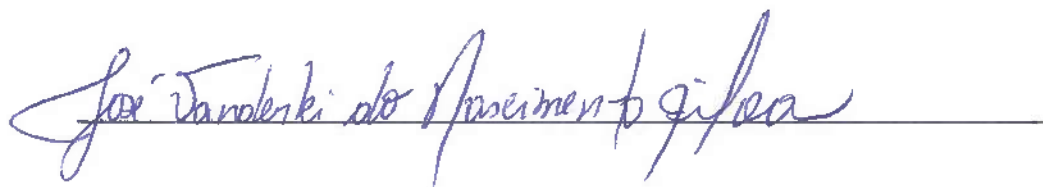


DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA , brasileiro, casado, secretário escolar, inscrito no RG nº 2002005136021 SSP/CE e CPF/MF nº 011.893.203-98, residente e domiciliado na Rua Bandeira de Melo , Dias Macedo, nº 51, Fortaleza , Ceará, CEP-60860-270 EU DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 5º, inciso LXXIV da Constituição Federal, bem como do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015. Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Fortaleza, 07 de de fevereiro de 2019.





TEIXEIRA E MOTA ADVOGADOS

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA, brasileiro, casado, secretario escolar, inscrito no RG nº 2002005136021 SSP/CE e CPF/MF nº 011.893.203-98, residente e domiciliado na Rua Bandeira de Melo, Dias Macedo, nº 51, Fortaleza, Ceará, CEP- 60860-270, nomeia e constitui seus bastantes procuradores, **CAMILA RODRIGUES TEIXEIRA MOTA**, brasileira, divorciada, advogada, OAB – CE 26961, **MARIA AMÉTIA RODRIGUES TEIXEIRA**, brasileira, divorciada, Advogada, inscrita na OAB/36.531, **PAMELA BARROS BRANDÃO**, brasileira, solteira, estagiaria, inscrita no CPF/MF nº 605.956.883-14, todos com escritório profissional, na Rua Coronel Linhares, nº 1111, AP 1303, 13º Andar, Bairro Meireles, CEP- 60170-240 Fortaleza Ceará, a quem confere amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com a cláusula "ad-judicia" a fim de que agindo em conjunto ou separadamente, possam defender os interesses e direitos do outorgante, perante qualquer juízo, Instância, ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que o outorgante seja autor ou reclamante, e defendendo-o quando for réu, interessado ou requerido, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, firmar compromissos, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 07 de Fevereiro de 2019

Jose Vanderlei do Nascimento Silva

TEIXEIRA E MOTA ADVOGADOS

Rua Coronel Linhares, nº 1111, AP 1303, 13º Andar, Bairro Meireles, CEP- 60170-240, Fortaleza
Ceará

CONTATOS: (85) 986814508/ (85) 997731203

EMAIL: CAMILALB4@hotmail.com / teixeiraemotaadvogados@gmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF 2002005136021 SSP CE	
CNP 011.893.203-98 DATA NASCIMENTO 02/04/1985	
FILIAÇÃO JOSE MONTEIRO DA SILVA TEREZINHA INES DO NASCIMENTO SILVA	
PERMISSÃO 04976321001 ACC 28/09/2022 CAT. HAB. AB	
Nº REGISTRO 04976321001 VALIDADE 28/09/2022 1ª HABILITAÇÃO 01/07/2010	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Jose Vanderlei do Nascimento Silva</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO 05/10/2017	
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Igor Vasconcelos Ponte</i> 58798318404 CE161623328	
CEARÁ	

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de Fortaleza

RECEITA

Atestado / laudo médico.
Atento para os sintomas
de um que o sr. foi e anotação
do Nascimento sobre a portadora
de neoplasia invasiva de
traqueia em estágio avançado
o com data em 04/10/2017 que
remeteu me a notificação de
patologia e a qual apresenta
neoplasia colateral lateral.
Foi submetido a Ressecção
de massa em 28/11/2017 (2017)
com sucesso e a resposta e
Resposta do L.C.L. retina.
Em 28/11/2018 foi submetido
a novo procedimento cirúrgico
para retirada do material
do interior da retina, porém
com neoplasia disseminada

DATA:

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

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

TEL: (85) 313-17332 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br

20/12/18
Jose Facundo Neto
Traumatista - Ortopedista
CRM: 4364

CONTINUA na
 FOLHA 2



CONTINUAÇÃO.

RECEITA

Atuou da articulação
Ao exame físico - Posturas
dos membros e das
ao realiza-la da forma
passiva e ativa, cefálicas.
genuíneas e impedimento
para obter o joelho
em sua amplitude
máxima e de
continua. Há restrição
para decubitos e
extensão profunda.
So háto de xip. So háto
posterior e inferiormente
C10-S-82.1

DATA:

20/12/2019

José Facundo Neto

Traumato - Ortopedista

CRM: 4364

CRM-MÉDICO(A)

José Facundo Neto

Traumato - Ortopedista

CRM: 4364

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

SANTA CLARA

CONSULTAS / EXAMES AO ALCANCE DE TODOS

TUDO EM UM SÓ LUGAR

RECEITUÁRIO

laudo médico

O paciente José Vanderlei do Nascimento Silva foi vítima de fratura de plavato tibial há 11 meses. Foi submetido a procedimento cirúrgico. Realize fisioterapia motora. Vem evoluindo e quadro de artrose pós-traumática, se fazendo por limitação funcional em joelho (E) o que dificulta suas atividades profissionais. O fator de pericia do LSS.

08/09/18

Dr. Pedro Paulo Viana
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro
Artroscopia
CRM: 12038 / 1587 14412

Rua Dr. João Moreira, 343 E 379 - Centro (ao lado da Santa Casa) - Fortaleza - CE
Rua Senador Pompeu, 441 e 491 - Centro (ao lado da Santa Casa) - Fortaleza - CE

Fone: (85) 3022.2750



Clínica Médica Pe. Cícero

Rua Pe. Valdevino Nogueira, 2101 - Fones: 3334.1498 / 9.9986.3570
Centro - Cascavel - Ceará

Dr. Waltemar Matias de Souza

CREMEC 2125 CPF 046.984.953/34
CIRURGIA - GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

Paciente ~~gost~~ Vanderlei do
Nascimento Silva foi vítima
de queda de moto no dia 4 de
outubro de 2017, sendo hoje
portador de sequelas de fratura
de plavetto fibral, com
afundamento articular e sequelas
definitivas da articular
que acarretam limitações
boas permanentes.

