

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**OUTORGANTE:**

RENAN MARCOS DA SILVA, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 97002382108 e do CPF nº 001.037.313-69, residente e domiciliado à Rua Rio Pardo nº 1318 Papicu, Fortaleza/CE, CEP: 60.175-440.

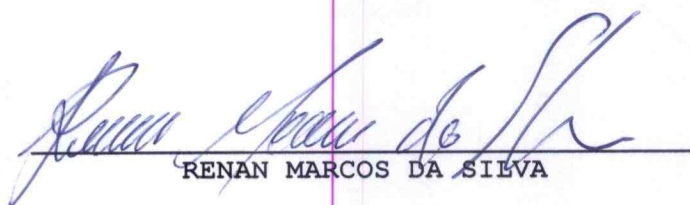
OUTORGADO:

ALEXANDRE ZAMPROGNO, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o nº 42.100, com escritório profissional situado na rua Osvaldo Cruz, nº 2302 - Dionísio Torres, em Fortaleza/CE, CEP 60.125-151, PABX: (85) 3264.1212 e FAX: (85) 3224.4945.

PODERES OUTORGADOS:

Aqueles da cláusula *ad judicium* e extra, para o foro em geral, podendo os outorgados defender os interesses do(s) outorgante(s) em juízo, instância ou Tribunal, em qualquer procedimento judicial onde figurem como autor(es), réu(s), assistente(s) ou oponente(s), bem como quaisquer repartições, públicas ou privadas, propor ações e delas variar, transigir, fazer acordos, confessar, dar quitação, firmar compromisso, desistir, apresentar/responder notificação/contranotificação extrajudicial, interpor todos os recursos cabíveis em juízo ou na esfera administrativa, requerer certidões negativas, podendo, enfim, tudo fazer, praticar e requerer, para o bom e fiel cumprimento do presente mandato, inclusive, substabelecer.

Fortaleza, 26 de outubro de 2019.



RENAN MARCOS DA SILVA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

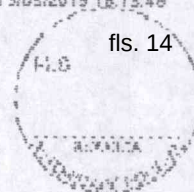
Eu, **RENAN MARCOS DA SILVA**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG nº 97002382108 e do CPF nº 001.037.313-69, residente e domiciliado à Rua Rio Pardo nº 1318 Papicu, Fortaleza/CE, CEP: 60.175-440, que no momento não reúno condições financeiras para o pagamento das custas judiciais referentes ao presente processo.

Fortaleza, 26 de outubro de 2019.


Declarante



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUÍRAZ
Impresso nº 2019311258



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 1009 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza da Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/05/2019 16:29:05**
Data / Hora da Ocorrência: **17/12/2018 10:35:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ASSIS BENTO DE FREITAS**
Complemento:
Bairro: **TAPERA** Município: **AQUÍRAZ/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RENAN MARCOS DA SILVA**
Nascimento: **03/11/1984** CPF: **001.037.313-69**
RG: **97002382108** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TEREZINHA DE JESUS DA CRUZ SILVA**
JOSE MARCOS DA SILVA
Endereço: **RUA DOS JANGADEIROS, 1318**
Bairro: **PAPICU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **8791-3991**

Histórico

O declarante afirma que na hora e local acima mencionado foi vítima de acidente de trânsito onde o mesmo vinha conduzindo a motocicleta HONDA CB 450 cor azul ano 2016 modelo 2016 cor azul de placa BSM 2902 DE PROPRIEDADE DO SENHOR GETÚLIO MARCOS DA SILVA, o declarante afirma que vinha sentido TAPERA TRABALHO PARA TAPERA CASA quando ao chegar próximo a escola tiquinha de gente o declarante ao acionar a frenagem da motocicleta por conta de uma lombada derrapou em uma areia vindo assim a sofrer o acidente, o declarante relata que sofreu várias escoriações pelo corpo além de fratura na clavícula esquerda e costelas do lado esquerdo, que foi socorrido pelo SAMU e encaminhado para o hospital frotinha de messejana, que tem como testemunhas de seu acidente a senhora ARIANA DE SENA PINHEIRO e a senhora GETÚLIO MARCOS DA SILVA.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUÍRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO EUDÉS MUNIZ - MAT.: 106253-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

