

MARCIO DOS ANJOS
Advogados Associados

Assessoria Jurídica

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: ROSIANE FELIX SOARES

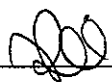
RG: 2007010162672 SSP/CE CPF: 044.621.983.52

Endereço: AV. CEL. CAVALHO 1313 C-S E
TEL: 984114689 - 988201743

OUTORGADO: **MARCIO RIBEIRO DOS ANJOS**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 21.145A e inscrito no CPF (MF) sob o n.º 080.405.187-92 e **MARIANA ARAUJO MENDES**, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/CE 23.535 e no CPF sob o n.º 015.845.423-57, ambos com escritório na Rua Pereira Filgueiras, n.º 1931, Sala 301, Meireles, Fortaleza/CE, telefones: (85) 30323665, 99252414, 88994406.

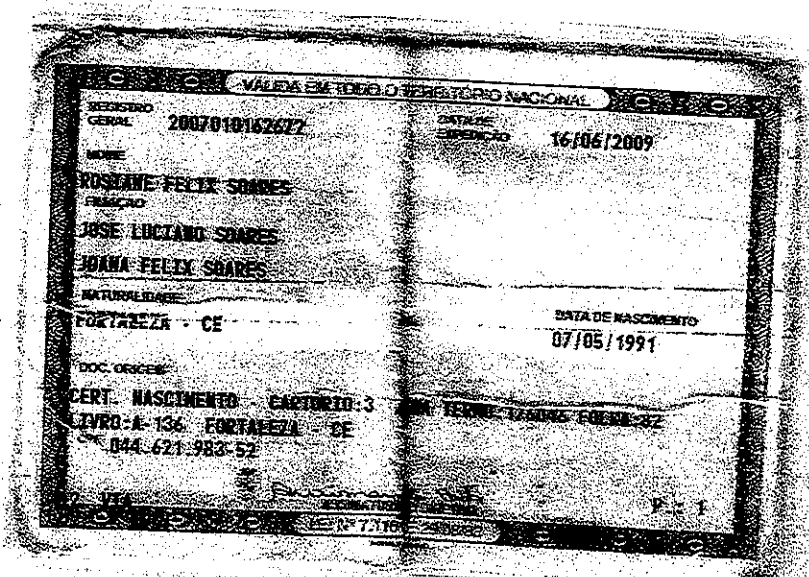
A quem confere os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*" para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentando ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas; podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber valores, endossar, dando tudo por bom e valioso, com fim específico para AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARA OU REPRESENTAR JUNTO À OAB/CE.

Fortaleza, CE 15 de ABRIL de 2019.


(Assinatura)
Rosiane Félix Soares

Rua Pereira Filgueiras, 1931
Sala 301
Meireles, Fortaleza/Ce

fone: (85) 30323665
(85) 88994406



7926275

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdivino, 160
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO E1 SÉRIE B-4 | Nº 559226241

Rota 16 01150 68 108200 - 4 Data de Emissão 23/01/2019

Nome JOSE LUCIANO SOARES

End. Postal AV CEL CARVALHO 01313 CS-E JARDIM IRACEMA - FORTALEZA - 60341641

Medidor 13607923 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 118341453-68 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2019	23/01/2019	21/02/2019

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta 100%
Mês Nov/2018
DICI = 12,22 P - 4,76 A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
94,98	27,00%	25,64

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
8285.D260.1E5A.4D49.7497.FA79.CE4A.4AD3

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const. Cons.	Consumo (kWh)	Cons. Incl. de	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
10492	10461	1,00	131	0,00	131	0,72584	94,98

VALOR CONSUMO DO MÊS

MULTA MORATORIA REF 12/2018 1,83

JUROS DO MÊS 0,15

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 9,50

INDENIZACAO MENSAL DICRI -3,25

VENCIMENTO 01/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 103,21

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Transmissão	27,96
Distribuição	28,10
Encargos Setoriais	5,39
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)...	30,46
TOTAL	94,98

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
125	131
131	133
133	141
141	112
112	124
124	147
147	152
152	128
128	77
77	96
96	128
128	139

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal!

0800.0221204 - SINISTRO

3190 177187

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ROSIANE FÉLIX SOARES,
 portador(a) da Identidade nº 2007010162672 e inscrita no C.P.F sob o nº
044 621 983 52. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
CEL. CAVALHO, 1313 C-S E
 _____, (Complemento) C-S E (Bairro)
JARDIM TRACEMA (Cidade) FORTALEZA (Estado)
 _____, CEP 60341 641. Declaro que as informações acima descritas são
 verdadeiras.

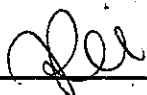
Fortaleza/CE 15 de ABRIL de 20 19.



 Assinatura
Rosiane Félix Soares

DECLARAÇÃO DE POBREZANOME: *ROSIANE FÉLIX SOARES*CPF: *044.621.983.52*ESTADO CIVIL: *SOLTEIRA*PROFISSÃO: *CONSULTORA*

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, por força do artigo 5º, inciso LXXIV, da CRFB, e do artigo 4º da Lei 1060/50, com a redação dada pela lei nº 7510/86, indicando para o patrocínio de minha causa os advogados em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/CE, 15 de ABRIL de 2019.

(Assinatura)*Rosiane Félix Soares*

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>ROSIANE FELIX SOARES</u>		
Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	Estado Civil: <u>SOLTEIRA</u>	
Profissão: <u>CONSULTOR</u>	CPF: <u>044 621 983 52</u>	
Identidade: <u>2007010162672</u>	Órgão Expedidor: <u>SSP-CE</u>	Data de Expedição: <u>16.06.09</u>
Endereço: <u>CEL-CIUALH</u>		Nº: <u>1313</u>
Complemento: <u>E-S E</u>	Bairro: <u>JARDIM TRACEMIA</u>	
Município: <u>FORTALEZA</u>	CEP: <u>60341 641</u>	UF: <u>CE</u>

Com a edição da **INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008, DE 25 DE JULHO DE 2008**, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO**, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) **DECLARO(A)**, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL**.

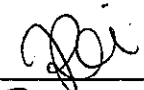
Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza, 15 de ABRIL de 2019.

x 

 Rosiane Felix Soares Assinatura

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.
 Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

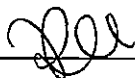
João Figueiredo
 Ibrahim Arbi-Ackel
 Hélio Beltrão

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o(a) Sr.(a) ROSILANE FELIX SOARES

DECLARA para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o **DR. MARCIO RIBEIRO DOS ANJOS, OAB/CE Nº 21.145A**, bem como a **DRA. MARIANA ARAÚJO MENDES, OAB/CE 23.535**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 15 de ABRIL 2019.



DECLARANTE

Rosilane Felix Soares

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL



Impresso nº 2019125918

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 420 / 2019**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **21/02/2019 10:11:22**Data / Hora da Ocorrência: **25/09/2017 21:00:00**Endereço da Ocorrência: **RUA PEDRO BATISTA**Complemento: **PAJUÇARA**Bairro: **PAJUÇARA**Município: **MARACANAÚ/CE**Ponto de Referência: **MERCADINHO SÃO JOSE****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **ROSIANE FELIX SOARES**Nascimento: **07/05/1991** CPF: **044.621.983-52**RG: **2007010162672** Orgão Emissor: **SSPDC**

UF:

Filiação: **JOANA FELIX SOARES****JOSE LUCIANO SOARES**Endereço: **AVENIDA CEL. CARVALHO, 1313 RESID. CRISTO REI - E**Bairro: **JARDIM IRACEMA**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98820-1743****Histórico**

INFORMA A VÍTIMA QUE NA DATA HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUANDO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO HONDA/CG 125 FAN ES, DE COR PRETA, ANO 2009, CHASSI: 9C2JC41209R048047, DE PLACA: NRE2844-CE/MARACANAÚ, DE PROPRIEDADE DE MAILTON DA CRUZ SILVA E PILOTADA PELO MESMO, QUANDO IAM NA VIA PREFERENCIAL UM VEÍCULO TIPO SAVEIRO DE COR VERMELHA DE PLACAS: OSR8018-CE/FORTALEZA, VINHA EM ALTA VELOCIDADE AVANÇOU A PREFERENCIAL CAUSANDO O ACIDENTE, QUANDO AS VÍTIMAS CAIRAM AO SOLO. A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU QUE AO CHEGAR FOI ENCAMINHA AO IJF CENTRO DE FORTALEZA, SENDO ATENDIDA COM TRAUMA SANGRANTE EM TORNOZELO DIREITO. E MAIS NÃO DISSE.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 28. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *F. P. Souza***"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Rosiane Felix Soares*VISTO DO DELEGADO(A): *[Assinatura]***DANIEL FERREIRA COELHO - MAT.: 30123611**

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 25/09/2017 22:51:35	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 703007856604173	NOME: ROSIANE FELIX SOARES			Registro: 5529719	
CPF: 04462196352	RG: 20070101626	D. NASC: 07/05/1991	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR:
NOME DA MÃE: JOANA FELIX SOARES			NOME DO PAI: JOSE LUCIANO SOARES		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: EDGARD AUGUSTO TEIXEIRA		Nº: 1580	BAIRRO: BOA ESPERANÇA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 994043538	MUNICÍPIO: MARACANAÚ	UF: CE	CEP: 61935150	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SUZANIRA /SAMU USB 40 COND. ALEXANDRO		PARENTESCO: TIA		TELEFONE: 994043538	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: Vítima de colisão moto x carro com trauma sangrante em tomazelo D. Nega perda da consciência. Orientada.					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Atendimento: 213629
Paciente.....: ROSIANE FELIX SOARES
Solicitante....: Dr.(a) JOAO RICARDO ANDRADE
Data.....: 29/11/2017
Exame.....: 320671 US ARTICULAR QUADRIL (DIREITO)
Convênio.....: GAMEC

ULTRASSONOGRRAFIA DA QUADRIL DIREITO

Aumento intrassubstancial da ecogenicidade das fibras do ventre oblíquo ao nível do terço proximal do músculo adutor magno, sem evidências de solução de continuidade, sugestivo de estiramento muscular.

Demais ventres musculares de morfologias e trofismos conservados.

Transições miotendíneas sem alterações.

Fáscias musculares de contornos regulares.

Ausência de nódulos, cistos, líquido livre ou coleções.

Superfícies ósseas de contornos regulares.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- Achados sugestivos de estiramento muscular sem sinais evidentes de ruptura, ao nível do terço proximal da coxa em topografia do ventre oblíquo do músculo adutor magno.

Dr(a). THIAGO MONT ALVERNE ARCANJO
Médico(a) Radiologista
CRM - 12958



Ortopedia

Atestado - Serviço de Traumatologia-

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	ROSIANE FELIX SOARES		
LEITO:	11937		
DATA DE INTERNACAO:	25 09 2017	DATA DA ALTA:	//
BE/PRONT:	5529719	CIDADE DE ORIGEM:	MARACANAU
IDADE:	26		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Dr. Angelo Luz Cirurgia do Joelho CRM 5256		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____
Ass:		
Data:	Dispensa do trabalho por :	
Imprimir	30 (Trinta) dias	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

Paciente : Rosiane Felix Soares

Prontuário : 392097

Atendimento: 1.328.250

Data Exame: 17/10/2017

Solicitante: Marcus Henrique Bezerra

Sexo: F

Convênio: GAMEC

Idade: 26a 5m 12d

Prescrição: 1655467

RX COLUNA LOMBO-SACRA AP/P

LAUDO:

Escoliose lombar.

Rotação dos corpos vertebrais lombares.

Nº.INC.....[02]

RX BACIA

LAUDO:

Estruturas ósseas de densidade radiográfica normal.

Ausência de sinais de fratura.

Partes moles sem alterações.

Nº.INC.....[01]

RX TORNOZELO DIREITO AP/P

LAUDO:

Fratura do 1/3 inferior da fibula.

Fratura do maleolo medial.