CTD: 582.1

Data: 10/12/18

Dr. Roberto de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Joelho
CRM CE 7847 SBO 11308

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCABEL
 Av. Chanceler Edson Queiroz, 2650 - CEP: 62850-000 - Cascavel - Ceará
 C.N.P.J.: 07.589.369/0001-20 / C.G.F.: 06.920.253-2
 PABX: (85) 3334.2840 / 3334.2841
 Secretaria de Saúde - Fones: (85) 3334.2244

UNIDADE DE SAÚDE: Policlínica

PACIENTE: Jon Vanderlei Norberto Silva

RA: _____

Paciente chegou ao nter de Funis-
 tingia com diagnóstico de patena
 do platô da Tíbia, realize trata-
 mente duas vezes por semana (Anar-
 ta e xito) no turno manhã, o me-
 no recente de temperatura para
 dos continuidade do tratamento
 pois vive longe do local de
 atendimento, desde fora agradeço
 a atenção.

DENGUE

- ✓ Saiba que Dengue tem cura espontânea;
- ✓ Evite tomar AAS, Diclofenaco
- ✓ Beba bastante água
- ✓ Evite esforços físicos
- ✓ Elimine os focos da sua casa
- ✓ Procure o Hospital se surgirem sinais como:
 1. Dor na barriga que não passa;
 2. Vômitos frequentes em poucas horas
 3. Desmaios e suor frio com tonturas
 4. Muita sede que não passa
 5. Sangramentos do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas

CASCABEL, 30/01/18

Priscila Barbosa Ribeiro
 Fisioterapeuta
 CREFITO: 201143-F

ASSINATURA

DATA				
PA SENTADO				
PA DEITADO				
PROVA DO LAÇO				
TEMP. AXILAR				



PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCABEL
 Av. Chanceler Edson Queiroz, 2650 - CEP: 62850-000 - Cascavel - Ceará
 C.N.P.J.: 07.589.369/0001-20 / C.G.F.: 06.920.253-2
 PABX: (85) 3334.2840 / 3334.2841
 Secretaria de Saúde - Fones: (85) 3334.2244

UNIDADE DE SAÚDE: Políclinica

PACIENTE: Jon Vanderlei Rosimonte Silva

RA: _____

Pariente deu entrada nesta sala
 em 24/02/18 com diagnóstico clínico
 de fratura do platô da tíbia, rea-
 lize atendimento duas vezes por
 semana nesta unidade.

DENGUE

- ✓ Saiba que Dengue tem cura espontânea;
- ✓ Evite tomar AAS, Diclofenaco
- ✓ Beba bastante água
- ✓ Evite esforços físicos
- ✓ Elimine os focos da sua casa
- ✓ Procure o Hospital se surgirem sinais como:
 1. Dor na barriga que não passa;
 2. Vômitos frequentes em poucas horas
 3. Desmaios e suor frio com tonturas
 4. Muita sede que não passa
 5. Sangramentos do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas

Priscila Barbosa Ribeiro
 Fisioterapeuta
 CREFITO: 201413-F

CASCABEL, 07/02/18

ASSINATURA

DATA				
PA SENTADO				
PA DEITADO				
PROVA DO LAÇO				
TEMP AXILAR				



PREFEITURA MUNICIPAL DE CASCAVEL

Av. Chanceler Edson Queiroz, 2650 - CEP: 62850-000 - Cascavel - Ceará

C.N.P.J.: 07.589.369/0001-20 / C.G.F.: 06.920.253-2

PABX: (85) 3334.2840 / 3334.2841

Secretaria de Saúde - Fones: (85) 3334.2244

fls. 18

UNIDADE DE SAÚDE: Voluntária

PACIENTE: Jose Vanderlei Nascimento Silva

RA: _____

Paciente deu entrada neste setor em 24/01/18 com diagnóstico clínico de PO de fratura de platô da tíbia esquerda por consequência de acidente de moto com edema no Joelho e no tornozelo, manha claudicante com auxílio de muleta, dor na face medial e lateral do Joelho e na face anterior do tornozelo. Foi munular (Babado de Oxford): Grau (4) para flexão e extensão de Joelho, Grau (3) para flexão/plantar, dor flexão, inversão e eversão de tornozelo. Concomitante para flexão de Joelho de (80°). Realizou até hoje 41 atendimentos, onde houve redução do edema, gonho de face munular para Grau (5) de flexão e extensão de Joelho e Grau (4+) para mobilização do tornozelo, houve gonho de ADM para flexão de Joelho (100°), relato de ainda episódios de algia, o mesmo realizou consulta médica onde foi diagnosticado Gonartrose pós-trauma. Segue em atendimento e encaminhado para Hidroginástica como Terapias complementares.

DENGUE

Saiba que Dengue tem cura espontânea;

Evite tomar AAS, Diclofenaco

Beba bastante água

Evite esforços físicos

Elimine os focos da sua casa

Procure o Hospital se surgirem sinais como:

1. Dor na barriga que não passa;

2. Vômitos frequentes em poucas horas

Desmaios e suor frio com tonturas

4. Muita sede que não passa

5. Sangramentos do nariz, boca, vômitos, urina e/ou fezes pretas

CASCAVEL, ____/____/____

ASSINATURA

Priscila Barbosa Ribeiro
Fisioterapeuta
CREITO: 201412

DATA				
PA SENTADO				19.09.18
PA DEITADO				
PROVA DO LAÇO				
TEMP. AXILAR				



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000
Fortaleza-Ceará Telefone: (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) José Venâncio do

Peres Lima

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia ____/____/____ às ____:____hs.

Tendo como causa de socorro _____

Queda de

Necessita de (30) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: fratura do fêmur

Fortaleza-Ce, 18 de 10 de 2014

Dr. Adriano Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 4600

CRM - Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto N.º 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificativa de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180009179 **Vítima: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA**

Data do Acidente: 04/10/2017 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 00797/00798 - carta_02 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12422377

A/C: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Nº Sinistro: 3180009179
Vítima: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA
Data do Acidente: 04/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 000008256-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Sinistro: 3180009179

Vítima: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 04/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180009179** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12322970

Pag. 00725/00726 - carta_02 - INVALIDEZ



HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira



Prefeitura de
Fortaleza

RECEITA

Flancox 500mg
1 comp. po de 12 em 12 h.

FLANCOX 500mg — **01 Cx.**
Tomar 01 comprimido via oral
de 12/12h.

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

DATA

29/11/18

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secretdg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br



Clínica Médica Pe. Cícero

Rua Pe. Valdevino Nogueira, 2101 - Fones: 3334-1498 / 9986-3570
Centro - Cascavel -Ceará

Dr. Waltemar Matias de Souza.

