u>	Circulante <u>Nivaldo</u>	Instrumentadora <u>Sandra</u>	Anestesia <u>Rogério</u>	Início <u>11:00</u>	Término <u>12:00</u>
☒ Raio X/ Imagens ☐ Tricotomia Hora: _____ Região: _____ ☐ Hemotransfusão ☐ Ex. laboratoriais ☒ ECG		☐ Material p/ anátomo-patológico ☐ Material p/ laboratório		Discriminar:	

Cirurgia realizada:

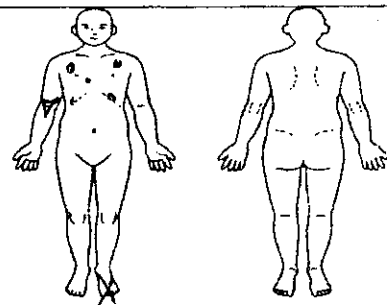
 Posição do paciente na mesa cirúrgica:
☐ DD ☐ LD ☐ LE ☐ GINECOLÓGICA
☐ Outras: Ventral

Preparo da pele:

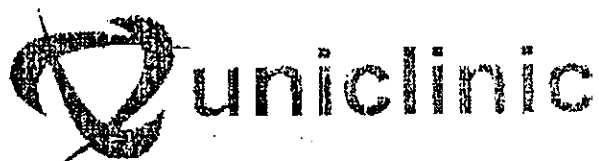
☒ Clorexidina degermante ☐ PVPI tópico
☒ Clorexidina alcoólica ☐ PVPI degermante

Legenda:

- ▲ Placa de bisturi
- Monitorização Cardíaca
- ✕ Incisão Cirúrgica
- Garrote Pneumático/ Faixa de Smarch
- ▼ Punção venosa


 UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Usar legenda: P (Presente), A (Ausente), NP (não se aplica)



INFORMATIVO

O HOSPITAL UNICLINIC VEM POR MEIO DESTA, INFORMAR QUE TODA E QUALQUER SOLICITAÇÃO DE PAGAMENTO, ACERTOS DE MATERIAIS E PROCEDIMENTOS QUE NÃO SEJAM CONTEMPLADOS PELO PLANO DE SAÚDE OU ORIUNDOS DE INTERNAÇÕES PARTICULARES, SERÃO REALIZADOS EXCLUSIVAMENTE DE FORMA PRESENCIAL, JUNTO A TESOUREARIA DO HOSPITAL E NUNCA ATRAVÉS DE LIGAÇÕES E/ OU TRANSFERÊNCIAS BANCÁRIAS DE PESSOA FÍSICA.

CIENTE

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

1 **UNICLINIC**
CONFERE COM O
ORIGINAL

Udo de Clinicas do Ceara Ltda

1678830

129.535 Pronto

Convegno **GAMEC / ENFERMARIA**

Data Prescr 24/11/2017 12:00:00

505.2

Brand

Desipropafen 100mg Faltblister

Diego IFA-100M LEDS-H0412

Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/Im

DILUIR 2ML +18ML DE ABD

3. Getazolīna 1g Po, Fa, Ev

SEP 20 1964

INICIOU 23/11

D02/

4 Tramadol 100mg Amp 2ml Ev

1 amp 8/8 h IV

12

20

04

120

5

SEPARAR 1 AMP EM 100 ML SF 0,9%

PIINCAO.COM.JEI.CO

MANITEX

JELCO SALINIZADO

CAUTION

EXOTICA

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Página 1

DAIANY / DAIANY

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Moure B. P. Juvencio

DATA: 24/11/2017 POSTO: 5 LEITO: 505-2

CONVÊNIO: grace

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: 11.06.2017 paciente foi avaliada pela

o médico cirurgião de plantão e para a realização da

comparação de seus exames de imagem.