Nº.INC.....[02]

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



NOME DO PACIENTE:

Ricardo André

CREDENCIAMENTO:

ENF./APTO.:

LEITO:

6032

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

24/10/17 Fisioterapia (m) 09:00

Paciente verbal acordada, consciente e orientada, sentada na cama de Pelele, mobilizada na tórax, eufórica em o.a. e de humor, R.O. de termologia e cooperativa no atendimento. Realizada fisioterapia manual e 18. pinária

Dra. Viviane da Cunha Matos
Fisioterapeuta
CREFITO 176233-F

24/10/17 Fisioterapia T (17:20)
Pte. reg. acordada, eufórica, simpática, em o.a.
SPASIA
Coluna em tornozelos D
Bloqueio articular tornozelo
Realizada fisioterapia
respiratória e motor.

Lavinia Nara de S. Almeida
Fisioterapeuta
CREFITO - 14882

27/10/17 Dr. Ricardo André
d. n. p. x

UNICLINIC
CONFERE COM O
OFICINA

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3244
CPF: 423.968.406-03

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

25/10/17 # Pacien da Estomatologia
 Pac evolui com uniao em traq dorsal inferior da
 unna D, sem acidente automobilistico com uniao de
 uma area, submetida a WC segue um processo
 de cicatrizacao por 2 unioes. Durante o periodo im-
 provisado, disanta, covidade, resto uniao e 12 kcal de
 alimentacao, sem disanta e uniao adinda, unioes
 de uniao unioes em unioes unioes
 de unioes unioes e Biotam (Ag 12045) troca de
 cada 72h.

Fernanda Lopes
 Enfermeira Estomatologista
 COREN 233859

25/10/17 Fisioterapia (m) 10:50

Paciente evolui acordada, consciente e
 orientada, em repouso no leito, alívio
 do tórax, supinica em a.a, acionética
 edema e bloqueio articular em tornozelo D,
 cooperativa ao atendimento.
 Realizade fisioterapia motora e respiratória

Dra. Viviane da Cunha Matos
 Fisioterapeuta
 CREFITO 176233 F

25/10/17

Fisioterapia

17:00

Paciente evolui acordada,
 alívio do tórax acionética,
 cooperativa ao atendimento,
 em repouso no leito
 em a.a, supinica. Apresenta
 bloqueio articular do
 tornozelo D. Realizade
 fisioterapia motora
 e respiratória

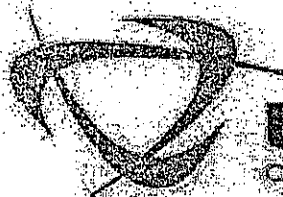
Dra. Luciana Pamela C. Silveira
 Fisioterapeuta
 CREFITO 17385 F

Dr. Victor Monte Tenório
 Cirurgião de Cabeça e Pescoço
 CRM CE 11967 TEOT 13604

GAM66

PROVISSORIO

1328306


uniclinic
 o hospital da sua vida

Solv 06121117

 Av: Aguanambi N°332
 Bairro: Fátima
 CEP: 60055402
 Tel: 3311-6000

REQUERIMENTO DE PRONTUÁRIO

Cod. 09

QUALIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME

ROSIANE FELIX SOARES

CPF

04462198352

RG

2007010162672

IDADE

26 anos

E.CIVIL

SOLTEIRO

SEXO

F

ENDEREÇO

AV. CORDONEL CARVALHO 1313

FONE

98411-4689

BAIRRO

JARDIM IRAC

DATA DE NASC.

07/05/91

CIDADE

FORTALEZA

CEP

60341 641

UF

CEARA

NATURALIDADE

FORTALEZA

PAI

JOSE LUCIANO SOARES

MÃE

DANA FELIX SOARES

MÉDICO RESPONSÁVEL

DRA. RICARDO ANDRADE

CRM

52441

DATA INTERNAÇÃO

17/10/17

QUALIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME

RG

CPF

PROFISSÃO

PARENTESCO

FONE

ENDEREÇO

BAIRRO

CIDADE

CEP

UF

O responsável supra qualificado vem requerer cópia do Prontuário do PACIENTE acima descrito, para informações médicas existentes no Prontuário.

Por ser expressão da vontade. Firmo a presente.

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Fortaleza (Ce), 06 DE NOVOBR DE 2017.

 ROSIANE FELIX SOARES
 PACIENTE OU RESPONSÁVEL (Nome legível)

 REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS DA 3ª ZONA - ESTADO DO CEARÁ
 (13085677640086) 1
 ROSIANE FELIX SOARES
 Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de:
 que confere c/ o padrão reg. nesta serventia. Dou fé.
 FORTALEZA, 6 de novembro de 2017 (14:41:06). Em testemunho da verdade.
 TANIA MARIA AGOSTINHO DA SILVA (Escravente)
 Total: R\$ 4,00. FUNCEJERUSA



FICHA DE ATENDIMENTO
INTERNAÇÃO/PQA

Atendimento: 1.328.306
Nº Prontuário: 392.097
Dt Internação: 17/10/2017 20:20

Nome: Rosiane Felix Soares

Titular do Conv: Rosiane Felix Soares

Estado Civil: Solteiro

Nome Pai: Jose Luciano Soares

Nascimento: 07/05/1991

Endereço: Coronel Carvalho, 1313 Barra do Ceará

Bairro: Barra do Ceará

Naturalidade:

Conjuge:

Nome Mãe: Joana Felix Soares

Idade: 26 Anos

Cidade: Fortaleza

Religiao:

Cid:

Sexo: Feminino

CPF: 04462198352

Identidade: 2007010162672

Telefone: (85) 984114689

Dt Entrada: 17/10/2017

Dt Alta:

Acomodação:

Enfermaria:

Unidade:

501-1

Plano de Saúde:

Nome:

GAMEC

GIH:

Autorização:

Empresa:

Cód.Usuário:

05641500011010

Responsáveis:

Nome: Mailton

Endereço: Coronel Carvalho, 1313 Barra do Ceará

RG:

CPF: 04462198352

Nome:

Endereço:

RG:

CPF:

Parentesco:

Telefone 2:

Telefone 3:

Telefone 4: 987397156

Parentesco:

Telefone:

Celular:

Tel Trabalho:

Queixa Principal: FRATURÁ /LUXACAO TORNOZELO DTO

HDA:

Diagnóstico Provável:

Diagnóstico Definitivo:

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Médico Responsável

TERMO DE RESPONSABILIDADE E CONHECIMENTO

O paciente (ou responsável), Sr(a) Rosiane Felix Soares, CPF nº 04462198352, aqui declarado, internado neste nosocômio, assumo, mediante este termo a responsabilidade pelo pagamento de procedimentos efetuados, medicamentos, materiais e alimentação especializada, que venham se fazer necessário durante o período de internação, desde que estes não sejam cobertos por meu plano de saúde, assim como tenho conhecimento que o Hospital Uniclinic não se responsabiliza por valores (dinheiro, celular, jóias, etc) deixados em quaisquer dependências interna/externa. Não implicando em qualquer compromisso, por parte da instituição, com danos/furtos causados durante a permanência no mesmo.

Responsável pelo Atendimento

Yasmim Mayara Alves Fonteles



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-º Guia no Prestador

1-Registro ANS 34759-1		3-Número da Guia Atribuído pela Operadora 37987624		
4-Data da Autorização 19/10/2017		5-Senha 37987624		
		6-Data Validade da Senha 18/11/2017		
Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 0564.15.00011.01-0		8-Validade da Carteira		
		9-Atendimento de RN N		
10-Nome ROSIA NE FELIX SOARES		11-Cartão Nacional de Saúde 703007856604173		
Dados do Contratado Solicitante				
12-Código na Operadora 05867015000175		13-Nome do Contratado		
14-Nome do Profissional Solicitante HOSPITAL UNICLINIC		15-Conselho Profissional		
		16-Número no Conselho		
		17-UF		
		18-Código CBO 06150		
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19-Código na Operadora / CNPJ 05867015000175		20-Nome do Prestador HOSPITAL UNICLINIC		
21-Data Sugerida para Internação				
22-Caráter do Atendimento 2 - Emergencial		23-Tipo de Internação 2 - CIRURGIC		
24-Regime de Internação 1 - HOSPITALAR		25-Qtda. Diárias Solicitadas 1		
26-Previsão de uso de OPME S		27-Previsão de uso de Quimioterapia N		
28-Indicação Clínicas				
29-CID 10 Principal (Opcional)		30-CID 10 (2) (Opcional)		
		31-CID 10 (3) (Opcional)		
		32-CID 10 (4) (Opcional)		
33-Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)				
Procedimentos Solicitados				
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Qtda. Solicit	38-Qtda. Aut
1	16	30728126	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO C	1
2	16	30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAME	1
3	16	30732026	ENXERTO OSSEO	1
4	16	30101522	EXTENSOS FERIMENTOS. CICATRIZES OU TUMORES - EXCISAO E RETAL	1
5	16	30710022	FIOS. PINOS. PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS	1
6	18	60000090	DIARIA COMPACTA DE ENFERMARIA DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVA	1
Dados da Autorização				
39-Data Provável da Admissão Hospitalar		40-Qtda. Diárias Autorizadas		
1 / 1 / 1		1		
41-Tipo da Acomodação Autorizada		1 - ENFERMARIA		
42-Código na Operadora / CNPJ autorizado 05867015000175		43-Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL UNICLINIC		
		44-Código CNES 3047091		
45-Observação / Justificativa FONE: 3311.6000 FAX 3252-4411 / GUIA EXTERNA: / OBS: Fratura exposta Favorável ao uso de OPME R\$ 3.325,68 com pagamento direto ao fornecedor (Ceara Med) conforme acordo. / OPERADOR: LUCIANALIMA				
 UNICLINIC CONFERE COM O ORIGINAL				
46-Data da Solicitação		47-Assinatura do Profissional Solicitante		
1 / 1 / 1				
48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável		49-Assinatura do Responsável pela Autorização		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 28/05/2019 às 18:15, sob o número 01370254920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0137025-49.2019.8.06.0001 e código 499D1E7.



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2 -

1 - Registro ANS 34759-1	3 - Data da Autorização []/[]/[]	4 - Senha []/[]/[]	5 - Data de Validade da Senha []/[]/[]	6 - Data de Emissão da Guia []/[]/[]
DADOS DO BENEFICIÁRIO				
7 - Número da Carteira 05641500011010	8 - Plano GAMEC	9 - Validade da Carteira []/[]/[]		
10 - Nome Rosanna Felix Soares		11 - Número do Cartão Nacional de Saúde []/[]/[]		
DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE				
12 - Código na Operadora / CNPJ / CPF 05867015000175	13 - Nome do Contratado Uniclinic		14 - Código CBO []/[]/[]	
15 - Nome do Profissional Solicitante Carlos Macedo Ortopedia	16 - Conselho Profissional CRM	17 - Número no Conselho []/[]/[]	18 - UF []/[]/[]	19 - Código CBO []/[]/[]
DADOS DO CONTRATADO SOLICITADO / DADOS DA INTERNAÇÃO				
20 - Código na Operadora / CNPJ 05867015000175	21 - Nome do Prestador Uniclinic			
22 - Caracter de Internação U - Eletiva	23 - Tipo de Internação 1 - Clínica			
24 - Regime de Internação 1 - Hospitalar				
25 - Qtd. Diárias Solicitadas []/[]/[]				
26 - Indicação Clínica Paciente ortopedico de acidente de trânsito com fratura - presença de ferimentos				

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS			
27 - Tipo de Doença A - Aguda	28 - Tempo de Doença Referida pelo Paciente 1 - Anos	29 - Indicação de Acidente 0 - Acidente ou doença relacionada ao Trabalho	
30 - CID 10 Principal S81.2	31 - CID 10 (2) []/[]/[]	32 - CID 10 (3) []/[]/[]	33 - CID 10 (4) []/[]/[]

PROCEDIMENTOS SOLICITADOS			
34 - Tabela []/[]/[]	35 - Código do Procedimento 307281216	36 - Descrição osteossintese fratura - fêmur do membro superior direito	37 - Qtd. Solic. []/[]/[]
[]/[]/[]			
[]/[]/[]			
[]/[]/[]			
[]/[]/[]			

OPM SOLICITADOS			
39 - Tabela []/[]/[]	40 - Código do OPM []/[]/[]	41 - Descrição do OPM []/[]/[]	42 - Qtd. []/[]/[]
43 - Fabricante []/[]/[]			
44 - Valor Unitário - R\$ []/[]/[]			
[]/[]/[]			
[]/[]/[]			
[]/[]/[]			

DADOS DA AUTORIZAÇÃO			
45 - Data Provável da Admissão Hospitalar []/[]/[]	46 - Qtd. Diárias Autorizadas []/[]/[]	47 - Tipo de Acomodação Autorizada []/[]/[]	
48 - Código na Operadora / CNPJ []/[]/[]		49 - Nome do Prestador Autorizado UNICLINIC	
50 - Código CBO []/[]/[]		51 - Observação CONFERE COM O ORIGINAL	

52 - Data e Assinatura do Médico Solicitante 17/10/17	53 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável (*) 17/10/17	54 - Data e Assinatura do Responsável pela Autorização []/[]/[]
---	--	---

Autorizo aos prestadores dos serviços anexarem às guias de cobrança cópias do prontuário médico e de quaisquer outros documentos relativos ao atendimento, para possibilitar a análise pelo setor médico da Gamec.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA APARECIDA MENDES e TUBILDES e registrado em 28/05/2019 às 18:14, sob o número 01370254920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tje.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0137025-49.2019.8.06.0001 e código 499D1E7.