CREMEC 2125 CPF 046.984.953/34
CIRURGIA - GINECOLOGIA - OBSTETRÍCIA

João Valdevino do N. Silva

*① Lixador DTP ——— 1x
Pena 18 us 12/122,
se der.*

Dr. Roberto de Carvalho
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM. CE 7847 SBOT 11308

Data: ____/____/____

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Receituário

Ortopedia e Traumatologia

Nome: José Vanderlei do Nascimento Silva

☐ Sulfato de Glucosamina.....1,5g
☐ Sulfato de Condrotina.....1,2g
 Vit. C.....45mg
 Manipule.....Sachês
 Tomar 1 sachê _____x ao dia

☒ Move complex.....30 cápsulas
 Tomar 1 cápsula 1x ao dia

por 6 meses

☒ Gel com piroxicam/DMSO.....60g
 Aplicar no local 2x ao dia.

☐ Citrato de Cálcio.....500mg
☐ Vitamina D3.....400UI
 Manipule.....cápsulas
 Tomar 1 cápsula _____x ao dia

☐ Aceclofenaco.....100mg
☐ Ciclobenzaprina.....5mg
☐ Cafeína.....60mg
 Manipule.....cápsulas
 Tomar 1 cápsula _____x ao dia

☐ Esomeprazol.....40mg
☐ Manipule.....cápsulas
 Tomar 1 cápsula _____x ao dia

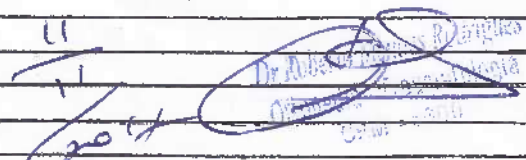
☐ Risedronato de Sódio.....500mg
☐ Manipule.....cápsulas
 Tomar 1 cápsula por semana

☐ Diosmina.....450mg
☐ Hisperidina.....50mg
 Tomar 1 cápsula de 12/12 horas

Dr. Roberto de Carvalho
 Ortopedia e Traumatologia
 Cirurgia do Joelho
 CRM/CE 7847 SBOT 11308

Data ____/____/____

Assinatura do Médico

 PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL IV H.D.Mª JOSÉ B. DE OLIVEIRA.			
RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE			
Nome: Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira			
Endereço: Av. General Ósorio de Paiva, 1127 Bairro: Parangaba			
Fone: 85 - 3131-7321 / 3131-7322 Cidade: Fortaleza UF: Ceará			
CNPJ: 07.835.044/0002-61			
Paciente:		<i>Jose Venâncio Venâncio Lb.</i>	
Endereço:		<i>Rua Comendador Jesus 245</i>	
Bairro:		<i>St. Luz 24</i> Telefone: _____	
Prescrição:		_____	
<i>Ciclo 5002 - 102</i>			
<i>1 em 12/12/10</i>			
			
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome completo: _____			
Identificação: _____			
Orgão emissor: _____			
Cidade: _____ UF: _____			
Telefone: _____		Assinatura do Farmacêutico	
		Data: ____/____/____	
1ª via da farmácia - 2ª via do paciente			



PREFEITURA DE
CASCADEL

Secretaria da Saúde

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
 CRM: _____ UF: _____ N° _____
 Endereço Completo e Telefone: _____
 Cidade: _____ UF: _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Dr. Jefferson Oliveira
Médico
CREMEC 18482

Paciente: Jose Vanderlei do Nascimento Silva

Endereço: Sítio Camuim, 11

Prescrição: Rx Use oral.

1/ Codem 30mg 24 ex

Depoite do 8184 de dor intenso

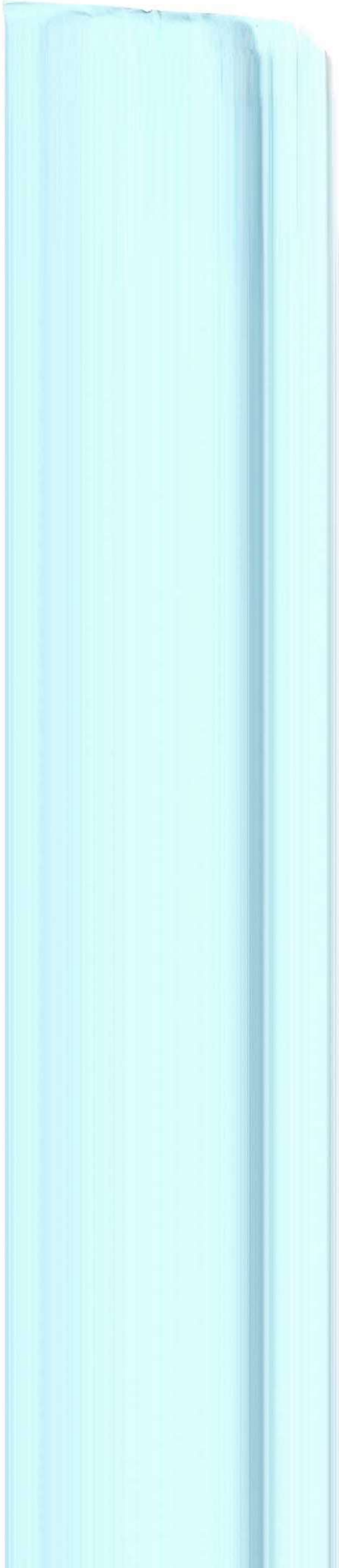
13/10/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
 End.: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____





RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810

Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente: Jon Anderson de N. Silva

Endereço: Av. Presidente Costa e Silva

Bairro: Messejana

Fone: _____

Prescrição: Comprimido 300mg

Dr. Fco. Márcio Salmo de Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CRM 4437

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: Jon Anderson de N. Silva

Identificação: 00000416352

Órgão Emissor: SP-0

Cidade: Fortaleza

UF: CE

Telefone: 085 3977 2270

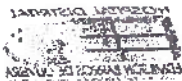
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECE

Assinatura do Farmacêutico

Data: ____/____/____

1ª via da Farmácia 2ª via do Paciente

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAMILA RODRIGUES TEIXEIRA LUCAS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 18/02/2019 às 18:45, sob o número 01116616620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111661-66.2019.8.06.0001 e código 445FE3C.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 33.051560



Fortaleza

fls. 30

RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Joni da Silva

PRF 100

01/04/2019

Uso exclusivo do HDEB - Messejana

Dr. Fco. Márcio Salgado de Almeida
Ortopedia - Traumatologista
CRM 4471

04/10/17

de 20



PREFEITURA DE
CASCAVEL

Secretaria da Saúde

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM: _____	UF: _____ N° _____
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____	UF: _____

1ª VIA FARMÁCIA

2ª VIA PACIENTE

Paula dos Santos
17390

Paciente: Jore Vanderlei do NascimentoEndereço: citio camunim 11, S/NPrescrição: 100 mg