Dr. Carlos Eduardo
11.06.2017 15h30

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: _____

Assinatura e COREN: _____

ESTE PRODUTO É CONSIDERADO ESTÉRIL ATÉ O PRAZO DE VALIDADE ESTABELECIDO PELO SERVIÇO, (90 DIAS) E/OU

OBS / CIRURGIA:

DATA DA ESTERILIZAÇÃO:

Nº DE PEÇAS:

MATERIAL:

Nº DO LOTE: 05 VG
RESF. PREPARO: Jowett

05 Jata + Monograma + Cobertura

Estola Uniclínica

ETIQUETA DO CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

RETIRADA
13
F10

PROTOCOLO DE ESTERILIZAÇÃO

NOME:

MAURO DOMINGOS PEREIRA JUNIOR

CONVENIO: GARC

LEITO: 5052 IDADE: 44 SEXO: M DATA: 23/11/19

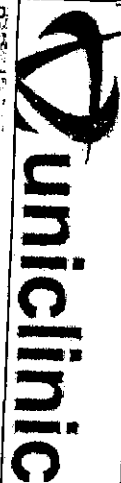
PROCEDIMENTO REALIZADO: FRAÇÃO B A

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

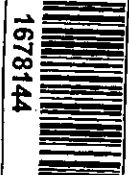
UNICLINIC

RESJECT ACCEPT
243
DANGER: RISKY INSTRUMENT
DATE: 11/11/2019

RESJECT ACCEPT
243
DANGER: RISKY INSTRUMENT
DATE: 11/11/2019



Uniao de Clinicas do Ceara Ltda
Prescrição Eletrônica Paciente



1678144

Paciente: Mauro Botelho Pereira Junior

Data Nascimento: 01/09/1973 44a 2m 22d

Data Entrada: 20/11/2017 23:24:58

Médico Resp: Dr. Charles Samuel Marques Dantas (CRM 14474)

Atendimento: 1.339.997

Convênio: GAMEC / ENFERMARIA

Data Presc: 23/11/2017 12:00:00

Prontuário: 129.535

505.2

Zero

Medicamentos:

Leotoprofeno 100mg Fa Ev

DILUIR 1FA + 100ML DE SF0,9%

2. Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/Im

DILUIR 2ML + 10ML DE AB0

Recomendações:

PUNÇÃO COM JELCO

JELCO SALINIZADO

SSVM+COGG

18:00 hs

KOTINA

MANIER

Observação

Prescrição Eletrônica

Dose/Intervalo/Via Horários

1 FA 12/12 h IV

14

Temp: 6-6 h IV

13

19

01

01

01

01

01

01

Intervalo

Horários

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Trauma

SO

Oru

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

DATA: 23/11/17 POSTO: 05 LEITO: 505-2

AC. VENOSO:

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

№. Nasal	() Venturi	%
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		
41		
42		
43		
44		
45		
46		
47		
48		
49		
50		
51		
52		
53		
54		
55		
56		
57		
58		
59		
60		
61		
62		
63		
64		
65		
66		
67		
68		
69		
70		
71		
72		
73		
74		
75		
76		
77		
78		
79		
80		
81		
82		
83		
84		
85		
86		
87		
88		
89		
90		
91		
92		
93		
94		
95		
96		
97		
98		
99		
100		