VICENTE LUIS CARVALHU DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento pré hospitalar ao Sr. **RENAN MARCOS DA SILVA**, portador do RG n.º 97002382108, SSPDS-CE, inscrito no CPF sob o n.º 001.037.313-69, no dia 17/12/2018 às 10h35, no município de Aquiraz/CE, na Rua Assis Bento de Freitas, Bairro Tapera, próximo a Escola Tiquinho de Gente, vítima de acidente de trânsito, queda de motocicleta, sendo removido para o **Hospital Distrital Edmilson Barros de Oliveira**. E para constar eu, _____, Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 1.º de fevereiro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE RENAN MARCOS DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 5132531		Nº DO BE 318875	
CADSUS		NASCIMENTO 03/11/1984(34 ANOS)		SEXO M	
NOME MÃE TEREZINHA DA JESUS DA CRUZ SILVA		NOME RESPONSÁVEL NI		RAÇA/COR PARDO	
ENDEREÇO SÍTIO BARRINHA SN USB 42 CONDUTOR LEITE JUNIOR TAPERA		MUNICÍPIO AQUIRAZ		UF CE	
CONTATO (85) 98174-2120		CEP NI			

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		MOTIVO	
QUEIXA QUEDA DE MOTO COM TRAUMA CONTUSO OMBRO E E ARCOS COSTAIS. REFERE DOR.		ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 8 (ADULTO)	

SINAIS VITAIS		SAT O2		PULSO		GLICEMIA	
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		NI%		NI	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA					
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO RAIMUNDA MARLENE CARDOSO MARQUES				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 17/12/2018 12:41:49	

ÁREA DE ATENDIMENTO

02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ATENDIMENTO MÉDICO

*# Carlos - c/ dor
traumático*

DIAGNÓSTICO	COD. PROCEDIMENTO	CID
SADY SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS		

PRESCRIÇÃO MÉDICA		OBSERVAÇÕES	
MEDICAMENTO	APRAZAMENTO		
<i>At de Costela ECA, não apelo fraco de sede grupo e chp/rt fraco de grupo e chp/rt e fraco de grupo e chp/rt por não co por não co</i>			

TIPO DE ALTA/SAÍDA		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL		Dr. José Hernani C. O. 17/12/2018 12:41:49	

Impresso por RAIMUNDA marlene CARDOSO MARQUES em 17/12/2018 12:41:45
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Ceto no fraco

12.50

200

renan marcos da silva

CONFERE COM ORIGINAL
04/04/19
8666

04.835.187/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jarmelina Teraza Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 55.064-510



SUS

Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

RENAN MIRANDA DA SILVA

6 - Nº PRONTUÁRIO

5132531

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

70161701715713167161910

8 - DATA DO NASCIMENTO

03/11/1984

9 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

RENANA DE FARIAS DA SILVA

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNIC

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Fratura da tíbia

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Alto de compressão

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ampliação + ExFm + R

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de tíbia e

21 - CID 10 PRINCIPAL

S82

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tto cirúrgico de fratura da tíbia e

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

CNS ☐ CPF ☐

29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Cláudio Martins

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

21/12/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Cláudio Martins

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº BICRETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE EMPRESA

41 - CDBR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO

47 - DATA DO DOCUMENTO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

04.833.187/0012-05

HOSPITAL DISTRICTAL BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1678
Mossoró - CEP 55.054-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

CONFERE COM ORIGINAL
04/04/19
8667



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

6 - NOME DO PACIENTE
Renan Marcos da Silva

8 - N° DO PRONTUÁRIO
197633

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - DATA DE NASCIMENTO
03/11/94

10 - SEXO
Masc. ☒ 1 Feme. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO
DDD Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente internado p/ tratamento cirúrgico
fratura clavícula

CONFERE COM ORIGINAL
04/04/19
J.B. Silva

04.833.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL DOMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1878
Maracá - CEP: 60.864-810

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx simples

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura clavícula

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

fratura clavícula - to. cirúrgico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

29 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
17/12

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

- 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
- 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
- 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

- () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. Órgão Emissor

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

32670094003

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - Nome do Estab. Solicitante:

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

2 - CNES:

7061021

3 - Nome do Estabelecimento

HOSPITAL REGIONAL DO SERTÃO CENTRAL - HRSC

4 - CNES:

7061021

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

RENAN MARCOS DA SILVA

6 - Nº do Prontuário

12473

7 - Cartão Nacional de Saúde

8 - Data de Nascimento

03/11/1984

9 - Sexo

Masculino

10 - Nome da Mãe

TEREZINHA DE JESUS DA CRUZ SILVA

11 - Telefone de Contato

(85) 99734-2114

12 - Endereço (Rua, Bairro)

ANTONIO BANDEIRA

Número

513

13 - Município de Residência

FORTALEZA

14 - Cód. IBGE

15 - UF

CEARÁ

16 - CEP

58036-848

JUSTIFICATIVA DA

17 - Principais sinais e sintomas clínicos

PACIENTE SOFREU TRAUMA NO OMBRO ESQ VINDO A APRESENTAR FRATURA DE CLAVÍCULA ESQ EM 17/12/2018 (SIC), FECHADA, NEUROVASCULAR PRESERVADO.
CD: INTERNAÇÃO PARA OSTEOSSÍNTESE; SOLICITO RX DO OMBRO ESQ; SOLICITO EXAMES PRÉ-OPERAT.