Prorrogação de Internamento

Paciente: Rosiane Felix Soares

Matricula: 05641500011010

Senha: 37987624

Uniclinic: 05867015000175

Acomodação: Enfermaria + Isolamento

Período: 17/10/17 a 19/10/17

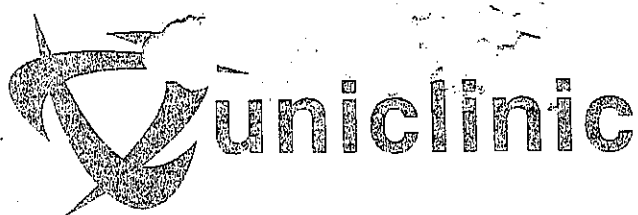
UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Porte o Rueda
do freio do for-
mo de interseção
onindo de outro
normal; fazer in-
tervenção + prorrogação

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br - uniclinic@uniclinic.com.br

PABX: (85) 2341 6000



Prorrogação de Internamento

Paciente: Rosiane Felix Soares

Matricula: 05641500011010

Senha: 87987624

Uniclinic: 05867015000175

Acomodação: Enfermaria + Isolamento

Período: 20/10/17 a 22/10/17

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Paciente no 1º po
de quarentena com
pleto do touro
zêz e forte
manejação



Rosiane Felix Soares

Matrícula: 05644500011010

Senha: 37987624

CNPJ: 05867015000175

Acomodação: Enfermaria + isolamento de contato

Período: 23/10/17 a 24/10/17

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Preço c/ quadro
de dr intern

1 fevdr externo no
torax; fclct

menor

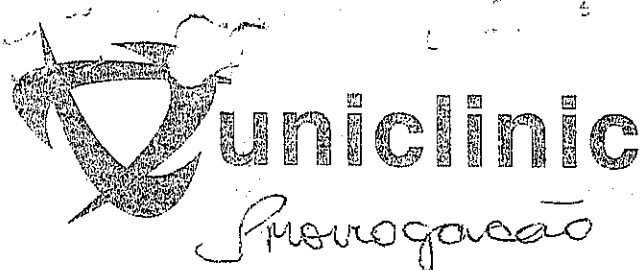
Dr. João Roberto A. de Almeida
TÍTULO
05644500011010

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60050-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br - uniclinic@uniclinic.com.br

PARTE (73) 3311.6000

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 28/05/2019 às 18:15, sob o número 01370254920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0137025-49.2019.8.06.0001 e código 499D1E7.



Rosiane Felix Soares

Matrícula: 05641500011010

Senha: 37987624

ENPS: 05867015000175

Acomodação: Enfermaria

Período: 25/10/2017 a 27/10/2017

Port. v. fratura
exposto grave de

pau ouso v. de

intensa e ferida

aberto.

folha

maneira

UNICLINIC
CONFERE COM
ORIGINAL

Dr. Ricardo André
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244
CPF: 423.825.703-35

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará

www.uniclinic.com.br - uniclinic@uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

2 - Nº da Guia no Prestador **37996819**

GAMECO

1 - Registro ANS 34759-1		3 - Número da Guia Principal 37987624		5 - Setor 37998919		6 - Data de Validade da Setor 23/11/2017		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora 37987624											
4 - Data de Autorização 27/10/2017		8 - Número da Carteira 0564.15.00011.01-0		9 - Validade da Carteira		10 - Nome ROSIANE FELIX SOARES		11 - Cartão Nacional de Saúde 703002856604173		12 - Atendimento a RN N									
Dados do Beneficiário		13 - Nome do Profissional Solicitante HOSPITAL UNICLINIC		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF 06150		20 - Assinatura do Profissional Solicitante									
21 - Caráter do Atendimento U		22 - Data da Solicitação 24/10/2017 09:04:00		23 - Indicação Clínica		24 - Tabela 116 50000420 216 50000365		25 - Descrição SESSÃO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR POR ALTERAÇÕES ENDOCRINO-MET SESSÃO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPITALAR AO PACIENTE COM DISFUNÇÃO DE		27 - Qtd. Solic. 10 10		28 - Qtd. Aut. 10 10							
Dados do Contratado - Executante		29 - Código na Operadora 05867015000175		30 - Nome do Contratado HOSPITAL UNICLINIC		31 - Código CNES 3047091		32 - Tipo Atendimento 07		33 - Indicação de Atendimento		34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento					
Dados da Execução / Procedimentos e Exames Realizados		36 - Data 12/11/02/2017		37 - Hora Inicial 22/11/02/2017		38 - Hora Final 16		39 - Tabela 40 - Código do Procedimento 50000420 50000365		41 - Descrição SESSÃO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPI SESSÃO PARA ASSISTÊNCIA FISIOTERAPÊUTICA HOSPI		42 - Qtd. 10 10		43 - Via 44 - Tec. 45 - Fator Red./Acrec. 46 - Valor Unitário (R\$) 0 0 0 0 0		47 - Valor Total (R\$) 0 0 0 0 0			
Identificação do(s) Profissional(is) Executante(s)		48 - Seq. Ref. 49 - Grau Part. 50 - Código na Operadora/C.P.F.		51 - Nome do Profissional		52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho		54 - UF		55 - Código CBO							
56 - Data de Realização de Procedimento em Série		57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		58 - Observação / Justificativa		59 - Total Procedimentos (R\$) R\$0.00		60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$) R\$0.00		61 - Total de Materiais (R\$) R\$0.00		62 - Total de Op.ME (R\$) R\$0.00		63 - Total de Medicamentos (R\$) R\$0.00		64 - Total de Casos Medicinais (R\$) R\$0.00		65 - Total Geral (R\$) R\$0.00	
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização		67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável		68 - Assinatura do Contratado															

507

3 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Senha		6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Assinatura da BH	
4 - Data de Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		13 - Assinatura da BH	
DADOS DO BENEFICIÁRIO		DADOS DO SOLICITANTE		DADOS DO SOLICITANTE		DADOS DO SOLICITANTE		DADOS DO SOLICITANTE		DADOS DO SOLICITANTE	
13 - Código da Operadora		14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho		18 - UF	
22 - Data de Solicitação		23 - Indicação Clínica		24 - Nome do Contratado		25 - Descrição		26 - Nome do Contratado		27 - Data de Autorização	
28 - Data de Autorização		29 - Data de Solicitação		30 - Nome do Contratado		31 - Descrição		32 - Nome do Contratado		33 - Data de Autorização	
34 - Nome do Contratado		35 - Descrição		36 - Nome do Contratado		37 - Descrição		38 - Nome do Contratado		39 - Data de Autorização	
40 - Nome do Contratado		41 - Descrição		42 - Nome do Contratado		43 - Descrição		44 - Nome do Contratado		45 - Data de Autorização	
46 - Nome do Contratado		47 - Descrição		48 - Nome do Contratado		49 - Descrição		50 - Nome do Contratado		51 - Data de Autorização	
52 - Nome do Contratado		53 - Descrição		54 - Nome do Contratado		55 - Descrição		56 - Nome do Contratado		57 - Data de Autorização	
58 - Nome do Contratado		59 - Descrição		60 - Nome do Contratado		61 - Descrição		62 - Nome do Contratado		63 - Data de Autorização	
64 - Nome do Contratado		65 - Descrição		66 - Nome do Contratado		67 - Descrição		68 - Nome do Contratado		69 - Data de Autorização	
70 - Nome do Contratado		71 - Descrição		72 - Nome do Contratado		73 - Descrição		74 - Nome do Contratado		75 - Data de Autorização	
76 - Nome do Contratado		77 - Descrição		78 - Nome do Contratado		79 - Descrição		80 - Nome do Contratado		81 - Data de Autorização	
82 - Nome do Contratado		83 - Descrição		84 - Nome do Contratado		85 - Descrição		86 - Nome do Contratado		87 - Data de Autorização	
88 - Nome do Contratado		89 - Descrição		90 - Nome do Contratado		91 - Descrição		92 - Nome do Contratado		93 - Data de Autorização	
94 - Nome do Contratado		95 - Descrição		96 - Nome do Contratado		97 - Descrição		98 - Nome do Contratado		99 - Data de Autorização	
100 - Nome do Contratado		101 - Descrição		102 - Nome do Contratado		103 - Descrição		104 - Nome do Contratado		105 - Data de Autorização	
106 - Nome do Contratado		107 - Descrição		108 - Nome do Contratado		109 - Descrição		110 - Nome do Contratado		111 - Data de Autorização	
112 - Nome do Contratado		113 - Descrição		114 - Nome do Contratado		115 - Descrição		116 - Nome do Contratado		117 - Data de Autorização	
118 - Nome do Contratado		119 - Descrição		120 - Nome do Contratado		121 - Descrição		122 - Nome do Contratado		123 - Data de Autorização	
124 - Nome do Contratado		125 - Descrição		126 - Nome do Contratado		127 - Descrição		128 - Nome do Contratado		129 - Data de Autorização	
130 - Nome do Contratado		131 - Descrição		132 - Nome do Contratado		133 - Descrição		134 - Nome do Contratado		135 - Data de Autorização	
136 - Nome do Contratado		137 - Descrição		138 - Nome do Contratado		139 - Descrição		140 - Nome do Contratado		141 - Data de Autorização	
142 - Nome do Contratado		143 - Descrição		144 - Nome do Contratado		145 - Descrição		146 - Nome do Contratado		147 - Data de Autorização	
148 - Nome do Contratado		149 - Descrição		150 - Nome do Contratado		151 - Descrição		152 - Nome do Contratado		153 - Data de Autorização	
154 - Nome do Contratado		155 - Descrição		156 - Nome do Contratado		157 - Descrição		158 - Nome do Contratado		159 - Data de Autorização	
160 - Nome do Contratado		161 - Descrição		162 - Nome do Contratado		163 - Descrição		164 - Nome do Contratado		165 - Data de Autorização	
166 - Nome do Contratado		167 - Descrição		168 - Nome do Contratado		169 - Descrição		170 - Nome do Contratado		171 - Data de Autorização	
172 - Nome do Contratado		173 - Descrição		174 - Nome do Contratado		175 - Descrição		176 - Nome do Contratado		177 - Data de Autorização	
178 - Nome do Contratado		179 - Descrição		180 - Nome do Contratado		181 - Descrição		182 - Nome do Contratado		183 - Data de Autorização	
184 - Nome do Contratado		185 - Descrição		186 - Nome do Contratado		187 - Descrição		188 - Nome do Contratado		189 - Data de Autorização	
190 - Nome do Contratado		191 - Descrição		192 - Nome do Contratado		193 - Descrição		194 - Nome do Contratado		195 - Data de Autorização	
196 - Nome do Contratado		197 - Descrição		198 - Nome do Contratado		199 - Descrição		200 - Nome do Contratado		201 - Data de Autorização	
202 - Nome do Contratado		203 - Descrição		204 - Nome do Contratado		205 - Descrição		206 - Nome do Contratado		207 - Data de Autorização	
208 - Nome do Contratado		209 - Descrição		210 - Nome do Contratado		211 - Descrição		212 - Nome do Contratado		213 - Data de Autorização	
214 - Nome do Contratado		215 - Descrição		216 - Nome do Contratado		217 - Descrição		218 - Nome do Contratado		219 - Data de Autorização	
220 - Nome do Contratado		221 - Descrição		222 - Nome do Contratado		223 - Descrição		224 - Nome do Contratado		225 - Data de Autorização	
226 - Nome do Contratado		227 - Descrição		228 - Nome do Contratado		229 - Descrição		230 - Nome do Contratado		231 - Data de Autorização	
232 - Nome do Contratado		233 - Descrição		234 - Nome do Contratado		235 - Descrição		236 - Nome do Contratado		237 - Data de Autorização	
238 - Nome do Contratado		239 - Descrição		240 - Nome do Contratado		241 - Descrição		242 - Nome do Contratado		243 - Data de Autorização	
244 - Nome do Contratado		245 - Descrição		246 - Nome do Contratado		247 - Descrição		248 - Nome do Contratado		249 - Data de Autorização	
250 - Nome do Contratado		251 - Descrição		252 - Nome do Contratado		253 - Descrição		254 - Nome do Contratado		255 - Data de Autorização	
256 - Nome do Contratado		257 - Descrição		258 - Nome do Contratado		259 - Descrição		260 - Nome do Contratado		261 - Data de Autorização	
2											