	Spo ²⁺ %	Reservatória 100%	5c.
1	98,7	100	100
2	96,7	100	100
3	96,7	100	100
4	96,7	100	100
5	96,7	100	100
6	96,7	100	100
7	96,7	100	100
8	96,7	100	100
9	96,7	100	100
10	96,7	100	100
11	96,7	100	100
12	96,7	100	100
13	96,7	100	100
14	96,7	100	100
15	96,7	100	100
16	96,7	100	100
17	96,7	100	100
18	96,7	100	100
19	96,7	100	100
20	96,7	100	100
21	96,7	100	100
22	96,7	100	100
23	96,7	100	100
24	96,7	100	100
25	96,7	100	100
26	96,7	100	100
27	96,7	100	100
28	96,7	100	100
29	96,7	100	100
30	96,7	100	100
31	96,7	100	100
32	96,7	100	100
33	96,7	100	100
34	96,7	100	100
35	96,7	100	100
36	96,7	100	100
37	96,7	100	100
38	96,7	100	100
39	96,7	100	100
40	96,7	100	100
41	96,7	100	100
42	96,7	100	100
43	96,7	100	100
44	96,7	100	100
45	96,7	100	100
46	96,7	100	100
47	96,7	100	100
48	96,7	100	100
49	96,7	100	100
50	96,7	100	100
51	96,7	100	100
52	96,7	100	100
53	96,7	100	100
54	96,7	100	100
55	96,7	100	100
56	96,7	100	100
57	96,7	100	100
58	96,7	100	100
59	96,7	100	100
60	96,7	100	100
61	96,7	100	100
62	96,7	100	100
63	96,7	100	100
64	96,7	100	100
65	96,7	100	100
66	96,7	100	100
67	96,7	100	100
68	96,7	100	100
69	96,7	100	100
70	96,7	100	100
71	96,7	100	100
72	96,7	100	100
73	96,7	100	100
74	96,7	100	100
75	96,7	100	100
76	96,7	100	100
77	96,7	100	100
78	96,7	100	100
79	96,7	100	100
80	96,7	100	100
81	96,7	100	100
82	96,7	100	100
83	96,7	100	100
84	96,7	100	100
85	96,7	100	100
86	96,7	100	100
87	96,7	100	100
88	96,7	100	100
89	96,7	100	100
90	96,7	100	100
91	96,7	100	100
92	96,7	100	100
93	96,7	100	100
94	96,7	100	100
95	96,7	100	100
96	96,7	100	100
97	96,7	100	100
98	96,7	100	100
99	96,7	100	100
100	96,7	100	100

DIETA:

() SNG () GTT () NPT

1

Observações:

Amigos de los Niños

Fac. de Enfermagem

CURRENT: 00166259

gm 10:35ms past sundown the night before

750-036

by: 30 Punkte eingeschrieben am: 11/11/2019

790.037

Sp. 14:35 hr, inside, between the C.C.

Thomás Rodríguez de Lemos

Téc. de Enfermagem

COHEN-G. 11/15/23

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

TURN:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar. ambiente () Cat. Nasal () Venturi _____ %

() MINBZ () Másc. Reservatória 100% SpO₂: _____ %

DIETA:

() VO	() SNE	() SNG	() GTT	() NPPT
--------	---------	---------	---------	----------

() Zero Para:

Observações:

At 18:00 hrs, vaccinee experienced dizziness.

parten 22 e versterken 30, 1000000000

Unidades de desempenho — 2003/2004
Instituto Tecnológico de Campinas

Rec. de Enfermagem

GOREN, JF: 00164

UNCLINIC
DEED COM O
ORIGINAL

Nome do Paciente: Mauricio Barbosa Pereira Junior Nº: 1.339.992
Data: 22/11/17 Leito: 505-2 Convênio: Gamela
Trat: at. a cirurgia de fratura de E + encaixo Início: 11:00 Término: 12:00