18 - Condições que justificam a internação

Risco de complicação.

19 - Principais resultados de provas diagnósticas (resultados de exames realizados)

Anamnese e exame físico.

20 - Diagnóstico Inicial

S420

21 - CID10 Principal

S420

22 - CID10 Secundário

23 - CID10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - Descrição do

25 - Código do procedimento

26 - Clínica

CLÍNICA

27 - Caráter da Internação

28 - Documento

CPF

29 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

30 - Nome do profissional solicitante / assistente

GLAUTER CARLOS FELIX

31 - Data da Solicitação

23/12/2018 08:58:00

32 - Assinatura e Carimbo

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () Acidente de trânsito

34 - () Acidente de trabalho típico

35 - () Acidente de trabalho trajeto

36 - CNPJ da seguradora

37 - Nº do Bilhete

38 - Série

39 - CNPJ da empresa

40 - CNAE

41 - CBOR

42 - Vínculo com a

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Não segurado

AUTORIZAÇÃO

43 - Nome do profissional autorizador

CRISTIANO OLIVEIRA RABELO

44 - Cód. órgão

7061021

49 - Nº da autorização de internação hospitalar

45 - Documento

CPF

46 - Nº do documento do profissional solicitante/assistente

47 - Data da

23/12/2018 08:

48 - Assinatura e Carimbo



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente	RENAN MARCOS DA SILVA	Idade	34 ano(s) 1	Prontuário	12473
Endereço	ANTONIO BANDEIRA	UF:CEARÁ		Sexo	Masculino
Bairro:	ITAPERI	Cidad	FORTALEZA		
CEP:	58036-848	Num:	513		

Localizaçã					
Clínica	CLÍNICA TRAUMATO- Enfermari	04	Leito	413	
Internaçã	23/12/2018	08:58	Alta: * Não Informado *	* Não Informado	

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Resumo

pós-op Fratura de clavícula. Retornar em 09 de jan de 2019

Exames

RX

Terapêutica

Medicamentosa

Diagnóstico

S420 - FRATURA DA CLAVICULA

Cancelada

Não

DIAGNÓSTICOS

Princip	Código	Descrição
Sim	S420	FRATURA DA CLAVICULA

Condições de

Melhorado

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA

27/12/2018

Data Programada da 27/12/2018

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Códig	Códig	Códig

Pedro B. Linhares Garcia
traumato ortopedie
CRM: 13211 SBO 11/11



Relatório de Cirurgia

Data de Conclusão: 26/12/18 12:11

Paciente: RENAN MARCOS DA SILVA
Prontuário: 12473
Clínica: CENTRO CIRÚRGICO GERAL
Cirurgião: LEANDRO AUGUSTO MENEZES REGO
1º Auxiliar: PEDRO BRAGA LINHARES GARCIA
Enfermeiro: LÚCCAS ALENCAR COSTA
Instrumentador: EDUARDO DONATO SILVEIRA

Dt. Nascimento: 03/11/1984
Enfermaria: CENTRO CIRÚRGICO Leito: 01
Anestesiologia: JOSE NEUTON BENEVIDES DE LIMA
2º Auxiliar:
Circulante: NATANE ALVES DE SOUSA

Procedimentos Propostos

Código	Descrição	Principal
0408010150	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA	S

Procedimentos Realizados

Código	Descrição	Principal
0408010150	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA	S

Diagnóstico pré-operatório: Relatório Imediato do Patologista:

Exame Radiológico: Contagem Compressas e Instrumental:

Acidentes e Incidentes:

Anestesia | Ocorrências Principais:

Relatar as Causas que Justifiquem a Longa Duração da Cirurgia:

Grau de Contaminação:	Limpa	Tipo de Anestesia:	Geral
-----------------------	-------	--------------------	-------

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO -TÉCNICA -TÁTICA -LIGADURAS -DRENAGEM -SUTURAS -MATERIAL EMPREGADO -ASPECTOS DAS VÍSCERAS

- PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL, EM POSIÇÃO DE CADEIRA DE PRAIA;
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA;
- APOSIÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS;
- DIÉRESE POR PLANOS;
- VISUALIZAÇÃO E REDUÇÃO FOCO DE FRATURA;
- APOSIÇÃO DE PLACA DE RECONSTRUÇÃO DE OITO FUROS COM 6 PARAFUSOS CORTICAIS;
- CONFIRMAÇÃO DA OSTEOSSÍNTESE ATRAVÉS DE INTENSIFICADOR DE IMAGEM;
- IRRIGAÇÃO ABUNDANTE COM SOLUÇÃO SALINA ESTÉRIL;
- SÍNTESE POR PLANOS.

Data

Dr. Leandro Rego
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12424 RQE 8137

Assinatura Cirurgião | CREMEC

Rod. CE KM 198, S/N, Estrada do Algodão - Quixeramobim - CE

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.





Cliente : RENAN MARCOS DA SILVA
Data Nasc: 03/11/1984 Idade: 034 Anos
Médico : SEM SOLICITANTE
Convênio : ISGH - HRSC

Protocolo - 355021632

Número : 555- 21632
Entrada: 24/12/2018
Emissão: 26/12/2018
Origem : H. Reg. Sertao Central

12473 CTO-413
MICROBIOLOGIA - CULTURA PARA VRE

Material: SWAB RETAL

Método: Meios de Cultura Seletivos / Kirby Bauer

POSITIVO(P/N): N

RESULTADO.....: Cultura negativa para Enterococcus resistente à Vancomicina

* Nota 1: Este resultado retorna valor qualitativo parcial, sendo necessário aguardar resultado do antibiograma e identificação do microrganismo.

* Nota 2: A triagem é realizada através do cultivo da amostra em meio seletivo para VRE.

S:

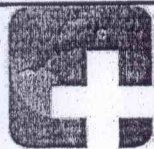
Liberado por: ANTONIO WESLEY ARAUJO DOS SANTOS
Liberado em: 26/12/2018 13:10

CRBM : 0008593 Data coleta: 24/12/2018 16:27

Responsável Técnico: Dr. Leonardo F. Pinheiro - CRM/CE 13486

Laboratório Inscrito no Conselho Regional de Medicina sob o nº 2306 | Lab. de Análises Clínicas Sabin (laboratório associado).





HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL

Laboratório de Análises Clínicas Laudo de Contingência

ELABORADO EM: 30 / 11 / 2017

REVISADO EM: 30 / 11 / 2017

Página 01/02

fls. 23

Nome: Renan Marcos da Silva			Data de Nascimento: 03/11/1984		
N° de Prontuário: 12473			Unidade: Traumatologia Ortopédica		
Médico: Glauter Carlos Felix			Data de Liberação: 23/12/18		
Resp. Liberação: CAMILA ALEXANDRE DE SOUZA		Conselho: 3314 CRBM		Hora de Liberação:	
Bioquímica		Hematologia		Coagulação	
Albumina:	g/dL	Eritrograma		TAP	
Amilase:	U/L	Hemácias: 4,57 *	10 ⁶ /mm ³	Tempo: 10,2	Seg
Bilirrubina Direta:	mg/dL	Hemoglobina: 13,9	g/dL	Atividade: 100	%
Bilirrubina Total:	mg/dL	Hematócrito: 41,5	%	Controle: 12,1	Seg
CK-MB:	U/L	VCM: 91	fL	INR: 0.84	
CPK:	U/L	HCM: 30,5	pg	TTPa	
Creatinina:	mg/dL	CHCM: 33,5	g/dL	Tempo: 30,1	Seg
Fosf. Alcalina:	U/L	RDW: 12,3	%	Controle: 0.99	Seg
Gama-GT:	U/L	Observações:		Relação:	
				TC: 04:25	TS: 01:00
Glicose:	mg/dL	Hemácias Normocíticas Normocromicas		Urinalise	
LDH:	U/L			Cor:	
Lipase:	U/L	Leucograma		Aspecto:	
Magnésio:	mg/dL	Leucócitos: 9.000	/mm ³	pH:	
PCR:	mg/dL	Blastos:	%	Densidade:	
Potássio:	mmol/L	Promielócitos:	%	Nitrito:	
Proteínas Totais:	g/dL	Mielócitos:	%	Proteínas:	
Sódio:	mmol/L	Metamielócitos:	%	Glicose:	
TGO/AST:	U/L	Bastões:	%	Cetonas:	
TGP/ALT:	U/L	Segmentado: 66	%5940	Hemoglobina:	
Uréia:	mg/dL	Eosinófilos: 1	%90	Urobilinogênio:	
Gasometria		Linfócitos: 28	%2520	Bilirrubina:	
Arterial	Venoso	Monócitos: 5	%450	Esterase Leucocitária:	
		Observações:		Células:	
PCO2:				Leucócitos:	
PO2:		Plaquetas: 320.000	/mm ³	Hemácias:	
HCO3-:		VHS:	mm/Hora	Observação:	
BE(B):		Reticulócitos:	%		
CO2t:				Testes Rápidos	
Sat:		Coombs Direto:		Troponina:	
Cai:		Grupo Sanguíneo:		HIV:	
Lactato:		Fator Rh:		Lote:	
				Validade:	

RESPONSÁVEL TÉCNICO: - DR. LUIS GONZAGA BARATA COELHO JÚNIOR- CRBM 2 REGIÃO 2520

RODOVIA CE 060 KM 198 - ESTRADA DO ALGODÃO | QUIXERAMOBIM - CEARÁ

TELEFONE: (80) 3406-1300



Governo do
Estado do CearáO presente documento é assinado digitalmente por ALEXANDRE ZAMPROGNO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/08/2019 às 12:39, sob o número 01662753020198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0166275-30.2019.8.06.0001 e código 505CF5E.**RECEITUÁRIO MÉDICO****PACIENTE: RENAN MARCOS DA SILVA****PRONTUÁRIO:****ATESTADO MÉDICO**

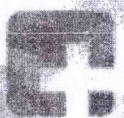
Necessita de repouso por sessenta (60) dias.

CID - 5420

27/12/18**DATA:**

/ /

Pedro B. Linhares Garcia
Traumato - Ortopedia
CRM: 13211 SBOT 14400**MÉDICO CREMEC**



HOSPITAL
REGIONAL
DO SERTÃO
CENTRAL



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

Órgão de Socialização com recursos próprios
mantidos de taxa hospitalar e contribuições sociais

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE:

PRONTUÁRIO:

ROMAN M. SILVA

SOMILITO

FRATURAS

na

10 - 20 sessões

fraturas de

unidades

Pedro B. Linhares Garcia
Traumato - Ortop
CRM: 13211 SBOT

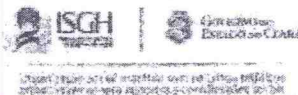
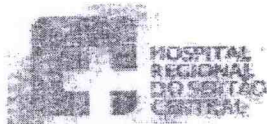
DATA:

9/1/19

MÉDICO | CREMEC

Retornar às 6ª Feiras
mit no f.
Presença
em 30 dias


Pedro B. Linhares Garcia
Traumato - Ortopedia
CRM: 13211 SBOT 1440



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Hospital Regional do Sertão Central
 CRM: _____ UF: CEARÁ
 ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão
 TELEFONE: [1] 63.800-000

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE RENAN MARCOS DA SILVA
 ENDEREÇO: _____
 PRESCRIÇÃO
1) TRAMAL 50mg.....1caixa
Tomar 01 comprimido, via oral, até de 8/8h se
dor forte

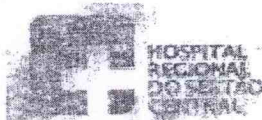
_____/_____/_____
 DATA **27/12/18**

Pedro B. Linhares Garcia
Trauma - Ortopedia
 ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
 NOME: _____
 IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____
 ENDEREÇO: _____
 CIDADE: _____ UF: _____
 TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

 ASS. FARMACÊUTICO _____ DATA _____



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Hospital Regional do Sertão Central
 CRM: _____ UF: CEARÁ
 ENDEREÇO: Rodovia CE km 198 Est do Algodão
 TELEFONE: [1] 63.800-000

1ª VIA – RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA

2ª VIA – ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

PACIENTE: RENAN MARCOS DA SILVA

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO

1) TRAMAL 50mg.....1caixa

Tomar 01 comprimido, via oral, até de 8/8h se
dor forte

Adro B. Linhares Garcia
 Traumatolo - Ortopedia
 CRM: 13211-8807 114

DATA

27/12/18

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
 IDENTIDADE: _____ EMISSOR: _____
 ENDEREÇO: _____
 CIDADE: _____ UF: _____
 TELEFONE: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASS. FARMACÉUTICO

DATA