1º) 50mg 50mg 024
7 dias

05/10/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.: _____	Org. Emissor: _____
End.: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: ____/____/____	

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOSÉ VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 5082501		Nº DO BE 233783	
CADSUS 706304791474970		NASCIMENTO 02/04/1985(32 ANOS)		SEXO M	
NOME MÃE TEREZINHA INES DO NASCIMENTO SILVA		HOME RESPONSÁVEL NI		RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO AVENIDA DOM MANUEL 0445 CENTRO		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO (85) 98540-3174		CEP NI			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE					
QUEIXA DOR EM JOELHO E ESCORIAÇÕES		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO ACIDENTE DE MOTO		ESCALA DE DOR 4 (ADULTO)	
SINTOMAS DOR		SINAIS VITAIS		GLICÊMIA NI	
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA		PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ROSILENE GOMES DE BRITO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 04/10/2017 15:13:20	
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA		ÁREA ATENDIMENTO			
ATENDIMENTO MÉDICO					
DIAGNÓSTICO + Escoriações e fratura					
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO					
MÉDICAMENTO					
OBSERVAÇÕES					
TIPO DE ALTA/SAÍDA					
ALTA/SAÍDA: () 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 rosilene gomes de brito em 04/10/2017 15:13:20

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 Penal.

[Assinatura]
Dr. Filipe Mariano Salmeida de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4411

[Assinatura]
Vanderlei do Nascimento
jose vanderlei do nascimento silva

CONFERE COM ORIGINAL
26/12/17

04.835.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Messejana - CEP: 60.864-810

Fortaleza

Ceará

DECLARAÇÃO DPVAT

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE:

João Vanderlei do Nascimento Silva

SOB REGISTRO DE PRONTUÁRIO Nº: 5288

CPF: 04.893.203-98

COMPARECEU À UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO (UPA), PARA
ATENDIMENTO MÉDICO NO DIA 04/10/2017 ÀS 10:40 HRS.

(Obs: É necessário a cópia do Prontuário Médico para a autenticação desta
declaração.)

EUSÉBIO - CE, 06 DE 10 DE 2017.

Anna Lucia Bessa da Silva

Administrativa
CPF: 140.610.234-20

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UPA EUSEBIO
Endereço: RUA IRMÃ AMBROSINA, 257, EUSEBIO, CEARA - CE, 61760000
Tel: 32605303
CNES: 6038883

Paciente JOSÉ VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA	BAE 6590	Data/Hora Entrada 04/10/2017 10:04:28	Data Baixa 2017-10-04 14:17:10.0
Data de nascimento 02/04/1985	Idade 32	Sexo Masculino	CNS
Mãe TEREZINHA INES DO NASCIMENTO			Telefone de Contato (85) 987531156
Endereço IRMÃ AMBROSINA, 81	Bairro CENTRO	Município EUSEBIO	UF CE
Acidente	Motivo	Profissional MAYRA SABOIA VASCONCELOS AGUIAR	Prontuário 5288
Data/Hora Classificação 04/10/2017 14:17:11		Data/Hora Prescrição 04/10/2017 14:17:12	Nº Cons. Regional 16956/CE

Anamnese

PACIENTE REFERE ACIDENTE AUTOMOBILISTICO MOTO-BICICLETA. O MESMO ERA CONDUTOR DA MOTO. APRESENTA ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DOR E EDEMA EM JOELHO ESQUERDO. O MESMO RELATA QUE CONSEGUIU LEVANTAR-SE DA VIA SOZINHO E FOI SOCORRIDO POR UM CARROCOM FUNCIONÁRIOS DA PREFEITURA QUE PASSAVA

Exame Físico

BEG, AAA, EUPNEICO, HIDRATADO, CONSCIENTE E ORIENTADO ACP: FISIOLÓGICA ABD: INOCENTE EXT: PPP, ESCORIAÇÕES POR MMSS E MMII, ALÉM DE DOR E EDEMA EM JOELHO ESQUERDO

Dados coletados anteriormente ☐ utilizar na impressão?

Seção	Informação	Valor
		04/10/2017 10:16:29
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 2	CLASSIFICACAO DE RISCOS	 ADULTO AMARELO
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 2	SINTOMAS E DORES	
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 2	ESCALA DE DOR	 DOR 4
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO 2	QUEIXA DO PACIENTE	Paciente vítima de colisão moto/bicicleta. apresentando escoriações e dor intensa em mie.

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário MAYRA SABOIA VASCONCELOS AGUIAR	Data e Hora 04/10/2017 14:17:10
Motivo de Alta ALTA DA UNIDADE	Observações

Dra. Mayra Saboia
Médica
CREMEP 10936

MAYRA SABOIA VASCONCELOS AGUIAR
(16956/CE)

UPA - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 26/10/17
Joaquim Bournengo

JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

MAYRA SABOIA VASCONCELOS AGUIAR	Observações
Motivo de Alta ALTA DA UNIDADE	

Mayra Saboia Vasconcelos Aguiar
MAYRA SABOIA VASCONCELOS AGUIAR
OAB/CE 16956

MAYRA SABOIA VASCONCELOS AGUIAR
(16956/CE)

Jose Vanderlei do Nascimento Silva
JOSÉ VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

UPA - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Data: 26 / 10 / 14
Jca Boumengo



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6515 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **26/12/2017 11:57:01**
Data / Hora da Ocorrência: **04/10/2017 14:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA FREI CIRILO**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO HOSPITAL DO CORACAO**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA**
Nascimento: **02/04/1985** CPF: **011.893.203-98**
RG: **2002005136021** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **TEREZINHA INES DO NASCIMENTO SILVA**
JOSE MONTEIRO DA SILVA
Endereço: **AVENIDA DOM MANOEL , 445 AP 107**
Bairro: **CENTRO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.060-091**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99194-4293**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQM3456** Uf: **CE** Município: **CASCADEL** Chassi:
9C2KC15209R101867 Renavam: **153158786** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA NQM-3456-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. FREI CIRILO; QUE UM CICLISTA AO TENTAR ATRAVESSAR A VIA EMPURRANDO A BICICLETA E SEM OBSERVAR O FLUXO DA VIA, FOI QUANDO PERCEBEU A APROXIMAÇÃO DA MOTO DA VITIMA, E JOGOU A BICICLETA PARA CIMA DA MOTO DA VITIMA, OCASIONANDO A COLISÃO; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE PASSAVA NO LOCAL SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. 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: *Jose Vanderlei do Nascimento Silva*

VISTO DO DELEGADO(A) :



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6515 / 2017

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





CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Jose Vanderlei do Nascimento Silva, esteve internado nesta unidade hospitalar no dia 18.10.17 a 11.11.17 sob registro de nº 313139, com diagnostico de fratura de platô tibial esquerdo, sendo realizado tratamento cirúrgico do mesmo. Paciente saiu de alta hospitalar.

No dia 28.11.18 paciente retornou a essa unidade hospitalar com o diagnóstico de material de síntese em joelho esquerdo, sendo realizado tratamento cirúrgico do mesmo. Em paciente saiu de Alta hospitalar.

Fortaleza, 04 de Janeiro de 2019

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



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

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA		PRONTUÁRIO 313139	Nº DO SPA 38070
CADUS 706304791474970	NASCIMENTO 02/04/1985(33 ANOS)	SEXO M	RACACOR PARDO
NOME MAE TEREZINHA INES DO NASCIMENTO		NOME RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO RUA COMENDADOR GARCIA 245, PARQUE SÃO JOSÉ		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO (85) 91944-293		CEP 60.730-235	
SINAIS VITAIS			
PESO	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	GLICEMIA
RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO MARIA EDVANEY DE OLIVEIRA MARIANO		DATA E HORARIO ACOLHIMENTO 28/11/2018 09:49	
ÁREA DE ATENDIMENTO MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA		NOME DO MÉDICO JOSE FACUNDO NETO (CRM: 4364)	
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE <i>Paciente apresenta dor no cintura para o lado esquerdo extremo, caminha o dia.</i>			
DIAGNÓSTICO <i>Matrizes de niterói peritônio</i>		COR. PROCEDIMENTO	
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO <i>Facundo</i>	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
TIPO DE ALTA/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORARIO DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA <i>Jose Facundo Neto</i>	

REGISTRO

Impresso por maria edvaney de oliveira mariano em 28/11/2018 às 09:49:01

Cadastrado por EDILENE BANDEIRA DO NASCIMENTO em 18/10/2017 07:23:31

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer no disposto no art. 299 do Código Penal.

Jose Facundo Neto
Traumato-Ortopedista
CRM: 4364

jose vanderlei do nascimento silva

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

Edilene Monteiro
Mat. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAMILA RODRIGUES TEIXEIRA LUCAS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 18/02/2019 às 18:45, sob o número 0111681662019060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0111681-66.2019.8.06.0001 e código 445FE3E.

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Name:

Jose Vanderlei de Lima Silva

Prontuario

Enferm.

Leito

Data internacão

Diagnóstico

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

DATA

EVOLUÇÃO

28/2 Intimado para comparecimento:
 " 1/2 Retirada de Rameiro

José Facundo Neto
Traumato - Ortopedista
CRM: 4364

HOSPITAL DISTRITAL MARCOS JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
RESOLUÇÃO CORIM COME RE COM ORIGINAL

Elmer Montell
Mar. 703

SABE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

Journal

NOTE

for the variable of maximum

LOAD:

END

LETO:

N.º PRONTUÁRIO:

11:		
16:		
20:		
06:		

HORARIO:					
P.A.:					
TEMP.:					
P / MIN.:					
M.V. / MIN.:					

[illegible]

Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO ACIDENTE JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 313139	Nº DO BE 179051
CADÚSUS 706304791474970	NASCIMENTO 02/04/1985(32 ANOS)	SEXO M	RACIA COR PARDO
NOME MÃE TEREZINHA INES DO NASCIMENTO	NOME RESPONSÁVEL NI		
ENDEREÇO RUA COMENDADOR GARCIA 245 PARQUE SÃO JOSÉ	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CONTATO 98.790 46.87. Valderi e 999-05 75 60 Edinildeia			
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA CONSULTA COM MAURO PARAIBA	MOTIVO AValiação TRAUMATOLÓGICA		
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)		
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NI	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AZUL	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 18/10/2017 08:06:56
ÁREA ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
Trauma em joelho (F) há ± 2 semanas.			
DIAGNÓSTICO Fratura de platô tibial	COD. PROCEDIMENTO	CID	
SADT SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO ☒ RAIO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
- Imobilização gessada			
- Internação p. 200 cirúrgico			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
ALTA/SAÍDA () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por ZÁLYA LIANDE CAVALCANTE DE DEUS em 18/10/2017 às 08:07:00

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.

Jose vanderlei do nascimento silva

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
APOSTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emmanuel Barbo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAMILA RODRIGUES TEIXEIRA LUCAS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 18/02/2019 às 18:45, sob o número 011116816620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01111681-66.2019.8.06.0001 e código 445FE3E.

[illegible]

COMPUTA:

1 - ALTA: ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ A REVELIA ☐ TRANSFERÊNCIA

☐ REMOVIDO PARA: _____ CITA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____

2 - OBSERVAÇÃO (ATÉ 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: ____/____/____ HORA: ____:____

3 - INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: ____/____/____ HORA: ____:____

ASS. CARIÓTIPO MÉDICO

4 - PARA ÓBITO ANTES DO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: ____/____/____ HORA ÓBITO: ____:____

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ LUL 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVD

ASS. CARIÓTIPO MÉDICO RESPONSÁVEL ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

AIR TO AIR COMBAT

ATTESTO QUE Cópia CONFERE COM ORIGINAL

Einzelquelle Montevideo
Abt. 753



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



AV. Celso de Figueiredo nº 1117 - Fortaleza - CEP 44.250-000
Fonofax: 085 3220-7320

708304791474970

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º de AIH:

2317103477579

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

José Vanderlei do N. Silva

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: COMENDADOR GARCIA Nº 245

BARRIO

PARQUE SÃO JOSÉ

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

02/04/1985

1. ☒ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

NOME DA MÃE

TEREZINHA INES DO NASCIMENTO

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

18/10/2017

Dr. João Francisco B. L. I. Morano
Diretor Médico
CRM 3631

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma em joelho @ há ± 2 semanas

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ESTE QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

RX

Emanuel Monteiro

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura plato tibial

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA
5. ☐ PSIQUIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA
4. ☐ TISIOPEUMOL
6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO cirúrgico de fratura plato tibial

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Dr. Manoel Patrício
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 8995



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Fortinha de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE SAME

Nome: José Vanderlei do Nascimento Silva

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
<u>313139</u>	<u>C</u>	<u>114</u>	<u>18/10/17</u>	

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

DATA	EVOLUÇÃO
<u>18/10/17</u>	HD: Fratura platô tibial BEG s / fixar em dor Segu internado de MMII CD: Internação p/ TCO cirúrgico
<u>18/10/17</u>	J.V.N.S. 32a, masculino, admitido nesta unidade com HD: Fr. Platô tibial (R), comente, ointado, diambolado com auxílio, ruço HAS, DI e alergia medicamentosa; acompanhado de familiares, segue arduo de internação.
<u>19/10/17</u>	# PRONTUÁRIO RATO TUBAL PRONTUÁRIO UNICOR
<u>19/10/17</u>	J.V.N.S., 32 anos, 2º DIA, com HD de Fratura de platô tibial esquerdo. Segue comente, ointado, validigando, mobilidade física prejudicada. Alívio, dor. Anterior (P.A. = 120 x 80 mmHg), sem ar conduto. Acitando dista quad. esquerda. Em quizes no momento. Examinado ao Rato 01, Rato 122.
<u>19/10/17</u>	Prontuário, 32a admitido nos pontos T, provavelmente de cirurgia. Segue com HD: Fratura de platô tibial (R). Acompanhado de familiares, ointado e respicioso. Exame em ar ambiente. Tubo de dilação efusado. Segue alívio, HAS e DI. Segue em ar ambiente. Segue físico e psiquiátrico. Segue em observação.

Dr. Marco Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 0092

Dr. Antonio V. Conceição
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 49984

Dr. Antonio V. Conceição
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 12444 TEST 14047

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ AMARAL DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Dr. Antonio V. Conceição
CRM-CE 12444

Dr. Antonio V. Conceição
CRM-CE 486027

Dr. Elinaldo de S. Freitas
ENFERMEIRO
COREN 306.548

Prontuário

DATA	EVOLUÇÃO
20/10/17	1113 Paciente com Hx de fratura do platô tibial e, estável, consuetude verbalizando eupneus, areta, pito, percebida, segue as condutas do enfermeiro <i>Reparez Enfa 11/17</i>
20.12.17	Fratura de platô tibial Estável Apun para
	Dr. Marcus Gadelha Ortopedia e Traumatologia Artroscopia e Cirurgia do Joelho CRM: 10184 TEOT 12042
21/10/17	Fratura de platô tibial Paciente evoluiu apun para evolução positiva pl. TUB
	HOSPITAL DISTRICTAL M. JOSÉ MARQUES DE OLIVEIRA ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL Dr. Marcus Gadelha Ortopedia e Traumatologia Artroscopia e Cirurgia do Joelho CRM: 10184 TEOT 12042 <i>Enfermeiro</i> MOL 763
21/10/17	17:45 renovado curativo sem necessidade de realizar, lesão cicatrizada, segue aguardando conduta médica Cicera Camargo Almeida ENFERMEIRA COREN-CE 419485

CRM - MÉDICO (A)

Nome: Jose Vanderley do Nascimento				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
313139	2	114	18/10/17	

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

DATA	EVOLUÇÃO
22/10/17	10 <i>besta nja</i> Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM - 4600
22/10/17	pac, 32 anos, consciente, orientado, cooperativo. Siga evoluções e exames. Assinatura: Maria de Santana COREN-CE 306109 - ENF
23/10/17	Paciente em tratamento cirúrgico. Daniel Azeiteiro Batista Médico Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 13633
23/10/17	32 anos, paciente, estavel com HD de Frio. Não verbalizando, supnovo, adulto. Orelha esquerda eliminando líquido nasal. Receber as cuidados de enfermagem. Plaque Belen-ES, 71589.
24/10/17	Jose, 32 anos, 10. Tra. 6.45. Paciente de alto risco. Paciente moderado. Receber terapêutica. HOSPITAL DISTRITAL MARCÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATÉ QUE Cópia CONFERE COM ORIGINAL Enfermeira: <i>[Assinatura]</i> Controlador: <i>[Assinatura]</i> Enfermeira: <i>[Assinatura]</i> COREN-CE 310534

DATA	EVOLUÇÃO
24/10/17	Prévia buona cinnara, em intencos
	Dr. Hildebrando Queiroz CRM 1379
25/10/17	Point e primo de plato khal Aguado dechente ungo
	Daniel Ayres Soares Batista Médico Ortopedia e Traumatologia CREMBO: 13633
25/10/17	M.V.N.S. 0,32 anos, 40. Fratura de pla- halto tibial e. Evolução excelente, dupetado, vestibulando, leproico, afi- bil, nomenclatura, nomenclatura segur por observação. Aquatando Liluzia
	Maria Rosalinda de Jesus ENFERMEIRA COREN-CE 13045
28/10	* Prática lino TIBEM Aguada unguia
	Dr. Antonio Luiz V. Gomes Ortopedia Traumatologia CRM 12444-TEO 14047
	HOSPITAL DISTITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
26/10/17	Psicoterapia Deacura nomenclatura, 32 anos. Evolução excelente, Acomodando nomenclatura espacia em an ambiente. Como psicoterapia lino unguia
	Fabíola M. Ramos FISIOTERAPEUTA CREFITO 454282 F

CRM - MÉDICO (A)

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

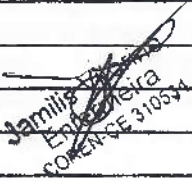
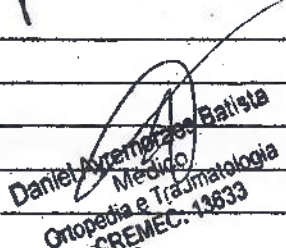
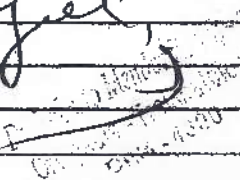
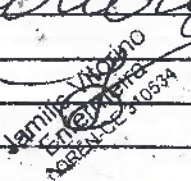
Nome:

José Vanderlei do Nascimento Silva

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Informação	Diagnóstico
313139	e	114	18/10/17	

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

DATA	EVOLUÇÃO
28.10.17	Paciente, 22a. HD: Fratura de platô tibial E. Evolu estável,
11.10	consciente, orientado e cooperativo. Exame de or auditivo Exame da visão preservada. Exame fisiológico preservado. Segue em cuidados de seguimento.
27/10	Revisão 1ª
97/10	15:40h. Exame: 10° USM por HIO: fratura planalto tibial E + tala MFE. uso Andador, reforçada com um atadura, nega comorbidades, evolui consciente, orientado, VHRs, exames em aq ambiente, aceita dieta VO ortodonta, sem bulões com auxílio, segue aos cuidados da enfermagem.
28/10/17	Fract. no Pomo do Tm Aguirre
29/10	Revisão 1ª

DATA	EVOLUÇÃO
21/10/17	Sex. 22 anos HD Fratura de 7:30. ploto tipo B. Evolu semo- dinamicamente moderado. Au- ta ploto aberta, seguitora plutico
30/10/17	Parad intra Aguardando cirurgia
	 Jamilis Vitorino Enfermeira COREN-CE 310534
	 Daniel Avramov Medico Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 13633
30/10/17	H.V.N.S. 0, 22 anos, 47: Fratura de ploto 10 Oficial B. Evolu consciente, orien- tado verbalmente, seguro, afeito, 17 normotermico, normoventilado, aceita a dieta oferecida. Segue em obser- vacao. Aguardando cirurgia
	 Maria Rosângela de Menezes ENFERMEIRA COREN-CE 33135
31/10/17	Acute yes
	 Jamilis Vitorino Enfermeira COREN-CE 310534
31/10/17	Sex. 22 anos HD Fratura 7:00. de ploto tipo B. Evolu hemodinamicamente modera- do. Segue dieta aberta depois terapeutico. Segue em observacao. Aguardando cirurgia
	 Jamilis Vitorino Enfermeira COREN-CE 310534

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL


Francisco Monteiro

Mat. 763

CRM - MÉDICO (A)

DATA	EVOLUÇÃO
	03/11/17 Fract. m. Perna Tm POT Insumos, Numa Cmp
	Dr. Marcus Gadelha Ortopedia e Traumatologia Artroscopia e Cirurgia da Mão CRM: 10134
03/11/17	J.V.N.S., 32 anos, com HD da Fratura de platô tibial esquerda. Evoluí com o paciente, orientando, avaliando, e a estabilidade física prejudicada. Afiliado, normotensa, em os antecedentes. Análise desta doença. Sem queixas no momento. Agendando procedimento cirúrgico. Segue em cuidados da equipe. Carla M. de A. Monteiro Enfermeira COREN-CE 408.027
04/11/17	Enfermidade Paulo César Barros Machado Médico Ortopedista CRM 4977
05/11/17	Enfermidade Paulo César Barros Machado Médico Ortopedista CRM 4977
05/11/17	Por 22 anos, HD. Fratura de 8,30 de platô tibial E. Evoluí, ferromaneamento mod. raso, sendo 2 de 2 - operada. Segue terapêutica. HOSPITAL DISTRICTAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA Atestado de cópia confere com original Enfermeira Enfermeira COREN-CE 10534

Enfermeira Monteiro

Mat. 763

CRM - MÉDICO (A)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDM/BO-Frotinha de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE

SAME

Nome: <u>João Zanderlei do Nascimento Silva</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
<u>313139</u>	<u>C</u>	<u>114</u>	<u>18/10/17</u>	

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

DATA	EVOLUÇÃO
06.11.17 11:45	Enfermagem J. Z. N. S., 32a., por HD: Fratura de platô tibial E. Evolui consciente, orientado, VNAB's, com mobilidade física prejudicada, eufórico em aa, tolerando dieta, A/AUP, eliminações espontâneas, mantendo tala MTE íntegra. Segue sob os cuidados da equipe —
06/11/17	Pront. Rumor "casos" para cirurgia
07/11/17	Sex. 22 anos. HD: Fratura de platô tibial E. Evolui com consciência, mobilidade. Segue com tala MTE, A/AUP, eliminações espontâneas, mantendo tala MTE íntegra.
08/11/17	Pront. Rumor "casos" para cirurgia, sem intenção

Grazielle Mara
Enfermeira
COREN-CE 187.113

Dr. Hilmar Queiroz
Osteopatia
CRM 1779

Jamilis Vitorino
Enfermeira
COREN-CE 310534

CP-12 DISTRIAL MA JOSE BATISTO DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuella Monteiro

-M-1 763

Dr. Hilmar Queiroz
Osteopatia
CRM 1779

Prontuário

DATA	EVOLUÇÃO
08/11/17	Primeira consulta com exames, sem exames. /
08/11/17	J.V.N.S. 32 anos, com dor: fratura de platô tibial evoluindo com muita dor, aguardando procedimentos cirúrgicos. Dr. Hidermar Quairoz Ortopedia CRM 1678
09/11/17	Tratado de plau. Após plau. Roselena ET COREN
09/11/17	José, 32 anos, com muita dor, aguardando procedimentos cirúrgicos. Dra. Cadelha Artic. Ortopedia Cirurgia do Joelho CRM 12342
10/11/17	Encaminhado ao E.C. Ortopedia, aguardando procedimentos cirúrgicos. Enferm. Maria de S. Santos COREN-CE 305109 - ENF
10/11/17	Encaminhado ao E.C. Ortopedia, aguardando procedimentos cirúrgicos. Enferm. Roselena M. de Menezes ENFERM. COREN-CE 305109

ATTESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuel Monteiro

Mat 763

CRM - MÉDICO (A)

José Vanderlei do Nascimento Silva

Diagnóstico

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

EVOLUÇÃO

Paciente realizou tratamento cirúrgico sem inter
10 min

Daniel Ayres Mendes Batista
Médico
Ortopedia e Traumatologia
GREMEC: 13633

CPM - 4600

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

Enrique Le Monteiros

Prothèse :

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

18/10

NOME: João Mandu do N. Silva

IDADE: 32

ENF.: 1

LEITO: 122

Nº PRONTUÁRIO: 144444

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
18:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS	
VÁRIO:	03:00
P.A.:	80x60
TEMP.:	36,3°C
P.M.:	
M.V./MIN.:	

BATIDA	PRESCRIÇÃO MÉDICA ASSINATURA	HISTÓRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	ENFERMAGEM	RUBRICA
18	1. Dieta geral	SN	Paciente consciente	
19	2. Paracetamol 500 mg 10 a 6/6h	SN	paciente verbaliza	
20	3. Paracetamol 20 mg 10 a 6/6h	SN	paciente verbaliza	
21	4. Insulina 3500 UI/dia	SN	paciente verbaliza	
22	5. S/W + CCGG	SN	paciente verbaliza	
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				

Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Unidade de Parangaba

Enfermeiro Manoel do
Nascimento

Carla Vionde Mendes
Doc. de Enfermagem
COREN 5369320

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: José Vanderlei do Nascimento Silva

Prontuario N°: 313139

Enfermaria: 0 0 Leito: 114

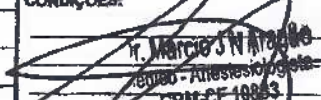
Data:	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
10/11/17.						
Tipo Sanguíneo:	Hernias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					
Ap. Respiratório:				Asma:	Bronquite:	
Ap. Circulatório:				Eletrocardiograma:		
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoco:	Ap. Urinário:		
Estado Mental:		Atarácicos:	Corticóides:	Alergia:	Hipotensores:	
Diagnóstico Pré-operatório:				Estado Físico:	Risco:	
Orientado.				ruiz	ASA II	
Fract. Plató tibial.						

Anestesias Anteriores:

Medicamento: 130	Pré-anestésica: 11/15	Aplicadas às: -	Efeito: -
------------------	-----------------------	-----------------	-----------

Agentes Antestáticos	Líquido		INDUÇÃO
			Deflet: _____ Excl: _____ Toss: _____ Ledingo expasao: _____ Lenda: _____ Núcleo: _____ Vênio: _____ Outros: _____
			MANUTENÇÃO

[illegible]

medicamentos e anotações	• Afegoline 2g / Dexam 10g / Euphonia 2g / Rantidolina 50g		Referência na S.O. _____
posição	DDH.		Obstr: _____ C02: _____ Exct: _____
Agentes:	① Bupiv + Glicone 15g / ② Morfina 100mg / ③ Midazolam 5g / Ketorolac		Náusea: _____ Vômitos: _____
Técnica:	Refúgio	Canúlas:	Outros: _____
Operação:	Tup. cirúrgica q/c Enst. Tabela + Sinais. Higienizar Agulha		Com cânula: _____ Para o letor: ☐ sim ☒ não
Cirurgiões:	Edelmar / Daniel		CONDIÇÕES: _____
Anestesistas:	Marcos Araújo.	30727138	 Dr. Marcos S. N. Araújo Médico - Anestesiologista CRM-CE 19853
Observações:		30726182.	
			Perda Sanguínea: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DEPT. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PRATÉRIA DE PARANGARÁ
AV. Cidade do Pôrto nº 1827 - Parangarás - CEP 01.720-000 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3421-7913 - Fax: 3531-7919

FOLHA DE ANESTESIA

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	5/11/10
ÁGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANTIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
GETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLÓRETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA				
DESLANDOSIDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
DIPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
IPSILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAM 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAM 15MG	AMPOLA				
NALOXONA	AMPOLA				

ANESTESISTA-CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FRENTEIRA DE PARAMARA
Av. Odeão de Paula nº 1127 - Paramara - CEP 60.728-000 Fortaleza-Ce
Telefones (85) 3191-7821 - Fax 3131-1325

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: José Vanderlei do Nascimento Silva

Prontuário Nº.: 3131 29

Enfermaria: 0 C Leito: 11 C

Data:	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
10/11/17.						
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
	Urina:					

Ap. Respiratório:	Asma:	Bronquite:
-------------------	-------	------------

Ap. Circulatório:	—	Eletrcardiograma:
-------------------	---	-------------------

Ap. Digestivo:	Dentes:	Pescoco:	Ap. Urinário:
----------------	---------	----------	---------------

Estado Mental:	Atarácicos:	Corticóides:	Alergia:	Hipotensores:
Presentado	—	—	—	—

Diagnóstico Pré-operatório: <i>Fract. distal tibial.</i>	Estado Físico: <i>---</i>	Risco: <i>ASA II</i>
--	---------------------------	----------------------

Anestésias Anteriores:

Medicamento: Pre-anestésica:	11:15	Aplicadas às: -	Efeito: -
-------------------------------------	--------------	------------------------	------------------

Ag
Annot

557

Laundry equipment: _____ Lenta: _____

Liquid SF RPA

500

MANUTENÇÃO

Set O_2 100 100 100 100 100 ✓

140

220 (B) Manufacture of other products

250

185

16) $P_{\text{total}} \rightarrow P_{\text{process}} + P_{\text{Antenna}}$, Com

100

[Handwritten notes on graph paper:]

Curve number 23164, grade 0.00
1 ft d.

$\checkmark \checkmark \checkmark \checkmark \checkmark \checkmark \checkmark$ LOK clear & Normal turn, suffices so

Estado actual de la zona

[Handwritten notes and signatures are visible at the bottom of the page.]

69

40

[illegible]

20

[illegible]

E ANOTACIÖES	Epazote 1g / Sta 107 / Epizone 1g / Romelidina 507	Experiencia em anos:
		Onde: _____ DOZ: _____ Excl: _____

Роспись _____

№ _____

Итого: _____

Сумма: _____

Всего: _____

Подпись: _____

Дата: _____

gents: (1) Bright yellow (5 y) (2) Morphin 100mg (3) Medazolam 5 y Ketorolac

Operação: ☒ Sim ☐ Não

Condicion: *Condicion: 1.000*

Anestesistas: Miguel Ángel 30727138 H. García J. N. García

Observações: 30726182 CRM-CE-10003

Perda Sanguinea: ☒

Paciente: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA
Data da Operação: 10/11/17 Enfermaria: POSTO 1 Leito: 114

Operador: <u>Dr. Daniel Batista</u>	1º Auxiliar: <u>Dr. Hildemar</u>
2º Auxiliar:	3º Auxiliar:
Instrumentador:	Anestesista: <u>D. Moura</u>

Tipo de Anestesia: RAQUIANESTESIA

Diagnóstico Pré-operatório:
FRATURA DE PLATO TIBIAL A ESQUERDA

Tipo de Operação:
FRATURA DE TIBIA (TTO UNILAT) + LESÃO LIGAMENTAR AGUDA (TTO UNILAT)

Diagnóstico Pós-operatório:
MESMO

Relatório Imediato Patologista:
NÃO

Exame Radiológico no ato: NÃO

Acidente durante a operação: NÃO

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- L Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras
- ① Paciente em DDH sob requisição
 - ② Anestesia e Antiespasmódicos
 - ③ Colocação de campos estéril
 - ④ Via de acesso lateral sobre o platô lateral da tibia
 - ⑤ Redução de fratura com auxílio de osteotomia
 - ⑥ Fixação de fratura com parafusos espessados / parafusos
 - ⑦ Reparo ligamentar do ligamento colateral lateral do joelho
 - ⑧ Sutura no plano de capsula articular, subcutâneo e pele
 - ⑨ Curativos
 - ⑩ Tolo tudo

[Assinatura]
Daniel Ayres de Almeida
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 12653

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

[Assinatura]
Emanuel Monteiro
M. 23









Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Aos Cuidados de: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Nº Sinistro: 3180009179

JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 04/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3180009179**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13909374





Rio de Janeiro, 03 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Nº Sinistro: 3180009179

Vitima: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Data do Acidente: 04/10/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180009179**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12185248



Rio de Janeiro, 23 de Fevereiro de 2018

Carta nº: 12422377

A/C: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Nº Sinistro: 3180009179
Vítima: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA
Data do Acidente: 04/10/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: VERIDIANA SILVA DE OLIVEIRA BERNARDO

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: JOSE VANDERLEI DO NASCIMENTO SILVA

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000001958

Conta: 000008256-6

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =	R\$	2.362,50
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