MATERIAIS	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE	NOME	UNID	QTDE
Abocath N°	unid		Latex	unid	02	Fio Ethibond N°	unid	
Adaptador p/Soro	unid	02	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° 1,5	unid	03
Água Destilada de 500ml	unid		Liga Clips N°	unid		Fio de Steinmann N°	unid	
Aguilha 13x4,5	unid		Luva 6,5	unid		Catgut Simples N°	unid	
Aguilha 13x30	unid		Luva 7,0	unid	03	Catgut Cromado N°	unid	
Aguilha 25x7,0	unid		Luva 7,5	unid	04	Caprofyl	unid	
Aguilha 30x8,0	unid	01	Luva 8,0	unid		Caprofyl	unid	
Aguilha 40x12	unid	02	Luva 8,5	unid		Monocryl	unid	
Algodão Hidrófilo	gr	40	Máscara	unid	05	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	
Algodão Ortopédico	20cm		Micropore 5,0 cm	cm		Mononylon 4.0	unid	
Algodão Ortopédico	30cm		Próps	par	06	Mononylon 5.0	unid	
Atadura de Crepon	6cm		Placa Descartável	unid		Mononylon 6.0	unid	
Atadura de Crepon	10cm		Ralo 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	01	Tela de marlex	unid	
Atadura de Crepon	25cm		Seringa 05cc	unid	01	Polycot N°	unid	
Atadura de Crepon	30cm		Seringa 10cc	unid	02	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	02	Vicryl 1.0	unid	
Capa Microscópio	unid		S.F 0,9% 1000 ml	unid		Vicryl 2	unid	
Cateter Duplo J	unid		Surgicel	unid		Vicryl 2.0	unid	
Campo Impermeável Descar	unid	01	Talafix tipo: beta	unid	02	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	10	Tree Way	unid		Ominipaque	Fr	
Clorexidina Degermante	ml	180	Trocater N°	unid		Co2	Dur	
Clorexidina Alcoólica	ml	180	TAXAS			Nitrogênio	Dur	30
Clorexidina Aquosa	ml		Aspirador			Aguilha de Veres	unid	
Cotonóide	unid		Bisturi Elétrico			MATERIAL FORNECEDOR		
Coletor de Urina Sist. Fech	unid		Trépano Elétrico		sim	Gaze 7,5x7,5 (30)		
Depo Medrol	unid		Tx. de Microscópio					
Dreno Penrose N°	unid		Tx. de Videocirurgia					
Dreno Portovac N°	unid		Tx. Intensif. de Imagem		sim			
Dreno de Torax N°	unid		Tx. Ureterorreno					
Equipo	unid		Tx. Ureterotripsor					
Esparadrapo	cm		OUTROS					
Éter	ml		Coletor de Mucosidade	unid				
Extensor de 20cm	unid		Cateter Single Lumen	unid				
Faixa de Smarch	unid		Cateter Duplo Lumen	unid				
Formol	ml		Cateter de Hemodialise	unid				
Fio Gula Hidrofilico	unid		Heparina	unid				
Fita Cardíaca	unid		Xilocaína S/V 20 ML	unid				
Gaze 7,5x7,7	unid	10	Xilocaína C/V 20 ML	gr				
Gaze Acolchoada	unid		Xilocaína Gel	unid				
Esteranos 2%	ml		Naropin mg	unid				
Gel Foan	unid		Kollagenase	gr				
Gorro	unid	06	Adrenalina	unid				
Diprosan	unid		Oximetazolina	Fr				

CIRURGIÃO: Dr. Victor Monte
Anestesista: Dr. Naysa
Aux 1:

Aux 2:
Aux 3:

INSTRUMENTADOR: Leandro
CIRCULANTE: Nicolle

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

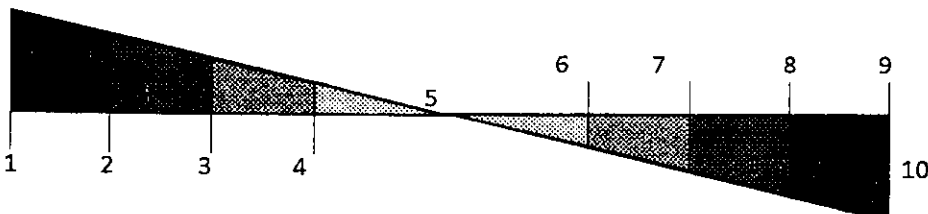
Dr. Victor Monte
Cirurgião
22/11/2017



NOME: MAURO BOTELHO VAREIRA JUNIOR
 PRONTUÁRIO: 129.339
 ATENDIMENTO: 1.339.997
 DATA DE NASC: 01.09.1973
 DATA ADMISSÃO: 23.11.17
 HORA ADMISSÃO: 12:10

LISTA RESUMIDA DE COMORBIDADES:

() HAS () DM () IC () AVC PRÉVIO () OUTRAS: _____
 () IRC () IRA () ARRITMIAS () DEMÊNCIA () ALERGIAS: _____



Quase sem dor

A pior dor da minha vida

NA ADMISSÃO: 1 APÓS UMA HORA: 1 ESCORE NA ALTA: 1

SUGESTÕES DA ANESTESIA

ESCALA DE ALDRETE E KROULIC MODIFICADA

A) ATIVIDADE		P) PRESSÃO		C) CONSCIÊNCIA		R) RESPIRAÇÃO		S) SpO ₂	
CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA	CRITÉRIO	NOTA
MOVE 4 MEMBROS	2	<20% NÍVEL PRÉ-OP	2	ACORDADO	2	PROFUNDA/TOSSE	2	>92%	2
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ OP	1	DESPERTA VERBAL	1	LIMITADA/DISPNEIA	1	90-92%	1
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	APNEIA	0	<90%	0

