BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/12/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: TAINARA ALMEIDA ALVES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 03881-4

CONTA: 000010020540-2

Nr. da Autenticação 2634E944D0CB7B46

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180238645
Cidade: Itarema
Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: TAINARA ALMEIDA ALVES
Data do acidente: 10/12/2017
Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 21/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: EXPOSIÇÃO ÓSSEA PROXIMAL DO RÁDIO DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (DEBRIDAMENTO) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO COTOVELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICA DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL OU ANATÔMICA MODERADA DO COTOVELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos cotovelos	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu: Manoel Sandro Santos de Souza,

RG nº 9801016 6420, data de expedição 28/01/2009

Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 856 901 392-20, com domicílio na cidade de Itarema, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Sítio Riacho, nº S/N,

complemento —, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima JAIMARA ALMEIDA ALVES, cujo o condutor era FRANCISCO JURE DE ARAUJO FREITAS.

Veículo: MOTO
Modelo: HONDA/NXR 160 BROS ESD
Ano: 2015/2016
Placa: CZA 3962/CE
Chassi: 9C2KD0530GR419493
Data do Acidente: 30/12/2017
Local e Data: Acaraú, Ce 26/04/2018.

RECONHECO

Assinatura do Declarante

FRANCISCO JURE DE ARAUJO FREITAS

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

CARTÓRIO DE ALMOFALA-CE

RECONHECO A FIRMA DE Manoel Sandro Santos de Souza

(X) Por Autenticidade
( ) Por Semelhança. Dou Fé.
Almofala/Itarema - CE 26/04/2018
Test. da Verdade

Poliana Amaral Pinheiro - Titular

SOMENTE COM AUTENTICIDADE

SABEMI SEGURADORA S/A

05 JUN 2018

RECEBIDO

Prova do ato

BABEMI SEGURADORA S/A
23 MAI 2018
RECEBIDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Nabércia Rios
Tel: (88) 3667 1132

Itarema

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL — Classificação do risco: [ ]

ESF: ____ ACS: ____ DN: __/__/__

ESF de origem: Almofala ACS: Selma DN: 25/08/1994

Raça: Branco ( ) Parda (X) Preta ( ) Amarela ( ) Indígena ( )

Nome: Taimara Almeida Alves Idade: 23 A

Filiação: Francineide Almeida dos Santos Alves / Valdelan dos Santos Alves

Endereço: Almofala Bairro: ____ Naturalidade: Itarema

RG: ____ Data Expedição: __/__/__ CNS: ____

Registro nascimento: ____ Livro: ____ Folha: ____ Telefone: (88) 981108344

Horário de chegada: 02:45 Data: 10/12/2017 Recepcionista: Adriana

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA 110 x 80 mmHg Temp: ____ Pulso 112 FR ____ Peso: ____ SpO2 98 %

Ass. Aux./Tec. de Enfermagem/Coren: ____ Glicemia: ____ Horário: ____

Procurou a ESF de sua área?

( ) Sim ( ) Não ( ) Não sabe informar ( ) Não foi possível localizar ( ) Não resolveu o problema

Data: ____

( ) NÃO porque ( ) Não é vizinho ( ) É longe de casa ( ) Não foi atendimento ( ) Outros ____

Queixa principal: ____

HDA: ____

Diagnóstico de enfermagem: ____

Conduta de enfermagem: ____

Encaminhamento: ____

Assinatura Enfermeira/COREN: ____ Hr: ____

CARTÓRIO LAURA
OFICIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA-CE
A presente cópia confere com o original, que me foi apresentado nestas notas, DOU FÉ
Itarema-CE 13/04/18
Laura Eduardo de Cássia Costa - Titular
Mary Cláudia Costa Roque - Substituta
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Paciente vítima de queda, diz cobrir [illegible] com uso de capacete. Refere dor contínua em cotovelo (D) com exposição óssea (Fx de cotovelo D?)

ECG: 15 / PIFR

CONDUTA INDICADA: Dieta livre + de mov em cotovelo (D)

MEDICAÇÃO: (1) Valtera 45 mg / (2) Analgesia Tramadol

EXAMES SOLICITADOS: ____ Hr: ____

Dr. Nathanael Santos
CRM-CE 16783

INTERNAÇÃO ADMINISTRADA: ____

Seguradora LÍDER

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").
Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	090.728.223-30	Tainara Almeida Alves.

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo: Tainara Almeida Alves.		CPF titular da conta: 090.728.223-30	Profissão: Recuso.
Endereço: Sítio Alegre		Número: S/N	Complemento: —
Bairro: Corrego da Volta.	Cidade: Itarema.	Estado: CE	CEP: 62580-000
Email: —			Telefone (DDD): (88) 9 9722-5454

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- [x] RECUSO INFORMAR
- [ ] SEM RENDA
- [ ] ATÉ R$ 1.000,00
- [ ] R$ 1.001,00 ATÉ R$ 3.000,00
- [ ] R$ 3.001,00 ATÉ R$ 5.000,00
- [ ] R$ 5.001,00 ATÉ R$ 7.000,00
- [ ] R$ 7.001,00 ATÉ R$ 10.000,00
- [ ] ACIMA DE R$ 10.000,00

[x] **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
- [ ] BRADESCO (237)
- [x] BANCO DO BRASIL (001)
- [ ] ITAÚ (341)
- [ ] CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO	DV
3881	4	20.540	0
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

[ ] **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO Nome	NRO

AGÊNCIA NRO.	DV	CONTA NRO	DV
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

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

Acaraú-Ce, 01 de Maio de 2018.
Local e Data

SABEMI SEGURADORA S/A
23 MAI 2018
RECEBIDO

x Tainara Almeida Alves
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR – D.P.I.