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Especial	
4 - Data da Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pelo Operador	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Atendimento RH			
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
13 - Nome do Contratado		14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS			
21 - Caracter do Atendimento		22 - Data da Solicitação	
23 - Índice Clínico		24 - Descrição	
25 - Código do Procedimento		26 - Descrição	
27 - Cida. Solic.		28 - Cida. Autor.	
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
29 - Código na Operadora		30 - Nome do Contratado	
DADOS DO ATENDIMENTO			
31 - Tipo do Atendimento		32 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)	
33 - Tipo de Atendimento		34 - Tipo de Consulta	
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento			
DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS			
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qlin.		43 - Via	
44 - Teste		45 - Fator	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(ES) EXECUTANTE(S)			
48 - Seta		49 - Grau	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Seta			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total do Procedimentos (R\$)			
60 - Total das Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total de Materiais (R\$)			
62 - Total de OPIRE (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Gases Medicinais (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Contratado ou Responsável			



GUIA DE SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

2-Nº Guia no Presidiário

1-Registro ANS 34759-1		3-Número da Guia Atribuído pela Operadora 37987624		
4-Data da Autorização 19/10/2017		5-Senha 37987624		
		6-Data Validade da Senha 18/11/2017		
Dados do Beneficiário				
7-Número da Carteira 0564.15.00011.01-0		8-Validade da Carteira		
		9-Atendimento de RN N		
10-Nome ROSIANE FELIX SOARES		11-Cartão Nacional de Saúde 703007856604173		
Dados do Contratado Solicitante				
12-Código na Operadora 05867015000175		13-Nome do Contratado		
14-Nome do Profissional Solicitante HOSPITAL UNICLINIC		15-Conselho Profissional		
		16-Número no Conselho		
		17-UF		
		18-Código CBO 06150		
Dados do Hospital / Local Solicitado / Dados da Internação				
19-Código na Operadora / CNPJ 05867015000175		20-Nome do Prestador HOSPITAL UNICLINIC		
21-Data Sugerida para Internação				
22-Caráter do Atendimento 2 - Emergencial		23-Tipo de Internação 2 - CIRURGIC		
24-Regime de Internação 1 - HOSPITALAR		25-Qtde. Diárias Solicitadas 1		
26-Provisão de uso do OPME S		27-Provisão de uso de Quimioterapia N		
28-Indicação Clínica				
29-CID 10 Principal (Opcional)		30-CID 10 (2) (Opcional)		
		31-CID 10 (3) (Opcional)		
		32-CID 10 (4) (Opcional)		
33-Indicação de Acidente (Acidente ou Doença Relacionada)				
Procedimentos Solicitados				
34-Tabela	35-Código do Procedimento	36-Descrição	37-Qtde. Solic.	38-Qtde. Aut.
1	16	30728126	FRATURAS E/OU LUXACOES AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO C	1
2	16	30728142	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAME	1
3	16	30732026	ENXERTO OSSEO	1
4	16	30101522	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISAO E RETAL	1
5	16	30710022	FIOS, PINOS, PARAFUSOS OU HASTES METALICAS INTRA-OSSEAS	1
6	16	60000090	DIARIA COMPACTA DE ENFERMARIA DE 2 LEITOS COM BANHEIRO PRIVA	1
Dados da Autorização				
39-Data Provável da Admissão Hospitalar		40-Qtde. Diárias Autorizadas 1		41-Tipo da Acomodação Autorizada 1 - ENFERMARIA
42-Código na Operadora / CNPJ autorizado 05867015000175		43-Nome do Hospital / Local Autorizado HOSPITAL UNICLINIC		44-Código CNES 3047091
45-Observação / Justificativa FONE: 3311.6000 FAX 3252-4411 / GUIA EXTERNA: / OBS: Fratura exposta .Favorável ao uso de OPME R\$ 3.325,68 com pagamento direto ao fornecedor (Ceara Med) conforme acordo. / OPERADOR: LUCIANALIMA				
46-Data da Solicitação				
47-Assinatura do Profissional Solicitante				
48-Assinatura do Beneficiário ou Responsável				
49-Assinatura do Responsável pela Autorização				

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

GOIABES SPS
O PROFISSIONAL
SEUS O AUXILIAR
DE
DIA NOSTICO E TERAPIA - SPISADI

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Semia	
6 - Data de Validade da Semia		7 - Número da Guia Atividade pela Operadora	
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
10 - Nome do Contratado		11 - Cartão Nacional de Saúde	
12 - Nome do Profissional Solicitante		13 - Nome do Profissional Solicitante	
14 - Nome do Contratado		15 - Nome do Profissional Solicitante	
16 - Conselho Profissional		17 - Número no Conselho	
18 - UF		19 - Código CBO	
20 - Assinatura do Profissional Solicitante		21 - Assinatura do Contratado	
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS			
22 - Data de Solicitação		23 - Indicação Clínica	
24 - J/a		25 - Código do Procedimento	
26 - Descrição		27 - Cide Solic	
28 - Cide Autor		29 - Nome do Contratado	
30 - Nome do Contratado		31 - Código CNES	
DADOS DO ATENDIMENTO			
32 - Tipo do Atendimento		33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)	
34 - Tipo de Consulta		35 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS			
36 - Data		37 - Hora Inicial	
38 - Hora Final		39 - Tabela	
40 - Código do Procedimento		41 - Descrição	
42 - Qtd.		43 - Via	
44 - Tec.		45 - Fator Red/Acresc.	
46 - Valor Unitário (R\$)		47 - Valor Total (R\$)	
IDENTIFICAÇÃO DOS(AS) PROFISSIONAL(ES) EXECUTANTE(S)			
48 - Grau		49 - Nome do Profissional	
50 - Código na Operadora/CPF		51 - Nome do Profissional	
52 - Conselho Profissional		53 - Número no Conselho	
54 - UF		55 - Código CBO	
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série			
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável			
58 - Observação / Justificativa			
59 - Total de Procedimentos (R\$)			
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)			
61 - Total de Materiais (R\$)			
62 - Total de OPME (R\$)			
63 - Total de Medicamentos (R\$)			
64 - Total de Gases Médicos (R\$)			
65 - Total Geral (R\$)			
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização			
67 - Assinatura do Contratado			



Fortaleza, 19 de Outubro de 2017

Para: Salutis

Assunto: Orçamento de Material para Cirurgia de Fratura para Tornozelo.

Paciente: Rosiane Felix

Hospital: Uniclinic

Médico: Dr. João Ricardo

Convênio: Gamcc

Data da Cirurgia: A definir

Quant.	Descrição de Material	Valor Unit.	Valor Total
01	Placa Semi Tubular 3,5 Reg. ANVISA: 10209780037 23/10/20	2.232,00	2.232,00
06	Parafuso para placa 3,5 Reg. ANVISA : 10209780032 28/10/20	168,00	1.008,00
02	Parafuso Esponjoso Reg. ANVISA: 10209780031 28/10/20	168,00	336,00
	Total		R\$ 3.576,00
	Desconto de 7% no valor do orçamento		R\$ 3.325,68

OBS: O valor deste orçamento pode variar de acordo com a quantidade ou tipo de materiais efetivamente utilizados.

Contato / Retorno: Fone: 3268.3597 Fax: 3261.9456
Sandra Vasconcelos: (85) 9117.5104
e-mail: cearamed@oriontelecom.com.br

Atenciosamente,

Gislene Ramos

UNICLINIC
CONFERE COM O ORIGINAL

SALUTIS	
- MATERIAL ALTO CUSTO	
Favorável ao uso de OPMES, R\$ 3.325,68, com pagamento direto ao fornecedor, conforme acordo.	
19, 10, 17	
Data	Auditor / Médico

SALUTIS ADMINISTRACAO
EM SAÚDE
CENTRAL DE REGULAÇÃO
DE AUTORIZAÇÃO

CEARAMED DISTRIBUIDORA DE IMPLANTES ESPECIALIZADOS LTDA

Av. Dom Luiz, 609 sala 307 Aldeota CEP 60.160-230 Fortaleza/CE - CNPJ Nº 03.349.368/0001-58 CGF Nº 06.202.423-0
e-mail: cearamed@oriontelecom.com.br Fone: (85) 3268.3597 Fax: (85) 3261.9456

1000908402019-2

013702028.06.0001

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL - SERVIÇO ADJUDICATÓRIO

DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADI

Assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO em 28/05/2019 às 18:15, sob o número 013702028.06.0001 e código 499D1E17.

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal		5 - Semha		6 - Data de Validade da Semha		7 - Número da Guia Atribuída pela Operadora		12 - Autenticação R1	
4 - Data da Autorização		5 - Semha		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		12 - Autenticação R1	
DADOS DO BENEFICIÁRIO											
8 - Número da Carteira											
DADOS DO SOLICITANTE											
13 - Código do Operador											
14 - Nome do Contratado											
15 - Nome do Profissional Solicitante											
16 - Conselho Profissional											
17 - Número no Conselho											
18 - UF											
19 - Código CBO											
20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS											
21 - Data da Solicitação											
22 - Indicação Clínica											
23 - Descrição											
24 - Código do Procedimento											
25 - Descrição											
26 - Descrição											
27 - Cód. Sol. 28 - Cód. Autor.											
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE											
29 - Código da Operadora											
30 - Nome do Contratado											
31 - Código CNES											
DADOS DO ATENDIMENTO											
32 - Tipo do Atendimento											
33 - Indicação de Atendimento (paciente ou doença relacionada)											
34 - Tipo de Consulta											
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento											
DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS											
36 - Data											
37 - Hora Inicial											
38 - Hora Final											
39 - Tabela											
40 - Código do Procedimento											
41 - Descrição											
42 - Cód.											
43 - Via											
44 - Rec.											
45 - Valor Unitário (R\$)											
46 - Valor Total (R\$)											
47 - Valor Total (R\$)											
48 - Valor Total (R\$)											
49 - Valor Total (R\$)											
50 - Valor Total (R\$)											
51 - Valor Total (R\$)											
52 - Valor Total (R\$)											
53 - Valor Total (R\$)											
54 - Valor Total (R\$)											
55 - Valor Total (R\$)											
56 - Valor Total (R\$)											
57 - Valor Total (R\$)											
58 - Valor Total (R\$)											
59 - Valor Total (R\$)											
60 - Valor Total (R\$)											
61 - Valor Total (R\$)											
62 - Valor Total (R\$)											
63 - Valor Total (R\$)											
64 - Valor Total (R\$)											
65 - Valor Total (R\$)											
66 - Valor Total (R\$)											
67 - Valor Total (R\$)											
68 - Valor Total (R\$)											
69 - Valor Total (R\$)											
70 - Valor Total (R\$)											
71 - Valor Total (R\$)											
72 - Valor Total (R\$)											
73 - Valor Total (R\$)											
74 - Valor Total (R\$)											
75 - Valor Total (R\$)											
76 - Valor Total (R\$)											
77 - Valor Total (R\$)											
78 - Valor Total (R\$)											
79 - Valor Total (R\$)											
80 - Valor Total (R\$)											
81 - Valor Total (R\$)											
82 - Valor Total (R\$)											
83 - Valor Total (R\$)											
84 - Valor Total (R\$)											
85 - Valor Total (R\$)											
86 - Valor Total (R\$)											
87 - Valor Total (R\$)											
88 - Valor Total (R\$)											
89 - Valor Total (R\$)											
90 - Valor Total (R\$)											
91 - Valor Total (R\$)											
92 - Valor Total (R\$)											
93 - Valor Total (R\$)											
94 - Valor Total (R\$)											
95 - Valor Total (R\$)											
96 - Valor Total (R\$)											
97 - Valor Total (R\$)											
98 - Valor Total (R\$)											
99 - Valor Total (R\$)											
100 - Valor Total (R\$)											