	15	30	45	1h	1h30	2h	2h30	3h	4h	5h	6h	8h	12h
A	1	1	1	1	1	1							
P	1	2	2	2	2	2							
C	1	1	2	2	2	2							
R	1	2	2	2	2	2							
S	1	1	2	2	2	2							
T	7	7	8	9	9	9							

INTERCORRÊNCIAS

() HIPERTENSÃO () CEFALÉIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIA
 () HIPOTENSÃO () TONTURA () SECREÇÃO () DELIRIUM () DIST. POTÁSSIO () PARESTESIAS
 () TAQUICARDIA () NÁUSEAS () DISPNEIA () ANSIEDADE () DIST. SÓDIO () PARESIAS
 () BRADICARDIA () VÔMITOS () APNÉIA () CHORO () DIST. CÁLCIO () AMAUROSE
 () PARADA () DOR ABD. () RE-IOT () SUICIBILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

EVOLUÇÃO RESUMIDA (INCLUIR NOME DO CIRURGIÃO, CIRURGIA E ANESTESISTA)

Justina De C. D. 2017
Ricardo - Anestesiologista
+ SBCS - Dr. Myron

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

() PANTOZOL () DIPIRONA () TRAMAL () PLAMET/PRASIL () LORAX
 () CLEXANE () PARACETAMOL () MORFINA () DRAMIN B6 () RIVOTRIL
 () HEPARINA NF () PROFENID () OUTRO OPIÓIDE () ONDASETRONA () DIAZEPAM
 HORA DA ALTA: 14:20 PA: 16x99 FC: 61 SpO₂: 98

() APARTAMENTO

() UTI

() RESIDÊNCIA () OUTRA FEITA PELO CIRURGIÃO

CONFERE COM O ORIGINAL

Dr. Eivaldo Diógenes
 CRM 10189

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA



Uniclinic
Prescrição Eletrônica Paciente

Paciente: **Mauro Botelho Pereira Junior** Atendimento: **1.339.997** Pronto: **129.535**
Data Nascido: **01/09/1973** 44a 2m 20d Convênio: **GAMEC / ENFERMARIA**
Data Entrada: **20/11/2017 23:24:58** Data Presc: **21/11/2017 12:00:00**

Médico Resp: **Dr. Charles Samuel Marques Dantas (CRM 14474)**

Dieta: **Dose:** **Intervalo:** **Observação:** **Dose/Intervalo/Via:** **Horários:** **D. P. E.**

Medicamentos **1FA 12/12 h IV** **14** **19** **01** **02** **2°** **S**

DILUIR 1FA +100ML DE SF0,9% **1 amp 6/6 h IV** **13** **19** **01** **02** **2°** **S**

2 Dipirona 500mg/ml Amp 2ml Ev/ Im **1 amp 6/6 h IV** **13** **19** **01** **02** **2°** **S**

DILUIR 2ML +18ML DE ABD **Intervalo:** **Horários:** **MANTER**

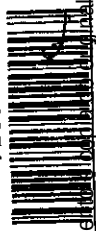
Recomendações: **PUNÇÃO COM JELCO** **JELCO SALINIZADO** **ROTINA**

Dr. João Ricardo Andrade
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM 5244
CPF: 423.886.406-53

Dr. João Ricardo Andrade
Otorrinolaringologista e Traumatologista
CRM 5244
CPF: 423.886.406-53

Dr. João Ricardo Andrade
OTR

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL



1676854



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Mauro Batafalo Barreira Junior

DATA: 23/11/17 POSTO: 05 LEITO: 505-2

CONVÊNIO: Coace

TURNO: N1

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:

Observações:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:



O hospital da sua vida

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 20,11 / 7

André

Paciente: Ann to Bethesda Ann

Ent. Apio.:

505.2

Médico.