UNIDADE POLICIAL DE MORRINHOS/CE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA – B.O. Nº 274/2018

Data Reg.: 16/04/2018
Natureza: LESÃO CORPORAL – ACIDENTE DE TRÂNSITO

NOTICIANTE

Nome: FRANCISCO IURI DE AQUINO FREITAS, brasileiro, Solteiro, Agricultor, natural de Acaraú/CE, onde nasceu aos 15/07/1996, filho de Jose Oster de Freitas e Maria Eugênia de Aquino Freitas, residente na localidade de Sitio Alegre, Itarema/CE, portador do RG Nº 2008359702-0-SSP-CE e CPF Nº 071.726.093-36, Telefone: 88 - 989952069

HISTÓRICO:

Compareceu na sede desta Unidade Policial o senhor FRANCISCO IURE DE AQUINO FREITAS o qual informou que no dia 10 de Dezembro de 2017, por volta das 01:30 horas, se encontrava na condição de piloto da motocicleta de marca HONDA/NXR160 BROS ESDD, de cor Vermelha, ano de fabricação e modelo 2015/2016, placa OZA3302/CE, Chassi Nº 9C2KKD0810GR419493, registrada em nome de Manoel Sandro S de Sousa, conduzindo na garupa de sua moto sua amiga Tainara Almeida Alves, portadora do RG Nº 2007707760-6-SSP-CE e CPF Nº 070.728.223-30, pilotada através do noticiante ocasião em que o noticiante acabou batendo em um cavalo que estava no meio da pista de rolamento, e que em consequência disso o mesmo perdeu o controle da motocicleta, vindo a cair ao solo juntamente com sua amiga Tainara Almeida Alves, os quais sofreram lesões corporais, se encontrando prejudicados. Que o noticiante e sua amiga foram socorridos através de populares até o Hospital Municipal de Itarema/CE onde receberam o atendimento médico de urgência e posteriormente encaminhados até a Santa Casa de Misericórdia de Sobral/CE, onde receberam o atendimento médico necessário. Que na cidade de Itarema/CE não existe atendimento feito através de Corpo de Bombeiros, SAMU, Anjos do Asfalto e similares. Que o noticiante foi cientificado de que prestar informações falsas a Polícia é crime previsto no Código Penal Brasileiro. Que nada mais tem a declarar.

Escrivão: Lauro Florentino Silva
Escrivão de Polícia Civil
de Classe Especial
Mat.: 097.059-1-0

Responsável/Reg.: FRANCISCO IURE DE AQUINO FREITAS

CARTÓRIO 1º OFÍCIO ACARAÚ - CEARÁ
A presente cópia fotográfica confere com o original exibido nestas notas Dou fé
Acaraú 30/04/2018
Em test° mll da verdade
Maria Honorata Carmo - Notária
Claudia Regina Andrade Carmo - Substituta

SABEMI SEGURADORA S/A
23 MAI 2018
RECEBIDO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DENATRAN

013399721560

FPT 01 01081204424 000000000 2017

MANOEL SANDRO S DE SOUSA
****
ITAREMA /CE

856901139220 OZA3302/CE

/CE 9C2KD0810GR419493

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOL/ALCO

HONDA/NXR160 BROS ESDU 2015 2016

2P/GGV/162CC PARTIC VERMELHA

I P V A	**********,**	**/**/**
	**********	**********,**

****

****
****
****

ITAREMA 15/05/2017

Igor Pontes

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013399721560 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AO CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO
www.seguradoralíder.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

2017 15/05/201

VIA 01	856901139220	OZA3302
RENAVAM 01081204424	HONDA/NXR160 BROS ES	
ANO FAB. 2015	09	9C2KD0810GR419493

PRÊMIO TARIFÁRIO

81,29	9,03	90,33
CUSTO DO BILHETE 4,15	IOF 0,7	185,5

PAGAMENTO
K 12/05/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

MOTOR: KD0BE16419493 0156

SABEMI SEGURADORA S/A
23 MAI 2018
RECEBIDO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007707740 - 6

DATA DE EXPEDIÇÃO 30/09/2010

NOME
TAINARA ALMEIDA ALVES

FILIAÇÃO
VALDELAM DOS SANTOS ALVES
FRANCILENE ALMEIDA DOS SANTOS ALVES

NATURALIDADE
ITARENA - CE

DATA DE NASCIMENTO
25/08/1994

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFICIO TERMO:19954 FOLHA:131 V
LIVRO:A 18 ITARENA - CE

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 128

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

SABEMI SEGURADORA S/A
23 MAI 2018
RECEBIDO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Tainara Almeida Alves

Proteger Direito

POLEGAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

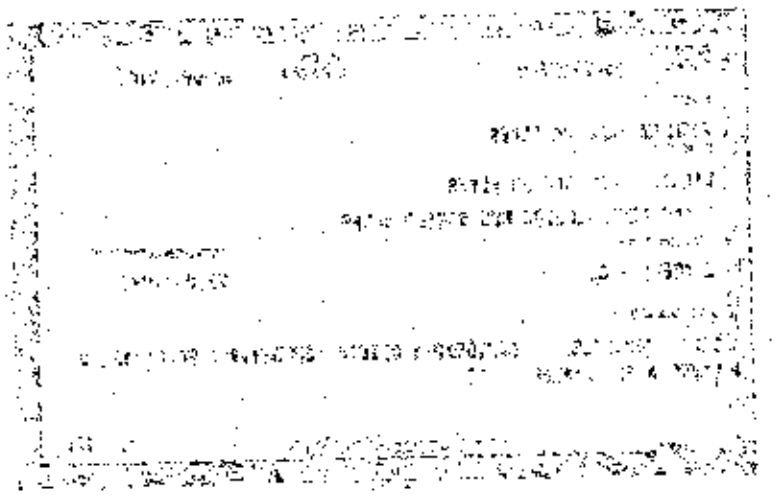
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

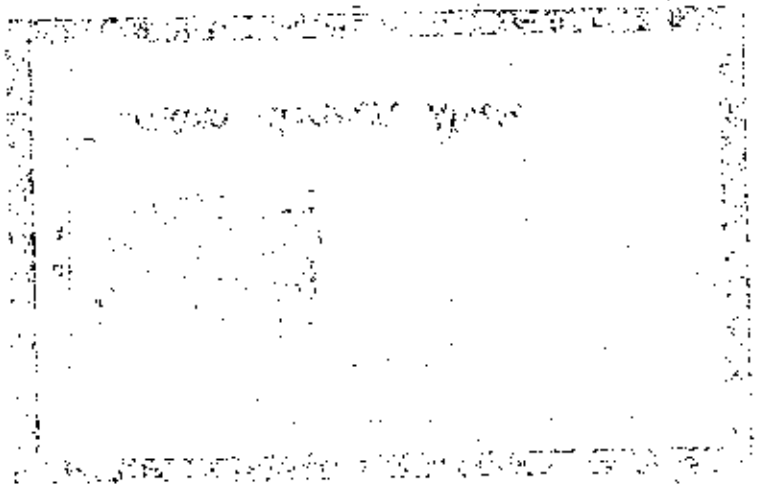
Número
070.728.223-30

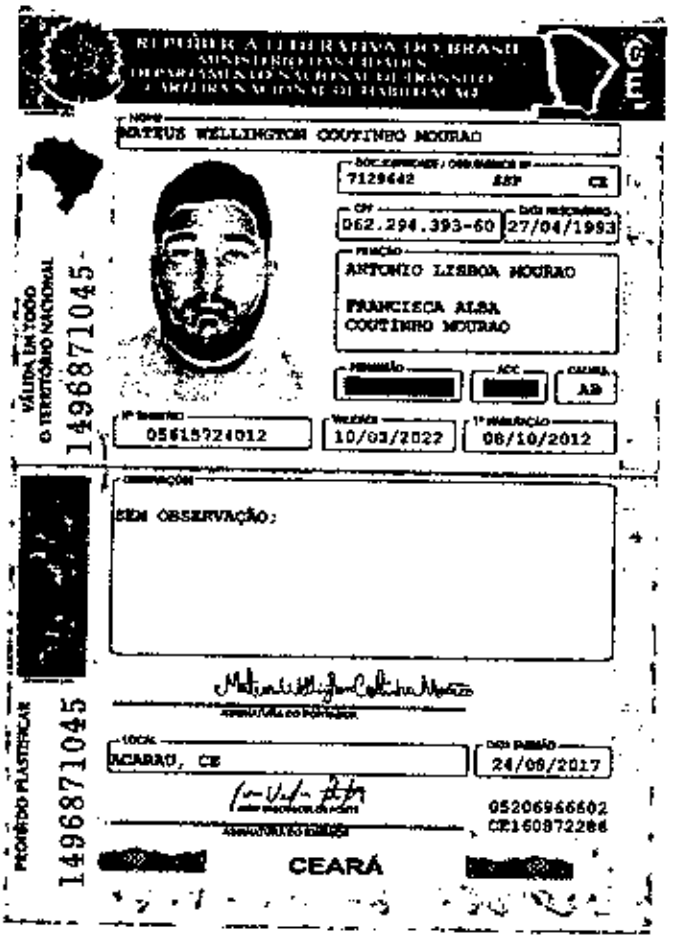
Nome
TAINARA ALMEIDA ALVES

Nascimento
25/08/1994

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO







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

CNH

NOME
MATEUS WELLINGTON COUTINHO MOURAO

DOC. IDENTIDADE / ÓRG. EMISSOR / UF
7129642 SSP CE

CPF
062.294.393-60

DATA NASCIMENTO
27/04/1993

FILIAÇÃO
ANTONIO LISBOA MOURAO
FRANCISCA ALBA COUTINHO MOURAO

PERMISSÃO
[redacted]

ACC
[redacted]

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
05615724012

VALIDADE
10/03/2022

1ª HABILITAÇÃO
08/10/2012

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

[redacted]

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1496871045

PROIBIDO PLASTIFICAR

1496871045

LOCAL
ACARAU, CE

DATA EMISSÃO
24/08/2017

05206966602
CE160872288

[redacted] CEARÁ [redacted]

SABEMI SEGURADORA S/A
23 MAI 2018
RECEBIDO

BADEMI SEGURADORA S/A
23 MAI 2018
RECEBIDO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Hospital Municipal Natércia Rios
Tel: (88) 3667 1132

Itarema

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL — Classificação do risco: [ ]

ESF: _____ ACS: _____ DN __/__/__

ESF de origem: Almofala ACS: Selma DN 25/08/1994

Raça: Branco ( ) Parda (X) Preta ( ) Amarela ( ) Indígena ( )

Nome: Taínara Almeida Alves Idade: 23A

Filiação: Francelene Almeida dos Santos Alves / Valdelan dos Santos Alves

Endereço: Almofala Bairro: _____ Naturalidade: Itarema-CE

RG: _____ Data Expedição __/__/__ CNS: _____

Registro nascimento: _____ Livro: _____ Folhas: _____ Telefone: 88 981108344

Horário de chegada: 02:15 Data 10/12/2017 Recepcionista: Adriana

ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM:

SSVV: PA 110 x 80 mmHg Temp. _____ Pulso 112 FR _____ Peso: _____ SpO2 98 %

Ass. Aux./Tec. de Enfermagem/carimbo: _____ Circenia: _____ Horário: _____

Procurou o ESF de sua área? _____

( ) Outros _____

_____ NÃO porque ( ) Não é adscrito ( ) É longe da casa ( ) Não tinha atendimento ( ) Outros _____

Queixa principal: _____

HDA: _____

Diagnóstico de enfermagem: _____

Conduta de enfermagem: _____

Encaminhamento: _____

Assinatura Enfermeira/COREN: _____ Hr: _____

CARTÓRIO LAURA
OFÍCIO DE NOTAS E REGISTROS DE ITAREMA-CE
A presente cópia confere com o original, que me foi apresentado nestas notas, DOU FÉ
Itarema-CE 13/04/18
Laura Eduardo de Cassia Costa - Titular
Mary Cláudia Costa Roque - Substituta
VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

ATENDIMENTO MÉDICO:

HDA: Paciente vítima de queda, diga, colisão motocicleta sem uso de capacete. Teve contusão em cotovelo (D) com exposição óssea (FG de cotovelo D?)

ECG: 15 / PIFR

CONDUTA INDICADA: Dor e limitação de mov. em cotovelo (D)

MEDICAÇÃO: (1) Valtoran 75 mg IM / (2) Analgesia Tramadol

EXAMES SOLICITADOS: _____

Hr: _____

Dr. Nathanael Santos
MÉDICO
CREMEC 21647/83
Ass. CRM

MEDICAÇÃO ADMINISTRADA: _____

HORÁRIO DA ADMINISTRAÇÃO: _____ Hr Ass. T.Enf. _____

SERICORDIA DE SOBRAL
o Hospitalar
ção Hospitalar

T.O.

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 924133
Paciente ...: TAINARA ALMEIDA ALVES — CPF...:
Sexo.....: MASCULINO
Dt. Nasc...: 25/08/1994 — Idade...: 23a 3m 16d
Mae.....: FRANCILENE ALMEIDA DOS SANTOS ALVES — Cor.....: PARDA
Pai.....: VALDELAN DOS SANTOS ALVES — CNS...: 898001962338918
E. Civil.....: SOLTEIRO
Endereço ..: ALMOFALA — Nº.....0
Bairro.....: ZN — CEP..: 62590-000
Cidade.....: ITAREMA — UF.....CE
Fone.....: 97323022

ARQUIVO
DIA: 10 / 12
Sherlon
RECEBIDO POR

DADOS DO RESPONSAVEL

Nome.....
Endereço.....
Documento.....
Fone.....

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento..: 5047068 — Atendente..: THIAGO MESQUITA
Data..... 19/12/2017 — Hora..... 09:08 — Permanência..: 3Dias
Procedimento..: 0408020547 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO OU FRATURA-LUXAÇÃO DO COTOVELO
Medico.....: ANA CRISTINA FIUZA DE ALBUQUERQUE
Unidade Int.....: UI EMERGENCIA ADULTA
Leito.....: LEITO EXT 6 EMERG. ADULTA
Convenio.....: SUS - SIH
Plano.....: 1
Carteira .....:
N. Guia.....:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Assinatura do Paciente ou Responsavel

Outras Observações:
ao S.P. TO. recuperação

Servico: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA — Convenio: 1 SUS - SIH
Leito...: 193 LEITO 15-S -C.S. S40 J — Plano ...: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA — Usuario..: FLISRCGINA
CID: L.. ULCERA DOS MEMBROS INFERIORES NAO CLASSIF

Procedimento de Alta: 4130400? DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DEPAUPER

Observacao de Alta:

Dr. TAMERINA FERNANDES BRONDI

1344007872-1

SUS — Sistema Único de Saúde — Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 310725

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
2 - CNES: 3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
4 - CNES: 3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

6 - Nº DO PRONTUÁRIO:

ATEND.: 5047069 DT. ATEND.: 10/12/2017 - 07:08
MATRI.: 924133 NASCIMENTO.: 25/08/1994
NOME..: TAINARA ALMEIDA ALVES
MAE...: FRANCILENE ALMEIDA DOS SANTOS ALVES
CPF...: CNS: 898001962339918 SUSFACIL:
ENDER.: ALMEFALA 0
BAIRRO: ZN - ITAROIA -CE- CEP: 62590000

NASCIMENTO: /
9 - SEXO: Masc. [1] Fem. [3]
10 - RAÇA/COR:
DDD / 12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
DDD / 14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | 17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO | 18 - UF | 19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando fratura exposta em membro direito

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:
Risco de complicação

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):
Anamnese + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta de membro direito
24 - CID 10 PRINCIPAL: S92.7
25 - CID 10 SECUND. | 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Internação
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0 4 1 5 0 4 0 0 3 5

29 - CLÍNICA: 1
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: 2
31 - DOCUMENTO: ( ) CNS (/) CPF
32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 4 2 7 0 8 0 4 3 5 0 4

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: ANA CRISTINA FIUZA DE ALBUQUERQUE
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 10/12/17
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TIPICO
38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA | 40 - Nº BILHETE | 41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA | 43 - CNAE EMPRESA | 44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO

GRISON Vasconcelos Lima
Médico Auditor - Sobral - Ce
26 DEZ. 2017
CRM-CE 7367
CPF 003.380.367-47

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR | 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO: ( ) CNS ( ) CPF
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Cristiano Araújo Costa
CRM-9363 DIRETOR TÉCNICO

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 324565 Sala : 0002 SALA 02
Paciente : 924133 TAINARA ALMEIDA ALVES Atendimento :5047069
Convênio Atend. : 1 SUS - SIH Carteira :
Leito : 730 LEITO EXTRA 1- REC Idade :23 Anos 15 Dias 17 Horas
Dt. Início : Dt. Fim :
Cid Pré-Operatório : S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO
Cid Pós-Operatório : S521 FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO

Procedimentos

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Convênio: 001 SUS - SIH
Anestesia: 03 SEDACAO

Equipe Médica

ANESTESISTA	14163	AQUYLLES SILVA MAGALHAES
CIRURGIAO	6011	FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
1. AUXILIAR	12196	THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DEBRIDAMENTO CIRURGICO DE LESÃO EXTENSA DE COTOVELO DIREITO
- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
- ANTISSEPSIA E ASSEPSIA
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- DEBRIDAMENTO DA FERIDA
- IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- SUCÇÃO DA FERIDA
- HEMOSTASIA DEFINITIVA DA FERIDA
- SUTURA MINIMA DA PELE
- CURATIVO ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos: **Descrição Complementar**

Dr. Francisco das Chagas Pereira
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6011

DR(A) . FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA
CRM : 6011

Dr Thiago Mont'Alverne L. Parente
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 12196 - CPF: 641.346.503-8

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

SABEMI SEGURADORA S/A
23 MAI 2018
RECEBIDO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME: Tainara Almeida Alves | DATA: 20/12/17 | REGISTRO: 5047069

ENF.: | LEITO:

IDADE: 23a | SEXO: F | COR: Pdo | CLÍNICA: Traumatologia

PRESSÃO ARTERIAL: | PULSO: 78 | RESPIRAÇÃO: | TEMPERATURA: | PESO: | GRUPO SANGUÍNEO:

ESTADO GERAL: BOM [X] REGULAR [ ] MAU [ ] PÉSSIMO [ ] | RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN): Grau I [ ] Grau II [ ] Grau III [ ] Grau IV [ ]

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATÓRIO: ADN | AP. CIRCULATÓRIO: ADN

AP. DIGESTIVO: Jejum 12h | ESTADO MENTAL: Glasgow 15 | DROGAS EM USO:

PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA: | ESTADO FÍSICO (ASA): 1 2 3 4 5 E

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: Dificuldade cirurgica em MSD

CIRURGIÃO: | AUXILIARES:

INÍCIO DA ANESTESIA: 12:10 | TÉRMINO DA ANESTESIA: 17:40 | DURAÇÃO DA ANESTESIA:

AGENTE/HORA

O:

N2O:

LÍQUIDOS VENOSOS: RL

PULSO | PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA | DIASTÓLICA | PRESSÃO ARTERIAL MÉDIA | FREQUÊNCIA CARDÍACA | FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | SpO2 | ANOTAÇÕES

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

ANESTESIA GERAL [ ] RAQUIDIANA [ ] EPIDURAL [ ] BLOQ. PLEXO [ ] BLOQ. NERVOS [ ] OUTROS [X]

TÉCNICA: Sedação Venosa + O2 por cateter nasal

LÍQUIDOS	Volume em ml	MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
GLICOSE		1 Fentanil 50mcg	6
NaCl		2 Propofol 100mg	7
SANGUE		3 Petidrino 20mg	8
RINGER	500ml	4 Midazolam 2mg	9
TOTAL		5	10

DESTINO DO PACIENTE: APTO [ ] ENFERM. [ ] SRPA [X] UTI [ ] OUTROS [ ]

SRPA PA: 110/70 PULSO: 75 RESPIRAÇÃO: SpO2: 100%

ASSINATURA/ANESTESISTA

PLANO TERAPEUTICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

FACULDADE DE MEDICINA SOBRAL UFC

Nome: Tainara Almeida Alves | Clínica: Emerg | Enf.: — | Leito: — | Mat: 24133 | Reg.: — | Peso: | Altura:

Data: 10/12/13 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
1) Dieta zero		09/08: Admitida nesse setor, com
2) SF 0,9% 1000ml 125ml/h		DD de fratura exposta de
3) Cefalina 1g EV 6/6h	12 18 24 06	calcanhar direito, encaminhada
4) Dipirona 2:18 AD EV 6/6h	11 17 23 05	da do H.D. com relato de cãi-
5) Bromoprida 2:18 AD EV 8/8h SN		bras mais-mais, apresentando
6) SS 00 CFGG		fratura em MID e MSD.
7) encaminhar ao TO		Realizou Rx de braço e perna
		D. e aguarda SZ para con-
		duta do TO. Segue aos cuida-
		dos de enfermagem. Fernanda
		729.338.
		Paciente transferida
		para SR. Em posição
		[illegible]
		[illegible]
		procedimento cirúrgico
pós-operatório		
8) Hemograma pós op. 8/10/13		
9) SGC 1500 → 1500 → 1500 → 21/10	500 500 500	
10) Repique 10g 8/8h	18 02	17:00 Vai p/ SO
11) Dipirona + 05 cc IM 6/6h	18 24 06	17:01 - Recebida pela
12) Tramal 50 + 100ml SF 0,9% 8/8h	03	para procedimento
13) [illegible] + TSG		cirúrgico. Chegou
		sem [illegible] em MMSS
		Edemaciada, mani-
		festada e iniciado
		sedação pelo Dr. Aquiles
		que foi medicado com [illegible]
		[illegible]
		[illegible]

Dr. Francisco dos Chagas Pinheiro
Cirurgião Traumatologista
CRM [illegible]

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

SINAIS VITAIS			
HORA	TEMP.	PA	P

USO O_2 e AR COMP.			
	LIG.	DESL.	CO
O_2			
O_2			
AR			
AR			

RESPIRADOR	
LIG	DESL
LIG	DESL
Contínuo	

	LIG	DESL	CO
Monitor			
Oximetro	LIG	DESL	CO

GLICEMIA			
HORA	VALOR	HORA	VAL
HORA	VALOR	HORA	VAL
HORA	VALOR	HORA	VAL

BOMBAS DE INFUSÃO		
MEDICAÇÃO	LIGADO	DESL

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

PROFISSIONAL:

NOME: Tainara Almeida Alves Nº PRONTUÁRIO 924133

SETOR: 5 R ENFERMARIA: — LEITO: —

DATA	
12/12/17	# Colecistite
	Dr. Francisco [illegible] Ortopedia e Traumatologia CRM [illegible]

SABEMI SEGURADORA S/A

23 MAI 2018

RECEBIDO

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

COD. 11008

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

PLANO TERAPEUTICO

Nome: Francisca Almeida Alves | Clínica: 6 SR | Enf.: | Leito: | Mat: 924133 | Reg.: | Peso: | Altura:

Data: 10/12/12 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
		17:50 - Terminou de pro-
		cedimento e transferida
		para SR com sua mon-
		tagem concentrio alma
		em maca orientada
		verbalizando;
		bem.
		17:55 Chegou da SO com
		cateter acesso venoso
		periférico
		limpo em (MSD) anes-
		tesia com curativo
		transparente sem oclusão
		20:00 Encontra-se
		em repouso no leito
		sonolenta consciente,
		pensativa, verbalizando
		eliminante, respirando
		no uso de bota cánula
		sem alteração no momento

Enfermeira: Maria José da Silva
TÉCNICA DE ENFERMAGEM
COREN/CE 752.695

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CÓPIA ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

SINAIS VITAIS				
HORA	TEMP.	PA	F	P

USO O_2 e AR COMP.			
	LIG.	DESL.	CONT
O_2			
O_2			
AR			
AR			

RESPIRADOR			
LIG		DESL	
LIG		DESL	
Contínuo			
Monitor	LIG	DESL.	CONT
Oximetro	LIG	DESL	CONT

GLICEMIA			
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO		
MEDICAÇÃO	LIGADO	DESLIG

ECG às

Raio X às

Cod. 261 - Gráfica CLEDE - (85) 3611.3

[illegible] DE MISERICORDIA DE SOBRAL
[illegible] de Gerenciamento da Unidade
[illegible] / Evolução

Página: 1/2
Emitido por: [illegible]
Data: 11/12/2017 [illegible]

Leonardo Viana
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRM [illegible]
Hospital da Misericórdia

ATENDIMENTO: 177470 DATA: 11/12/2017 09:31
PACIENTE: LEONARDO VIANA
NASCIMENTO: [illegible] DT NASC: 23/08/1994 (23A 3M 17D)
SEXO: [illegible] Sim
[illegible] - TARCIANA ALICIDA ALVES
[illegible] ALTURA: SUP. CORPOREA:
INICIO AGUD.: [illegible]/2017 09:00 1 DIAS(S) INT
[illegible] CRISTINA FIUZA DE ALBUQUERQUE SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
[illegible] DE SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO: LEITO 1408 - RECUPERAÇÃO COBERTURA: [illegible]
[illegible] FRATURA DA EXTREMIDADE SUPERIOR DO RADIO CICLO: /
DIAGNOSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MEDICA

- 2A CIRURGIA

[illegible] COM FRATURA DE COTOVELO DIREITO POS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

[illegible] DESAMPARO CIRURGICO 10/12

[illegible] DE DEFINITIVA D2

[illegible] EVOLUI ESTAVEL

[illegible] DISCRETA DEVIDO A TEMPO POS CIRURGICO

[illegible]

PRESCRIÇÃO MEDICA

	Qtd Unidade	Sit	Apl	Frequência	Data Horário
[illegible]	1				[11/12] [illegible]
[illegible]	1 FRASCO	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[11/12] [illegible]
					[12/12] [illegible]

[illegible] FISIOLOGICA 0,9% INFUSÃO EM [illegible]
[illegible]
[illegible] SORO FISIOLOGICO [illegible] 1 FRASCO
[illegible]
[illegible] EQUIPO PARA SORO 1 UNIDADE
[illegible] AGULHA DESCARTAVEL [illegible] 1 UNIDADE
[illegible] SERINGA DESCARTAVEL [illegible] 1 UNIDADE
[illegible]

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

PLANO TERAPEUTICO

Nome: Dinora Almeida Alves | Clínica: 5R | Enf.: — | Leito: — | Mat. 924191 | Reg.: — | Peso: | Altura:

Data 11/02/12 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
		05:00 Permanece em seu leito, cama, orientada, verbalizando, entrelúcida, AVP mantido, cooperativo no uso de bota c/ faixa de crepom, nega queixa no momento. Administrado todas as medicações de hora em hora conforme prescrição médica, realizado SSVV, segue dos cuidados da equipe.
		6:00 - Paciente acordou no leito, calmo, orientado, dieta oral, aceitação, diurese mantida, eliminações normais, curativo na ferida operatória limpo, sem sinais de infecção, sem queixas. Cuidados de enfermagem realizados.
		10:00 - Realizado [illegible]
		12:00 - [illegible]

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

MARIA JOSÉ DA SILVA
TÉC. DE ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS				
HORA	TEMP.	PA	P	F
5	–	12/7	77	
04	–	11/7	74	

USO O_2 e AR COMP.	LIG.	DESL.	CON
O_2			
O_2			
AR			
AR			

RESPIRADOR	
LIG	DESL.
LIG	DESL.

Controle

	LIG	DESL.	CONT
Monitor			
Oximetro			

GLICEMIA			
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO		
MEDICAÇÃO	LIGADO	DESL.

TOG Ab
RQD X Ab

PLANO TERAPEUTICO

Nome: Taenora Almeida Alves | Clínica: Reanimação | Enf.: | Leito: 1468 | Mat. 924133 | Reg.: | Peso: | Altura:

Data: 1/1/2012 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
		3 Bom porte. Reclusão muscular do dia de Jejum 967 - 6US
		14:00 cliente encontra-se lúcida orientada verbalizando. Mucosa corada, mantido em jejum, sem queixas e sigo cuidados de enfermagem. Evoluo
		14:22 transferido para São Joaquim de Jejum 967 - 6US
		14:38 Paciente admitido na nossa unidade para dar continuidade ao seu tratamento vindo da sala de recuperação Cláudia Costa
		23:30 Em repouso no leito, Bom Quadro Ventilatório, respirando espontânea, Dor torácica, dieta oral, acesso venoso periférico sem queixas de dor no momento. Prossigo nos cuidados de Enfermagem. Tec Rosa

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CENTRO DE ARQUIVO MÉDICO
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Angela Costa Araújo
ENF. DE ENFERMAGEM
COREN-CE: 592169

SINAIS VITAIS			
HORA	TEMP.	PA	P
		12	
	36	80	

USO O_2 e AR COMP.			
	LIG.	DESL.	CO
O_2			
O_2			
AR			
AR			

RESPIRADOR	
LIG	DESL.
LIG	DESL.

Contínuo			
Monitor	LIG	DESL.	CO
Oximetro	LIG	DESL.	CO

GLICEMIA			
HORA	VALOR	HORA	VAL
HORA	VALOR	HORA	VAL
HORA	VALOR	HORA	VAL

BOMBAS DE INFUSÃO		
MEDICAÇÃO	LIGADO	DESL

ECG às
Raio X às

Cod. 265 - Gráfica CLEIDE - (86) 55-1

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

PLANO TERAPEUTICO

Nome: Tainara A. Alves | Clínica: S. Jurg | Enf.: 30 | Leito: 03 | Mat: 924133 | Reg.: | Peso:

Data: 12/12/17 PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

10:00h Encontra-se el-
ma orientado, acor-
dado que está ao
tempo/espaço. Tem
veia periférica. Tem
13:05. Banho no leito
realizado, higiene
íntima, hemodinâmica
sem queixas
no momento
segue aos cuidados
da Enf. Ana
Carla Alves
22:30 + paciente calmo
colaborador, orientado,
hemodinâmica estável
deita-se, dorme
sem queixas.
Serena Franca

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CENTRO CIRÚRGICO ORIGINAL
Maria Cecília da Silva
COORDENADORA

SIN	
HORA	TEM
8h	36
	36
	36

USO O.

LIG	
%	
AR	
AR	

RESPIRA

LIG	
LIG	
Cadíruo	
Monitor	LIG
Oxímetro	LIG

GLICEMIA

HORA	VALOR	HORA	V
HORA	VALOR	HORA	V
HORA	VALOR	HORA	V

BOMBAS DE INFUSÃ

MEDICAÇÃO	LIGADO

LOG. Ins
Reto X Ins

PLANO TERAPEUTICO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Nome: Tainara Almeida | Clínica: [illegible] | Enf.: — | Leito: — | Mat: 2133 | Reg: [illegible] | Peso: | Altura:

Data: 13/12/17 PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
		10:00h Encontra-se deitada no leito orientada e lúcida, queixa-se de dor abdominal, mantido dieta zero, presente [illegible]
		12hs Evoluiu com alta hospitalar [illegible]

TÉC. EM ENFERMAGEM COREN-CE

SABEM SEGURADORA SA
23 MAI 2018
RECEBIDO

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Elide da Silva
COORDENADORA

SINAIS VITAIS

HORA	TEMP.	PA	P	F
8h	36,1	12x8		

USO O_2 e AR COMP.

	LIG.	DESL.	CON
O_2			
O_2			
AR			
AR			

RESPIRADOR

LIG	DESL.
LIG	DESL.

Contínuo

	LIG	DESL.	CON
Monitor			
Oximetro	LIG	DESL.	CON

GLICEMIA

HORA	VALOR	HORA	VALO
HORA	VALOR	HORA	VALO
HORA	VALOR	HORA	VALO

BOMBAS DE INFUSÃO

MEDICAÇÃO	LIGADO	DESL

ECG às

Raio X às

Cod. 204 - GRÁFICA CLEIDE - (85) 3111

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DEADMISSÃO - EMERGÊNCIA

ATEND.: [illegible] DT. ATEND.: 10/12/2017 - 09:03
MATRI.: [illegible] NASCIMENTO.: 25/03/1974
NOME.: TAINARA AUXILIA ALVES
PAI....: FRANCILENE AUXILIA DOS SANTOS ALVES
CPF....: DIG: [illegible] SUS FACIL:
CIDER.: ALTERALA 0
BAIRRO: ZN - ITAREMA -CE- CEP: [illegible]

QP:

HDA: Paciente vítima de acidente automobilístico apresentando fratura exposta em membro direito

EXAME FÍSICO:
A
B
C
D
E: Fratura exposta em antebraço direito

OK

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura exposta antebraço (D)

CONDUTA:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO FINAL: Fratura exposta antebraço (D)

DATA: 10 / 12 / 17 Hora: Ass./CRM:

SANTA C... ...ORTOPEDIA DE SOBRAL
HM 2000 - Sistema de Gerenciamento de Unidade
Relatório de prescrição / Evolução

Página: 1/2
Emitido Por:LAILA PONTE
Data:13/12/2017 05:39

PRESCRIÇÃO: ... DATA: 13/12/2017 05:30
USUÁRIO...: LAILA PONTE
ATENDIMENTO: ... DT NASC: 25/08/1994 (23A 3M 19D)
CONVÊNIO...: SUS - SUS
PACIENTE...: ... - TAINARA ALMEIDA ALVES
PESO... ...: ALTURA: SUP. CORPORAL:
INTERNAÇÃO.: 10/12/2017 09:08 3 DIAS(S) INT
MÉDICO.....: ... ...SINA FIUZA DE ALBUQUERQUE SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT..: UI TRAUMATO/ORTOP. - 3. SOARQUIM LEITO..: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM CONSÉRVÊNCIA: ENFERMARIA
CID.....: L97 ULCERA DOS MEMBROS INFERIORES NAO CLASSIFICADA EM OUTRA PARTE CICLO..: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO..:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

----13/12/2017----

DR CHAGAS

TAINARA ALMEIDA, 23 ANOS, PROCEDENTE DE ITAREMA

PACIENTE COM FRATURA DE CALCANEO DIREITO PÓS ACIDENTE AUTOMOBILISTICO
(11/12/2017) REALIZADO DERBRIDAMENTO CIRÚRGICO

EM USO DE: CEFALOTINA 8H
DIPIRONA 6/6 HS
BROMOPRIDA SN
TILATIL 12/12 HS
TRAMAL SN

COMORBIDADES: nega, inclusive alergias.

EVOLUIU: paciente nega dor em MSD, febre, náusea. Aceitando dieta, diurese presente, evacuação ausente.
EO: ulcerada, sem sinais flogísticos

CD: AVALIAR EO E DECIDIR POR ALTA HOSPITALAR HOJE

alta hospitalar

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA		Qtd Unidade	ON	Apl	Frequencia	Data Horarios
1	DIETA GERAL	1				[13/12] . 05:30

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Tainara Almeida Alves
Tratamento para: S42.4 - FRATURA DE COTOVELO

☐ **Cirurgia :** DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Data: 10/12/2017

☐ **Antibioticoterapia:** Cefalotina (D4).

Recomendações:

( ) **Não Pisar**
( ) **Não Sustentar Peso**
( ) **Manter membro elevado (a 45°)**
( ) **Crioterapia (Gelo) 3x ao dia**
(X) **Retirar pontos após *15* dias**
( ) **Fisioterapia precoce**
(X) **Atentar à data de retorno (*15* dias)**
(X) **Fazer uso médicação prescrita**
( ) **Trocar curativo diariamente**

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após *15* dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). FRANCISCO DAS CHAGAS PEREIRA , **para acompanhamento complementar.**

Obs.: ***Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso***

Dra. Laila Pontes
Médica
Residente de Ortopedia e Traumatologia
CRMEC 16493

Data: 13/12/2017

Assinatura e Carimbo

SABEMI SEGURADORA S/A
23 MAI 2018
RECEBIDO

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Relatório médico
13/9/18.

Pete de 74 anos que sofreu acidente fb 10/12/2017 com fratura de cotovelo, com necessidade por imobilização do membro

3