[illegible]

15.4

1 - Registro ANS		3 - Número de Guia Principal		5 - Semha		6 - Data de Validade da Semha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora		12 - Atendimento a R	
4 - Data de Autorização		8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira		10 - Nome		11 - Cartão Nacional de Saúde		13 - Assinatura do Beneficiário	
DADOS DO BENEFICIÁRIO											
13 - Código na Operadora											
14 - Nome do Contratado											
15 - Nome do Profissional Solicitante											
16 - Conselho Profissional											
17 - Número no Conselho											
18 - UF											
19 - Código CBO											
20 - Assinatura do Profissional Solicitante											
21 - Assinatura do Beneficiário											
22 - Data de Solicitação											
23 - Indicação Clínica											
24 - Tabela											
25 - Código do Procedimento											
26 - Descrição											
27 - Cide, Solic.											
28 - Cide, Autor.											
29 - Código na Operadora											
30 - Nome do Contratado											
31 - Código CNE											
DADOS DO ATENDIMENTO											
32 - Tipo de Atendimento											
33 - Indicação de Acidente (exidente ou doença relacionada)											
34 - Tipo de Consulta											
35 - Motivo de Encerramento do Atendimento											
DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS											
36 - Data											
37 - Hora Inicial											
38 - Hora Final											
39 - Tabela											
40 - Código do Procedimento											
41 - Descrição											
42 - Qlt.											
43 - Via											
44 - Tec.											
45 - Fator Red./Acresc.											
46 - Valor Unitário (R\$)											
47 - Valor Total (R\$)											
48 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
49 - Grau											
50 - Código na Operadora/CPF											
51 - Nome do Profissional											
52 - Conselho Profissional											
53 - Número no Conselho											
54 - UF											
55 - Código CBO											
56 - Data de Realização de Procedimentos em Série											
57 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
58 - Observação / Justificativa											
59 - Total de Procedimentos (R\$)											
60 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)											
61 - Total de Materiais (R\$)											
62 - Total de OPNIE (R\$)											
63 - Total de Medicamentos (R\$)											
64 - Total de Gases Médicos (R\$)											
65 - Total Geral (R\$)											
66 - Assinatura do Responsável pela Autorização											
67 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável											
68 - Assinatura do Contratado											

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADI

2 - 1ª Guia no Prestador

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

SABERES ADMINISTRATIVOS
DE SAÚDE
DE REGISTRO
DE AUTORIZAÇÃO
20.10.19

COPIA ORIGINAL

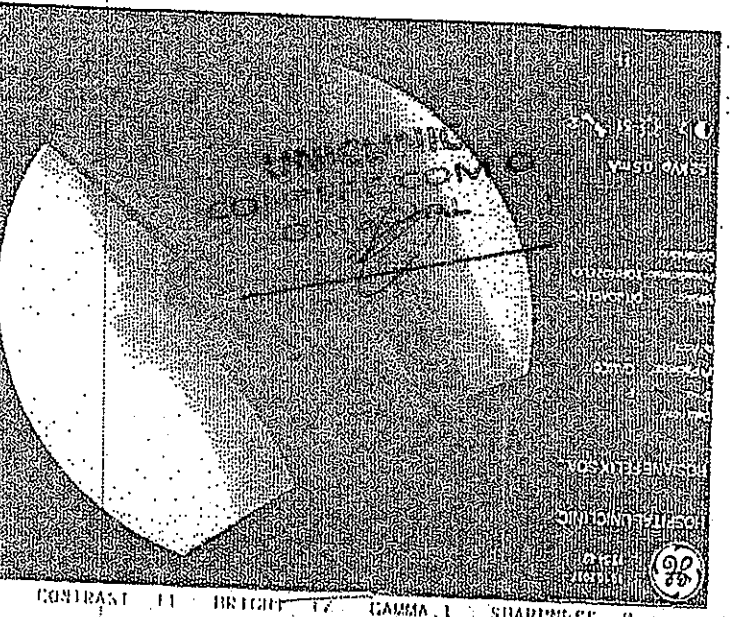
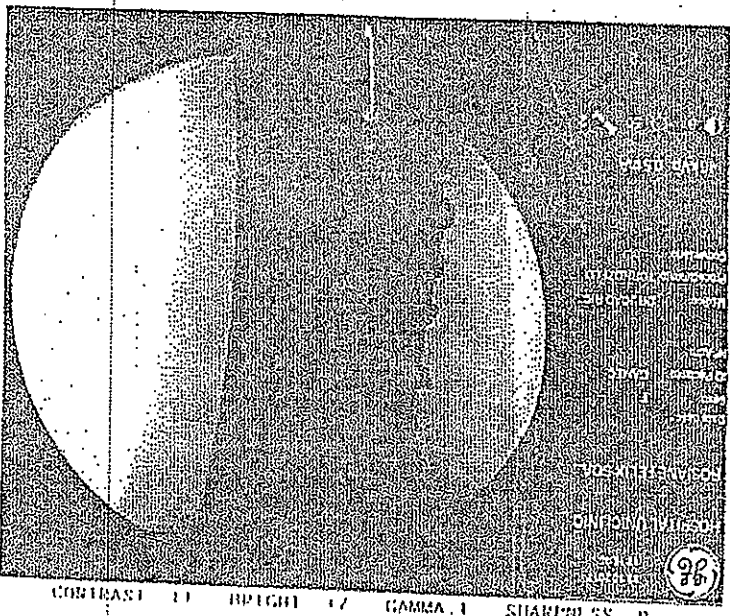
GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE
DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/SADT

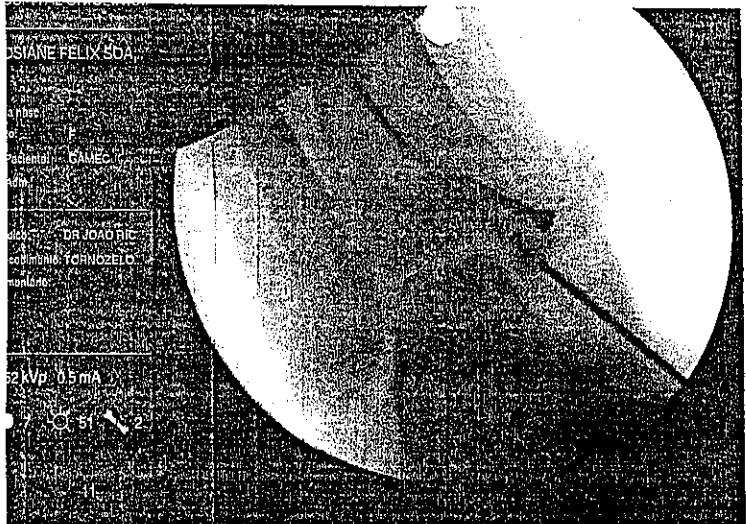
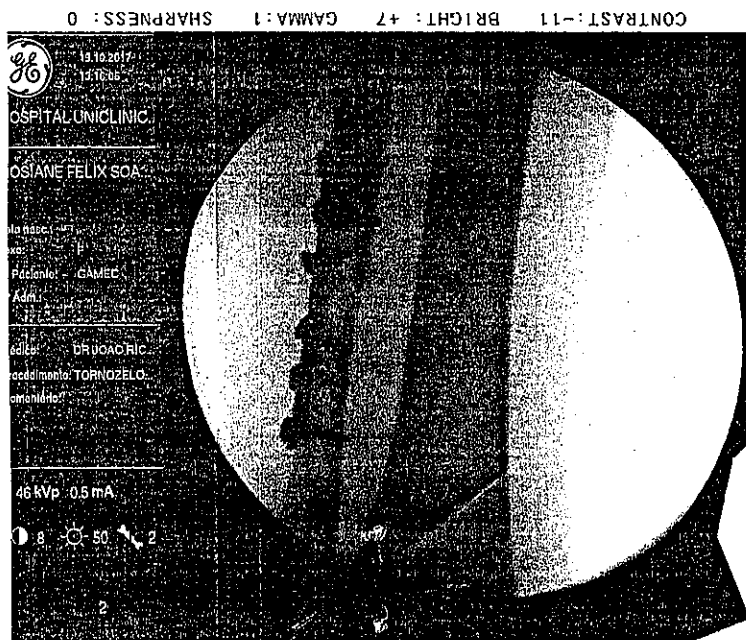
2 - Nº Guia no Preenhedor

CAVITE

ANEX

1 - Registro AHS	2 - Número da Guia (Besp) 043702549201980600001	3 - Data de Anamnese	4 - Data de Atendimento	5 - Sessão	6 - Data de Validade da Guia	7 - Número da Guia Attribuído pelo Operador	8 - Nome do Operador	9 - Nome do Consultado	10 - UF	11 - Código CNO	12 - Assinatura do Profissional Solicitante	13 - Assinatura do Profissional Solicitante	14 - Assinatura do Profissional Solicitante	15 - Assinatura do Profissional Solicitante	16 - Assinatura do Profissional Solicitante	17 - Assinatura do Profissional Solicitante	18 - Assinatura do Profissional Solicitante	19 - Assinatura do Profissional Solicitante	20 - Assinatura do Profissional Solicitante	21 - Assinatura do Profissional Solicitante	22 - Assinatura do Profissional Solicitante	23 - Assinatura do Profissional Solicitante	24 - Assinatura do Profissional Solicitante	25 - Assinatura do Profissional Solicitante	26 - Assinatura do Profissional Solicitante	27 - Assinatura do Profissional Solicitante	28 - Assinatura do Profissional Solicitante	29 - Assinatura do Profissional Solicitante	30 - Assinatura do Profissional Solicitante	31 - Assinatura do Profissional Solicitante	32 - Assinatura do Profissional Solicitante	33 - Assinatura do Profissional Solicitante	34 - Assinatura do Profissional Solicitante	35 - Assinatura do Profissional Solicitante	36 - Assinatura do Profissional Solicitante	37 - Assinatura do Profissional Solicitante	38 - Assinatura do Profissional Solicitante	39 - Assinatura do Profissional Solicitante	40 - Assinatura do Profissional Solicitante	41 - Assinatura do Profissional Solicitante	42 - Assinatura do Profissional Solicitante	43 - Assinatura do Profissional Solicitante	44 - Assinatura do Profissional Solicitante	45 - Assinatura do Profissional Solicitante	46 - Assinatura do Profissional Solicitante	47 - Assinatura do Profissional Solicitante	48 - Assinatura do Profissional Solicitante	49 - Assinatura do Profissional Solicitante	50 - Assinatura do Profissional Solicitante	51 - Assinatura do Profissional Solicitante	52 - Assinatura do Profissional Solicitante	53 - Assinatura do Profissional Solicitante	54 - Assinatura do Profissional Solicitante	55 - Assinatura do Profissional Solicitante	56 - Assinatura do Profissional Solicitante	57 - Assinatura do Profissional Solicitante	58 - Assinatura do Profissional Solicitante	59 - Assinatura do Profissional Solicitante	60 - Assinatura do Profissional Solicitante	61 - Assinatura do Profissional Solicitante	62 - Assinatura do Profissional Solicitante	63 - Assinatura do Profissional Solicitante	64 - Assinatura do Profissional Solicitante	65 - Assinatura do Profissional Solicitante	66 - Assinatura do Profissional Solicitante	67 - Assinatura do Profissional Solicitante	68 - Assinatura do Profissional Solicitante	69 - Assinatura do Profissional Solicitante	70 - Assinatura do Profissional Solicitante	71 - Assinatura do Profissional Solicitante	72 - Assinatura do Profissional Solicitante	73 - Assinatura do Profissional Solicitante	74 - Assinatura do Profissional Solicitante	75 - Assinatura do Profissional Solicitante	76 - Assinatura do Profissional Solicitante	77 - Assinatura do Profissional Solicitante	78 - Assinatura do Profissional Solicitante	79 - Assinatura do Profissional Solicitante	80 - Assinatura do Profissional Solicitante	81 - Assinatura do Profissional Solicitante	82 - Assinatura do Profissional Solicitante	83 - Assinatura do Profissional Solicitante	84 - Assinatura do Profissional Solicitante	85 - Assinatura do Profissional Solicitante	86 - Assinatura do Profissional Solicitante	87 - Assinatura do Profissional Solicitante	88 - Assinatura do Profissional Solicitante	89 - Assinatura do Profissional Solicitante	90 - Assinatura do Profissional Solicitante	91 - Assinatura do Profissional Solicitante	92 - Assinatura do Profissional Solicitante	93 - Assinatura do Profissional Solicitante	94 - Assinatura do Profissional Solicitante	95 - Assinatura do Profissional Solicitante	96 - Assinatura do Profissional Solicitante	97 - Assinatura do Profissional Solicitante	98 - Assinatura do Profissional Solicitante	99 - Assinatura do Profissional Solicitante	100 - Assinatura do Profissional Solicitante
------------------	---	----------------------	-------------------------	------------	------------------------------	---	----------------------	------------------------	---------	-----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--





UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

1 - Registro ANS		3 - Número da Guia Principal	
4 - Data de Autorização		5 - Senha	
6 - Data de Validade da Senha		7 - Número da Guia Atribuído pela Operadora	
DADOS DO BENEFICIÁRIO			
8 - Número da Carteira		9 - Validade da Carteira	
DADOS DO SOLICITANTE			
13 - Código na Operadora		14 - Nome do Contratado	
15 - Nome do Profissional Solicitante		16 - Conselho Profissional	
17 - Número no Conselho		18 - UF	
19 - Código CBO		20 - Assinatura do Profissional Solicitante	
DADOS DA SOLICITAÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS			
21 - Data de Solicitação		22 - Indicação Clínica	
23 - Código do Procedimento		24 - Descrição	
25 - Nome do Contratado		26 - Descrição	
27 - Qtd. Solic.		28 - Qtd. Autor.	
DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE			
29 - Código da Operadora		30 - Nome do Contratado	
DADOS DO ATENDIMENTO			
31 - Tipo do Atendimento		32 - Indicação de Acidente (acidente ou dano relacionado)	
33 - Tipo de Consulta		34 - Motivo de Encerramento do Atendimento	
DADOS DA EXECUÇÃO / PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS			
35 - Data		36 - Hora Inicial	
37 - Hora Final		38 - Taboia	
39 - Código do Procedimento		40 - Descrição	
41 - Data		42 - Qtd.	
43 - Via		44 - Tec.	
45 - Fator Red./Acresc.		46 - Valor Unitário (R\$)	
47 - Valor Total (R\$)		48 - Valor Total (R\$)	
IDENTIFICAÇÃO DO(S) PROFISSIONAL(ES) EXECUTANT(E)S			
49 - Grau		50 - Código na Operadora/CPF	
51 - Nome do Profissional		52 - Conselho	
53 - Número no Conselho		54 - UF	
55 - Código CBO		56 - Assinatura do Contratado	
DADOS FINANCEIROS			
57 - Total de Procedimentos (R\$)		58 - Total de Taxas e Aluguéis (R\$)	
59 - Total de Materiais (R\$)		60 - Total de OPMs (R\$)	
61 - Total de Medicamentos (R\$)		62 - Total de Gases Médicos (R\$)	
63 - Total de Gases Médicos (R\$)		64 - Total Geral (R\$)	
65 - Assinatura do Responsável pela Autorização		66 - Assinatura do Beneficiário ou Responsável	
67 - Assinatura do Contratado		68 - Assinatura do Contratado	



O hospital da sua vida

PRESCRIÇÃO MÉDICA DE 12/11/2017

Nome do Paciente:

Paciente: Benjamin Fols

Enf. Apto.:

Leito:

Médico,:

Credenciamento: _____

6-ANWB

Internamento

Interfamento:
17/10/27

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIO

MATERIAL UTILIZADO

				Ser. 20 cc
				Ser. 10 cc
				Ser. 5 cc
				Ser. 3 cc
				Aguilha 40/12
				Aguilha 13/4,5
				Equipo
				Equipo c/ lat.
				Soro Físio. 100ml
				Soro Glico. 100ml
				Abd 500ml p/O2
				S. Aspição
				BOMBA DE INFUSÃO
				OXIGÊNIO
				MED. LIG. DES. LIG.
				DES.
				Glicemia
				Hora Valor Insulina

NAME: Reinos Felix Sando

POSTO: OT LEITO: 503.4

CONVÊNIO: Carnac

TURNO:

AC-VENOSO

CVP () Local

CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

() Māsc. Reserva 100% Spo²: _____%

DIETA

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

() Zero Para:

Observações:

Observations:

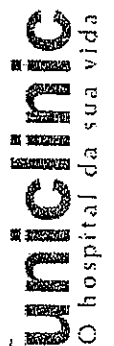
Observações: no 21 de Fevereiro submetido ao teste de escolha de probabilidade da seringueira com 100% de eficiência, com presença de acrobátidos e com MCF, mas não HAS, em 1 hora e 30 minutos. Teste realizado em 21 de Fevereiro com 100% de eficiência e extensão com 20% de

Fc Maria Sílvia do N. Maranhão
Téc. de Enfermagem
REN - CE 910761

UNCLASIFIED
CONFIDENTIAL
ORIGINAL

Assinatura e COREN:

Assinatura e CORREN:



O hospital da sua vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 14/10/17 POSTO: 05 LEITO: 501.7.

CONVÊNIO: GARC

NAME: Veronica Felix Garcia

TURNO: _____

AC VENOSO:	
CVP () Local	CVC () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

() Ar ambiente	() Cat. Nasal	() Venturi	%
() MNBZ	() Másc. Reservatória 100%	Spo ² :	%

DIETA:

() VO	() SNE	() SNG	() GTT	() NPT
() Zero	Para:			

[illegible]

Assinatura e COREN:

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

[illegible]

Assinatura e CORRE:



Evolução Paciente

Paciente	Rosiane Felix Soares		Atendimento	1.328.306
Data Nasci	07/05/1991	26 Anos	Prontuário	392.097
Sexo	Feminino		DT-Entrada	17/10/2017 20:24:28
Telefone	984114689		Convenio	GAMEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 03			

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
19/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Lis Paz Sampaio	

Paciente: Rosiane Felix Soares
Enfermeiro(a): LIS PAZ SAMPAIO

Evolução SN

- Diagnóstico: Pós-operatório de fratura de MID.
- Especialidade: clínica cirúrgica.

Exame Físico

1. Neuro:consciente e orientada em tempo e espaço.
2. Respiratório:eupnéica em aa.
3. Cardiovascular:normotensa e normocárdica.
4. Digestivo:dieta VO.
5. Renal:diurese espontânea.
6. Tegumentar:pele íntegra para LPP. FO. EM MID.
7. Dispositivos:CVP EM HV.
8. Antimicrobianos:Piperacilina e Tazobactama.

Condutas/Intercorrências

Segue estável, sem queixas no período.
Mantém curativo em MID,ÍNTegro.
Mantendo isolamento de contato, conforme orientação da CCIH.
SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Lis Paz Sampaio



RELATORIO DE OPERAÇÃO

NOME: RONIVALDO EDILSON SILVA
 CLINICA: Uniclinic CATEGORIA: Same LEITO: 301-1 PRONTUÁRIO: 392.092
 DATA: 19/10/19 CIRURGIÃO: [Signature]
 1º AUXILIAR: [Signature] 2º AUXILIAR: [Signature] 3º AUXILIAR: [Signature]
 INSTRUMENTADOR: [Signature] CIRCULANTE: Sônia
 ANESTESISTA: [Signature] TIPO DE ANESTESIA: [Signature]

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

TIPO DE OPERAÇÃO:

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO:

RELATÓRIO MEDIATO DA PATOLOGIA:

EXAME RADIOLÓGICO NO ATO:

ACIDENTES OU INCIDENTES:

CONTAGEM DE COMPRESSAS: I: 05 T: 23

INÍCIO DA CIRURGIA: 12:10 TÉRMINO: 13:40 DURAÇÃO: 1 hora e 30
 INÍCIO DO OXIGÊNIO: 12:10 TÉRMINO: 13:40 DURAÇÃO: 1 hora e 30

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

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

(V) Devido a dor no
 abdome de 5 dias
 anteriores
 (1) Anestesia, antiespasmódico e
 controle de náusea
 (2) Abertura laparoscópica
 do trocártico e insuflação
 intraperitoneal de CO₂
 para visualização da cavidade
 abdominal. Foi observado
 fígado do tamanho de
 1 pleco sem lesões P.F.
 e pancreas com 2.5 + 1
 proporcional ao tamanho 4.0

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

ASSINATURA E CARIMBO DO CIRURGIÃO

Dr. João Quintino Junior
 CRM: 5252
 CPF: 190.151.943-0
 TRAUMA ORTOPEDIA
 F.O.T. 11103



FICHA DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Roxane Felix Soares

AP/ENF:

LEITO: 501

CONVÊNIO: CAPEC

CIRURGIÃO:

DATA: 19/10/17

IDADE:

PESO: 78

ALTURA: 1,70

SEXO: F

PULSO: 90

RESPIRAÇÃO: 14

PA: 125 x 80

TIPO SANGÜÍNEO:

HEMACÍAS:

HEMOGLOBINA:

HEMATÓCRITO:

GLICEMIA:

URÉIA:

AP. RESPIRATÓRIO: dupnico

ASMA: ☒

BONQUITE: ☒

AP. CIRCULATÓRIO: ROR 2t

ECG:

AP. URINÁRIO: Ndh

URINA:

AP. DIGESTIVO: Ndh

DENTES:

PESCOÇO:

ALERGIAS: Neq

Asd
4 com orelhadas

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

ANESTESIAS ANTERIORES: SI interconexões

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA:

PAM:

HORÁRIO: 12:30

13:40

13:40

INDUÇÃO

Satisfatória:

Excitação:

Tosse:

Lenta:

Náuseas:

Vômitos:

MANUTENÇÃO

1) Monitorização +
mi do 3º e 5º m
2) Raqui anestesia
agulha 26 G de 10 cm
pesada 12,5 mg + 10 mg
20 mg + 10 mg 60 mg
3) dipirano 8 + 10 mg
8 mg + 10 mg 10 mg
4) fentanyl 50 µg + 10 mg
5) + alerta CREA 10 mg
6) não administrado
Opote em uso de 10 mg

ASR

Agente Anestésico:

Líquidos: soros, hemoderivados e etc.

PULSO

TEMP.

PVC

PA

ANEST.

XXXX

OP

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO: DDR

AGENTE:

TÉCNICA: raqui + sedação

CIRURGIA: FT de tornozelo

CIRURGIÕES: D. João Ricardo

ANESTESISTA(S): Dra. Nayara Pimentel

INTERCORRÊNCIAS:

Anestesia Satisfatória: Sim () Não ()

Paciente para o leito com cânula:

Sim () Não ()

Perda Sanguínea Aprox.: ml

Obstrução: Co2

Náuseas:

Vômitos:

Outros:

Dra. Nayara Pimentel
Anestesiologista
CREMEC 14.1.

Assinatura do Anestesiologista /CPM

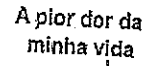


1328306

HORA ADMISSÃO: 13:33

(·) ALERGIAS:

SUGESTÕES DA ANESTESIA



ESCORE NA ALTA:

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/			
MOVE 2 MEMBROS	1	20-49% NÍVEL PRÉ-OP	1	DESPERTA VERBAL	1	TOSSE LIMITADA/	2	>92%	2
NÃO MOVE	0	>50% NÍVEL PRÉ-OP	0	NÃO DESPERTA VERBAL	0	DISPNEIA	1	90-92%	1
						APNEIA	0	<90%	0

	0	<90%
A		
P		
C		
B		
S		
G		

INTERCORRÊNCIAS

INTERCORRENCIAS	
() HIPERTENSÃO	() CEFALEIA () TOSSE () AGITAÇÃO () VAR. GLICEMIAS () ANESTESIAS
() 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 () SUICIDABILIDADE () DIST. MAGNÉSIO () SURDEZ

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

Cirurgia: No cirúrgico de fr de tornozelo D, digito direito
Cirurgião: Dr. João Ricardo
Anestesiista: Dra. Nayara

Orig. Danville Rollin
CREMEC: 16.574

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

CHECKLIST DA PRESCRIÇÃO PADRÃO

☐ PANTOZOL	☐ DIPIRONA	☐ TRAMAL	☐ PLAMET/PLASIL	☐ LORAX
☐ CLEXANE	☐ PARACETAMOL	☐ MORFINA	☐ DRAMIN B6	☐ RIVOTRIL
☐ HEPARINA NF	☐ PROFENID	☐ OUTRO OPIÓIDE	☐ ONDASETRONA	☐ DIAZEPAM

HORA DA ALTA: 15:45

☐ APARTAMENTO

PA: 100 x 60

Sp O₂: 98-1

), RESIDÊNCIA (ANEXAR ALTA FEITA PELO CIRURGIÃO)

ASSINATURA DO MÉDICO PLANTONISTA Dra.

Dra. Danyelle Rolim
 IISTA Médica
 REC: 19.574



Prescrição Eletrônica Paciente



1657112

Paciente	Rosiane Felix Soares	Atendimento	1.328.306	Prontuário	392.097
Data Nascimento	07/05/1991	Convênio	GAMEC / ENFERMARIA		
Data Entrada	17/10/2017 20:24:28	Data Presc.	20/10/2017 12:00:00		
Médico Resp.	Dr. Francisco Carlos Soares Macedo (CRM 5342)				
Dieta	Dose	Intervalo	Observação	Descrição Técnica	
Medicamentos 1 Tramadol 100mg Amp Ev 1 Soro Glicosado 5% Fr 500ml Vol 1000ml/24h a 14g/m 500 ml 12/12 IV SN					

DILUIR 1AMP +100ML DE SF0,9%			
2 Piperacilina E Tazobactama 4,5g Fa Ev	1 FA 8 h	18	02
			10
			3°
			S
SEPARAR 1 AMP EM 100 ML SF0,9%			

INICOU-18/10/17
D03/DX2

Procedimentos/Serviços	Qde	Intervalo	Horários	Material	Dia/Hora
1 Curativo Médio	1x ao dia		12h		20 12:00

Recomendações	Intervalo	Horários
PUNÇÃO COM JELCO		
MANTER		

ISOLAMENTO DE CONTATO	MANTER	D
SSW+CCGG	ROTINA	

[illegible]

Queen a Kolozsger, go to clear
words, we must

[illegible]

ORIGINAL
CONFIDENTIAL
UNCLASSIFIED



Evolução Paciente

Paciente Rosiane Felix Soares
 Data Nascto: 07/05/1991 26 Anos
 Sexo Feminino
 Telefone 984114689
 Leito Sala Cirur 03

Atendimento 1.328.306
 Prontuário 392.097
 Dt. Entrada 17/10/2017 20:24:28
 Convênio GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Paciente: Rosiane Felix Soares
 Enfermeiro(a): ANA CAROLINA MACHADO GADELHA Enfermeiro(a)

Evolução mt

- Diagnóstico: Pos-operatório de fratura de
- Especialidade: clínica cirúrgica.

Exame Físico

1. Neuro:consciente e orientada em tempo e espaço.
2. Respiratório:eupnéica em aa.
3. Cardiovascular:normotensa e normocárdica.
4. Digestivo:dieta VO
5. Renal:diurese espontânea.
6. Tegumentar:pele íntegra para LPP. Lesão em perna D
7. Dispositivos:CVP
8. Antimicrobianos:Piperacilina e Tazobactama.

Condutas/Intercorências

-Segue estável e sem queixas.

APRESENTA FO EM LATERAL DE PERNA DIREITA, PONTOS ÍNTEGROS E SEM FLOGOSE + FACE MEDIAL. APRESENTA LESÃO DE TAMANHO MODERADO, COM BORDAS IRREGULARES, PRESENÇA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO + PONTOS DE ESFACELADO, DRENANDO SECREÇÃO SEROSANGUNOLENTA, EM QUANTIDADE MODERADA. REALIZO CURATIVO, EM PONTOS UTILIZO GAZES SIMPLES E EM LESÃO UTILIZO KOLLAGENAS E ATADURA. *Em tempo: Utilizo gaze alcoolizada.*

Mantendo isolamento de contato, conforme orientação da CCIH.

tarde:

Mantendo isolamento de contato

Mantendo curativo em f.o

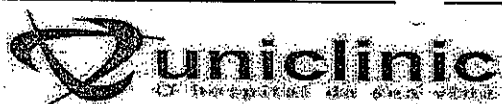
Pendências

COREN 513702

Ana Carolina M. Gadelha
 Enfermeira
 COREN 513702

Ana Carolina Machado Gadelha

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



Evolução Paciente

Paciente: Rosiane Felix Soares
 Data Nascto: 07/05/1991 26 Anos
 Sexo: Feminino
 Telefone: 984114689
 Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: 1.328.306
 Prontuário: 392.097
 Dt. Entrada: 17/10/2017 20:24:28
 Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
20/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Francisco Iranildo dos Anjos	

Paciente: Rosiane Felix Soares
 Enfermeiro(a): FCO IRANILDO DOS ANJOS

Evolução SN

Diagnóstico: POI de fratura de MID.

Especialidade: clínica/ cirúrgica.

Exame Físico

1. Neuro:consciente e orientada em tempo e espaço.
- 2.Respiratório:eupnéica em ar ambiente.
- 3.Cardiovascular:Normocárdica.
- 4.Digestivo:Dieta VO.
- 5.Renal:diurèse espontânea.
- 6.Tegumentar: Em FO EM MID.
- 7.Dispositivos:CVP EM HV.
- 8.Antimicrobianos:Piperacilina e Tazobactama D3.

Condutas/Intercorrencias

Paciente evolui estavel e sem queixas no periodo.
 Mantém curativo com kollagenase + crepom em MID, integro.
 Mantendo isolamento de contato, conforme orientação da CCIH.
 Segue aos cuidados da enfermagem.

Fco. Iranildo dos Anjos
 Enfermeiro
 COREN-CE 184.616

FCO IRANILDO DOS ANJOS

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



Evolução Paciente

Paciente: Rosiane Felix Soares
 Data Nascto: 07/05/1991 26 Anos
 Sexo: Feminino
 Telefone: 984114689
 Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: 1.328.306
 Prontuário: 392.097
 Dt. Entrada: 17/10/2017 20:24:28
 Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código pr
21/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Rousane Rodrigues Arrais	

Paciente: Rosiane Felix Soares
 Enfermeiro(a): Rousane Rodrigues Arrais

Evolução SN

- Diagnóstico: PO de fratura de MID.
- Especialidade: clínica/ cirúrgica.

Exame Físico

1. Neuro:consciente e orientada em tempo e espaço.
2. Respiratório:eupnéica em ar ambiente.
3. Cardiovascular:Normocárdica.
4. Digestivo:Dieta VO.
5. Renal:diurese espontânea.
6. Tegumentar: Em FO EM MID.
7. Dispositivos:CVP EM HV.
8. Antimicrobianos:Piperacilina e Tazobactama D4/10

Condutas/Intercorrencias

Paciente evolui estavel e sem queixas no periodo.
 Mantendo isolamento de contato, conforme orientação da CCIH.
 Segue aos cuidados da enfermagem.

Indicações

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL

Rousane R. Arrais
 Enfermeira
 COREN - CE 403.262

Rousane Rodrigues Arrais /



Evolução Paciente

Paciente	Rosiane Felix Soares	Atendimento	1.328.306
Data Nascto.	07/05/1991 26 Anos	Prontuário	392.097
Sexo	Feminino	Dt. Entrada	17/10/2017 20:24:28
Telefone	984114689	Convênio	GAMEC ENFERMARIA
Leito	Sala Cirur 03		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
22/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Luíza Jamila Silva da Costa	COREN 380847

Paciente: Rosiane Felix Soares**Enfermeiro(a): Luíza Jamila Silva da Costa - Enfermeiro(a)****Evolução manhã**

- Diagnóstico: Pré-operatório de fratura de MID.
- Especialidade: clínica cirúrgica.

Exame Físico

1. Neuro: consciente e orientada em tempo e espaço.
2. Respiratório: eupnéica em aa.
3. Cardiovascular: normotensa e normocárdica.
4. Digestivo: dieta VO.
5. Renal: diurese espontânea.
6. Tegumentar: pele íntegra para LPP. Lesão em MID.
7. Dispositivos: CVP.
8. Antimicrobianos: Piperacilina e Tazobactama.

Condutas/Intercorências**-Segue estável e sem queixas.**

Apresenta FO em lateral de perna direita, pontos íntegros e sem flogose + face medial apresenta lesão de tamanho moderado, com bordas irregulares, presença de tecido de granulação + pontos de esfacelo, drenando secreção serosanguinolenta, em quantidade moderada. Realizo curativo, em pontos utilizo gazes simples e em lesão utilizo kollagenase e atadura, + gaze acolchoada.

Mantendo isolamento de contato, conforme orientação da CCIH.

Luíza
Enfª Luíza Jamila
COREN - CE 380847

Tarde: mantém curativo íntegro. Mantendo isolamento de contato, conforme orientação da CCIH.

Pendências

Luíza
Enfª Luíza Jamila
COREN - CE 380847

Luíza Jamila Silva da Costa / COREN 380847

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



Evolução Paciente

Paciente: Rosiane Felix Soares
 Data Nascto: 07/05/1991 26 Anos
 Sexo: Feminino
 Telefone: 984114689
 Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: 1.328.306
 Prontuário: 392.097
 Dt. Entrada: 17/10/2017 20:24:28
 Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Paciente: Rosiane Felix Soares
 Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

Evolução MT

- Diagnóstico: Pré-operatório de fratura de MID.
- Especialidade: clínica cirúrgica.

Exame Físico

1. Neuro: consciente e orientada em tempo e espaço.
2. Respiratório: eupnéica em aa.
3. Cardiovascular: normotensa e normocárdica.
4. Digestivo: dieta VO.
5. Renal: diurese espontânea.
6. Tegumentar: pele íntegra para LPP. Lesão em MID.
7. Dispositivos: CVP.
8. Antimicrobianos: Piperacilina e Tazobactama.

Condutas/Intercorências

-SEGUE ESTÁVEL E SEM QUEIXAS.

APRESENTA FO EM LATERAL DE PERNA DIREITA, PONTOS ÍNTEGROS E SEM FLOGOSE + FACE MEDIAL
APRESENTA LESÃO DE TAMANHO MODERADO, COM BORDAS IRREGULARES, PRESENÇA DE TECIDO DE
GRANULAÇÃO + PONTOS DE ESFACELADO, DRENANDO SECREÇÃO SEROSANGUNOLENTA, EM QUANTIDADE
MODERADA. REALIZO CURATIVO, EM PONTOS UTILIZO GAZES SIMPLES E EM LESÃO UTILIZO KOLLAGENAS
E ATADURA.

MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO, CONFORME ORIENTAÇÃO DA CCIH.

TARDE: MANTÉM CURATIVO ÍNTEGRO, MANTENDO ISOLAMENTO DE CONTATO, CONFORME ORIENTAÇÃO
CCIH.

Pendências

Ana Carolina Machado Gadelha
 Enfermeira
 COREN 013707

Ana Carolina Machado Gadelha

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



Evolução Paciente

Paciente: Rosiane Felix Soares
 Data Nascto: 07/05/1991 26 Anos
 Sexo: Feminino
 Telefone: 984114689
 Leito: Sala Cirur 03

Atendimento: 1.328.306
 Prontuário: 392.097
 Dt. Entrada: 17/10/2017 20:24:28
 Convênio: GAMEC ENFERMARIA

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
23/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Francisco Iranildo dos Anjos	

Paciente: Rosiane Felix Soares
 Enfermeiro(a): FCO IRANILDO DOS ANJOS

Evolução SN

- Óstico: PO de fratura de MID.
- Especialidade: clínica/ cirúrgica.

Exame Físico

1. Neuro: consciente e orientada em tempo e espaço.
2. Respiratório: eupnéica em ar ambiente.
3. Cardiovascular: Normocárdica.
4. Digestivo: Dieta VO.
5. Renal: diurese espontânea.
6. Tegumentar: Em FO EM MID.
7. Dispositivos: CVP EM HV.
8. Antimicrobianos: Piperacilina e Tazobactama

Condutas/Intercorências

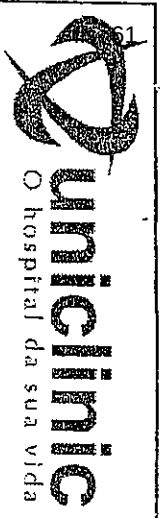
Paciente clinicamente estável. Glasgow: 15
 Mantendo isolamento de contato, conforme orientação da CCIH.
 Mantem curativo kollagenase + gaze acolchoada + crepom, integro.
 Segue aos cuidados da enfermagem.

Pendências

FCO Iranildo dos Anjos
 Enfermeiro
 COREN-CE: 484.618

FCO IRANILDO DOS ANJOS

UNICLINIC
 CONFERE COM O
 ORIGINAL



OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

NOME: Adriane Fátima Soares

DATA: 25/10/14 POSTO: 05 LEITO: 507-1

CONVÊNIO: Gratuito

TURNO: NT

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo2: _____ %

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações:

Adm: 10:30, paciente em repouso, sem dor, MSE está estável.

22 e 23/10/2019 sem alterações, a seguir com o acompanhamento de enfermagem.

[Assinatura]

Assinatura e COREN: _____

TURNO: _____

AC. VENOSO: _____

CVC () Local () Local () Dissecção

RESPIRAÇÃO:

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

() MNBZ () Masc. Reservatória 100% Spo2: _____ %

DIETA:

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

() Zero Para: _____

Observações:

[Assinatura]

UNICLINIC CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Assinatura e COREN: _____



Evolução Paciente

Paciente:	Rosiane Felix Soares	Atendimento:	1.328.306
Data Nascto:	07/05/1991 26 Anos	Prontuário:	392.097
Sexo:	Feminino	Dt. Entrada:	17/10/2017 20:24:28
Telefone:	984114689	Convênio:	GAMEC ENFERMARIA
Leito:	507-1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
25/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Paciente: Rosiane Felix Soares
Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

Evolução MT

- Diagnóstico: Pré-operatório de fratura de MID.
- Especialidade: clínica cirúrgica.

Exame Físico

1. Neuro:consciente e orientada em tempo e espaço.
2. Respiratório:eupnéica em aa.
3. Cardiovascular:normotensa e normocárdica.
4. Digestivo:dieta VO.
5. Renal:diurese espontânea.
6. Tegumentar:pele íntegra para LPP. Lesão em MID.
7. Dispositivos:CVP.
8. Antimicrobianos:Piperacilina e Tazobactama.

Condutas/Intercorências

-SEGUE ESTÁVEL E SEM QUEIXAS.

APRESENTA FO EM LATERAL DE PERNA DIREITA, PONTOS ÍNTEGROS E SEM FLOGOSE + FACE MEDIAL.
APRESENTA LESÃO DE TAMANHO MODERADO, COM BORDAS IRREGULARES, PRESENÇA DE TECIDO DE
GRANULAÇÃO + PONTOS DE ESFACELADO, DRENANDO SECREÇÃO SEROSANGÜÍNEA, EM QUANTIDADE
MODERADA. REALIZADO CURATIVO, EM PONTOS UTILIZO GAZES SIMPLES E EM LESÃO UTILIZO
KOLLAGENASE E ATADURA.
AVALIADA PELA ESTOMOTERAPEUTA.

Pendências

=

Ana Carolina M. Gadelha
Enfermeira
COREN 513702

Ana Carolina Machado Gadelha

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL



Ospital da sua vida

OBSERVAÇÃO ENFERMAGEM

DATA: 26/10/19 POSTO: 03 LEITO: 507-1

CONVÊNIO: *Gamee*

NAME: Kevane Felix Spates

TURN NO:

TURN: 17

AC-VENOSO:

卷之四

	CVC	() Local	() Dissecção
CVC			

cvc () **Local** () **Dissecção**

RESPIRAÇÃO:

RESPIRAÇÃO:

	() Ar 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				

Nasal () Venturi _____ %

() MNBZ () Másc. Reservatória 100% Spo²: _____%

c. Reservatória 100% Spo²: _____%**DIETA:**

DIETA:

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

()SNG ()GTI ()NPI

() Zero Para:

Index

Observações:

Observações:

do 08:00 hrs, acidente preventivo, volume no 400, análise mineralizada com êxito, extração de 22 a 24 litros de leite, exame dos resíduos de leite, 1 litro de leite.

~~Téc. de Enfermagem~~

~~COREN.CE:00466259~~

100

100

100

100

[illegible]

100

100

Age Group	1990-1994 (%)	1995-1999 (%)
18-29	~15	~25
30-49	~25	~35
50-69	~45	~55
70+	~65	~75

100

100

100

100

10

10

100

Assinatura e COREN:

Assinatura e COREN:

fls. 63.



Evolução Paciente

Paciente:	Rosiane Felix Soares	Atendimento:	1.328.306
Data Nascto:	07/05/1991 26 Anos	Prontuário:	392.097
Sexo:	Feminino	Dt. Entrada:	17/10/2017 20:24:28
Telefone:	984114689	Convênio:	GAMEC ENFERMARIA
Leito:	507-1		

Data evolução	Função	Tipo evolução	Especialidade	Usuário	Código prof
26/10/2017	Enfermeiro	Evolução		Ana Carolina Machado Gadelha	

Paciente: Rosiane Felix Soares
Enfermeiro(a): Ana Carolina Machado Gadelha Enfermeiro(a)

Evolução MT

- Diagnóstico: Pré-operatório de fratura de MID.
- Especialidade: clínica cirúrgica.

Exame Físico

1. Neuro: consciente e orientada em tempo e espaço.
2. Respiratório: eupnéica em aa.
3. Cardiovascular: normotensa e normocárdica.
4. Digestivo: dieta VO.
5. Renal: diurese espontânea.
6. Tegumentar: pele íntegra para LPP. Lesão em MID.
7. Dispositivos: CVP.
8. Antimicrobianos: Piperacilina e Tazobactama.

Condutas/Intercorências

-SEGUE ESTÁVEL E SEM QUEIXAS.

APRESENTA FO EM LATERAL DE PERNA DIREITA, PONTOS ÍNTEGROS E SEM FLOGOSE + FACE MEDIAL. APRESENTA LESÃO DE TAMANHO MODERADO, COM BORDAS IRREGULARES, PRESENÇA DE TECIDO DE GRANULAÇÃO + PONTOS DE ESFACELADO, DRENANDO SECREÇÃO SEROSANGUINOLENTA, EM QUANTIDADE MODERADA. REALIZADO CURATIVO, EM PONTOS UTILIZO GAZES SIMPLES E EM LESÃO UTILIZO KOLLAGENASE E ATADURA.

Pendências

=

Ana Carolina M. Gadelha
Enfermeira
COREN 513702

Ana Carolina Machado Gadelha

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 28/05/2019 às 18:15, sob o número 01370254920198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0137025-49/2019-8-06-0001 e código 499DIE7.

NOME DO PACIENTE:

CREDENCIAMENTO:

Rosângela Felix Soares

ENF. / APTO:

LEITO:

MÉDICO ADMITENTE:

MÉDICO ASSISTENTE:

501

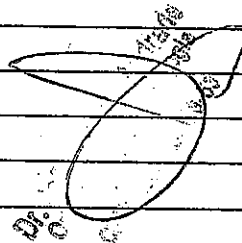
1

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

17/10/12 - Painel com dor por impacto
crânio

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CRM 5442

18/10 - dor forte ci em
membro pl. direito



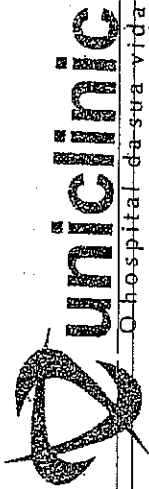
19/10 - dor forte em
pl. esquerdo

Dr. João Ricardo Andrade
Ortopedia e Traumatologia
CRM 5244

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

Ppt operado; no
x no no medos

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



FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTOS INVASIVOS

PACIENTE:	RAIANE FALCÃO SOARES	IDADE:	26	SEXO:	F
DIAG./CID:	CONVÊNIO: 171819-2024 22.03.24 23.03.24				

DATA	17/03/24	18/03/24	19/03/24	20/03/24	21/03/24	22/03/24	23/03/24	24/03/24	25/03/24	26/03/24	27/03/24	28/03/24	29/03/24	30/03/24	31/03/24
------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------

PROCEDIMENTOS INVASIVOS															
C.V.C. (J/C)															
C. ARTERIAL (P/D)															
DISSECÇÃO VENOSA															
JILCO/SCALP															
ENTUBAÇÃO															
RESPIRADOR															
TRAQUEOSTOMIA															
SONDA GÁSTRICA															
SONDA VESICAL (DEMORA)															
NUTRIÇÃO PARENTERAL															
DRENOS															

UNICLINIC
CONFERÊNCIA
DE DOCUMENTOS

ANTIMICROBIANOS															
DATA															
MATERIAL															
MICROORGANISMO															
DATA															
MATERIAL															
MICROORGANISMO															

DATA	MATERIAL	MICROORGANISMO	DATA	MATERIAL	MICROORGANISMO



BOLETIM DE RECUPERAÇÃO

Nome: Rafaela Felix SousaUnidade / Serviço: ORLeito: 5011Admissão: 12/10/17

DIA	HORA	Temp. Pulso p/min (BPM)	RESP	Pressão Arterial		DIURESE	EVACUAÇÃO	RUBRICA
				Max	Min			
12/10/17	22:00	37.5 79	19	110	60			F =
12/10/17	06:00	36.4 81	19	100	60			F =
13/10/17	12:00	36.6 80	19	100	70			Siliconia
13/10/17	18:00	36.5 78	18	110	80			(P)
13/10/17	24:00	36.0 80	20	120	70			(P)
14/10/17	06:00	36.5 78	18	100	80			(P)
14/10/17	18:00	36.5 80	19	110	60			Smar
14/10/17	22:00	36.5 81	20	100	60			S.
14/10/17	06:00	36.5 77	19	110	60			F =
20/10/17	12:00	35.8 80	20	100	70			Siliconia
20/10/17	18:00	36.5 79	19	120	80			Glaucina
20/10/17	22:00	36.0 80	20	120	70			Glaucina
21/10/17	06:00	36.8 78	18	110	80			(P)
21/10/17	12:00	37.0	20	120	70			Simer
21/10/17	18:00	36.0 80	20	120	80			Simer
21/10/17	22:00	36.5 77	19	110	60			S.
22/10/17	06:00	36.7 80	19	120	70			F =
22/10/17	12:00	36.8 80	18	110	80			(P)
22/10/17	18:00	36.0 78	20	100	70			(P)
22/10/17	24:00	36.5 80	19	120	80			(P)
23/10/17	06:00	36.0 78	20	110	70			(P)
23/10/17	18:00	36.5 7	20	110	70			Smar
24/10/17	06:00	36.8 80	20	100	70			Smar
24/10/17	12:00	36.0 80	20	100	80			Siliconia
24/10/17	18:00	36.5 80	21	110	70			Siliconia
25/10/17	06:00	36.5 81	19	100	70			Siliconia
25/10/17	12:00	36.0 80	19	110	80			Siliconia
25/10/17	18:00	37.0 79	19	110	80			Siliconia
25/10/17	22:00	36.4 70	18	110	60			Siliconia
26/10/17	06:00	36.0 80	19	120	80			Siliconia
26/10/17	12:00	36.8 78	20	130	70			(P)
26/10/17	18:00	36.0 80	18	120	80			(P)

UNICLINIC
CONFERE COM O
ORIGINAL

SINISTRO 3190177187 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ROSIANE FELIX SOARES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO ROSIANE FELIX SOARES**CPF/CNPJ:** 04462198352**Posição em 15-04-2019 16:34:46**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/04/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

11.812,50