Credenciamento: JAMC

Internamento:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

MATERIAL UTILIZADO

(1) $\Delta u \approx \Delta u^2$ $\Delta u \approx \Delta u^2$

5215

Ser 20 cc

5416 for on 6 Jan

Ser. 10 cc

⑦ 12/12/2024

Car 3 on	
----------	--

②	bus 14	12/14 08
①	bus 14	12/14 08

Aguilha 40/12

[illegible]

Agua	Agua
Agua	Agua

[illegible]

Equipo c/ lat.

Soro Fisió. 100ml

Abbd 500ml p/02

S. Aspiração

~~Dr. Charles
Trautman
Otorrinolaringología, Otorrinología,
Oftalmología y Cirugía de Cabeza y Cuello~~

BOMBA DE INFUSÃO	OXIGÊNIO
------------------	----------

MED.	LIG.	DES.	LIG.
------	------	------	------

[illegible]

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

Glicemia

Valor	Insulina
-------	----------

1561

[illegible]

--	--

NAME: Mauro Botelho Rodrigues

DATA: 20/11/2017 POSTO: 5 LETTO: 505-2

CONVÊNIO: *99me*

TURNOS:

AC. VENOSO:

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

El ambiente

	() Cat Nasal	() Venturi	%
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			

() MNBZ	() Másc. Reservatória 100%	Sm ₀₂ :	%
----------	-----------------------------	--------------------	---

DIET:

() VO () SNE () SNG () GTT () NPT

() Zero Para:

Observações:

Observações:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	

[illegible][illegible]

John A. Campbell

[illegible][illegible]

1

100

—

0

1

CO
A

10

...

80

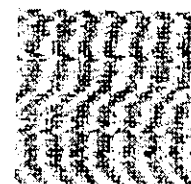
57

—

Assinatura e COREN:

Accinatura e CODEN:

AT 1339997

BANCO
DEZ 2017

SOLZ 19/01/2017


uniclinic
o hospital da sua vida

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

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

09

NOME						☒ Interno ☐ Outras	
MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR							
CPF	RG	IDADE	E.CIVIL	SEXO			
55885160368	91002298760	44	CASADO	MASCULINO			
ENDEREÇO		FONE	BAIRRO	DATA DE NASC.			
RUA CAPITÃO OLIVO 595		988661168	SEXO LINDA	01-09-75			
CIDADE	CEP	UF	NATURALIDADE				
FORTALEZA	60850265	CE	FORTALEZA				
PAI	MÃE						
MAURO BOTELHO PEREIRA	FRANCISCA DAVIDA DA SILVA						
MÉDICO RESPONSÁVEL	CRM	DATA INTERNAÇÃO					
JOÃO RIBEIRO	5044	20-11-2017					

NOME		RG	CPF
PROFISSÃO	PARIENTESCO	FONE	
ENDEREÇO	BAIRRO	CIDADE	CEP

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), 15 DE 01 DE 2017.



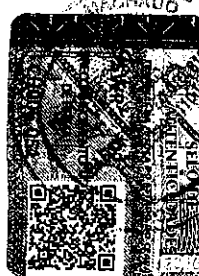
PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

ESTADO DO CEARÁ - CARTÓRIO JOÃO MACHADO - FORTALEZA CARTÓRIO DO 7º OFÍCIO
 TABELIÃO: CÍCERO MOZART MACHADO - CNPJ: 06.573.422/0001-32
 Rua Floriano Peixoto, Nº 818 - Centro - CEP: 60.025-130 - Fortaleza - CE
 Tel: (85) 3201.1100 / Fax: (85) 3201.1113 - E-mail: cjmachado7@gmail.com

Cód.: 088907. Reconheço a(s) assinatura(s) por AUTÊNTICA de:
 (1) MAURO BOTELHO PEREIRA JUNIOR
 Do que dou fé. Fortaleza, 15 de Janeiro de 2018. Total: R\$ 4,16
 - SELO 2- AAC643825-A1B2 - Válido somente com selo de
 autenticidade.

DARLYANE JUCA DE OLIVEIRA - Escrivão
 Operador: ARTHUR

Confira os dados do ato em:
 selodigital.jce.jus.br/porta



UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL