# PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA

## *OUTORGANTE:*

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nome: Eliana Cristina de Araújo | | Nacionalidade: Brasileira | |
| Estado Civil: Solteira | Profissão: Autônoma | Carteira de Identidade: 2008251340-0 | |
| CPF nº: 013.093.993-52 | Residência: R. VIII, 130 | | |
| Bairro: Cidade oeste | Cidade: Fortaleza | Estado: Ce | CEP: 60351-780 |

## *OUTORGADO:*

**ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA,** brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: **(85) 98225-8282 (85) 3121-8383**
E-mail: **KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR**

## *PODERES:*

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) autorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

**Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.**

Fortaleza (CE), 25 de Novembro de 2019.

x Eliana Cristina de Araújo.
*Outorgante*

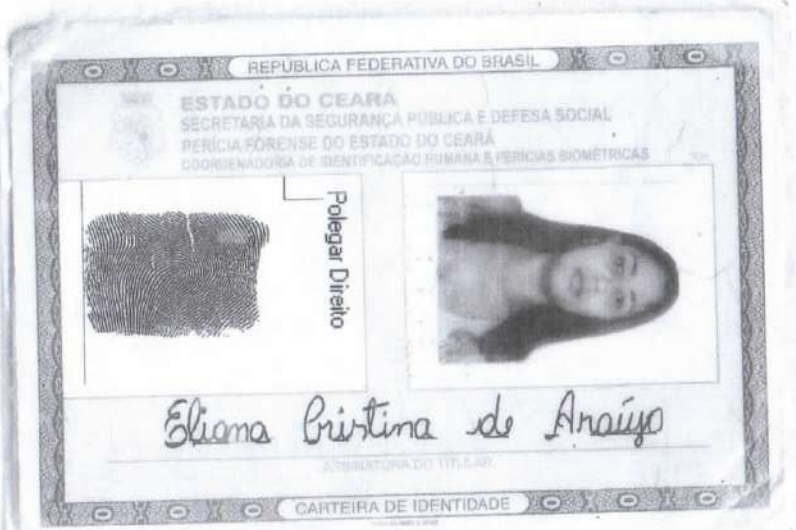
# DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Eliana Cristina de Araujo, brasileiro(a), Solteira, Autônoma, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº 2008251340-0, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 013.093.993-52, residente e domiciliado(a) na Rua VIFF, nº 130, _____, Bairro: Cidade Oeste, Cep nº 60351-180, Fortaleza-CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 25 de Novembro de 2019.

x Eliana Cristina de Araujo.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

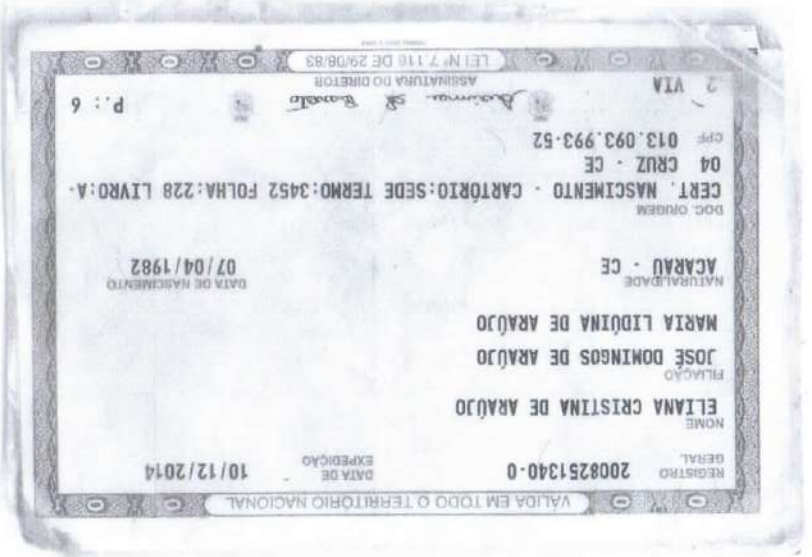
ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Eliana Cristina de Araújo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008251340-0

DATA DE EXPEDIÇÃO 10/12/2014

NOME
ELIANA CRISTINA DE ARAÚJO

FILIAÇÃO
JOSÉ DOMINGOS DE ARAÚJO
MARIA LIDUÍNA DE ARAÚJO

NATURALIDADE
ACARAÚ - CE

DATA DE NASCIMENTO
07/04/1982

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:SEDE TERMO:3452 FOLHA:228 LIVRO:A-04 CRUZ - CE

CPF 013.093.993-52

P.: 6

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

fls. 8

**Nº DO CLIENTE**
9234060
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 Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.195.848-3

enel

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B.4 | Nº** 559701705

Rota 19 01150 22 128200 - 9 Data de Emissão 28/01/2019
Nome FRANCISCA MARCIA DA SILVA
End. Postal RU VIII CIDADE OESTE 00130 AT
CIDADE OESTE - FORTALEZA - 60351780
Medidor 6181003 Poste 1120 Z65W
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 056977213-31 CGF
Nome do Responsável

**DATAS**

| Mês de Referência | Data da Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|---|---|---|
| Jan/2019 | 28/01/2019 | 25/02/2019 |

**INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto Nov/2018 EUSD 12,93
Mês DICRI= 0,00 %

| | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC | 4,95 | 9,91 | 19,82 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FIC | 3,11 | 6,22 | 12,45 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC | 2,77 | | | 0,00 | | |

**ICMS**

| Base de Cálculo (R$) | Alíquota | Valor do Imposto |
|---|---|---|
| 58,72 | 27,00% | 15,85 |

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**
9660.4824.5894.94E5.A01F.C36C.4100.E70E

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Incl. | Cons. Fat. | Tarifa (R$/kWh) | Valor (R$) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| FF 30904 | 30823 | 1,00 | 81 | 0,00 | | | |
| 28/01/19 | 27/12/18 | | 32 DIAS | | 81 | | 58,72 |

| DESCRIÇÃO | VALOR (R$) |
|---|---|
| VALOR CONSUMO DO MES | 58,72 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL | 4,03 |
| COB. SALDO FATURA ANTERIOR | 23,46 |

(85)987740318
(85)987950002

**VENCIMENTO** 10/03/2019

**TOTAL A PAGAR (R$)** 86,21

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

| | |
|---|---|
| Energia ..... | 31,81 |
| Transmissão ..... | 2,30 |
| Distribuição ..... | 12,43 |
| Encargos Setoriais ..... | 3,33 |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS)... | 18,82 |
| TOTAL ..... | 58,72 |

**HISTÓRICO DE CONSUMO** (últimos 12 meses)

| Fev | Mar | Abr | Mai | Jun | Jul | Ago | Set | Out | Nov | Dez | Jan |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 55 | 81 | 47 | 54 | 4 | 0 | 0 | 0 | 65 | 79 | 0 | 0 | 0 |

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE $CO_2$ (kg/kWh)**
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido ($CO_2$) 3,1 (100) | Compensação ($CO_2$) 0,00 | Consciência Ecológica (%$CO_2$) 0 ... 100

**PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO VENCIMENTO**
"PARA CONSULTAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEM O DIGITO VERIFICADOR."
Chame os vizinhos e avise-a entre no combate ao mosquito transmissor
Da dengue, zika e chikungunya. Ministerio da saude. Gov. Federal

Consta desta fatura R$ 2,97 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:0,91% e COFINS:4,17%
Lei nº 9.718, de 27/11/98 - Portaria nº 38,07/06 e 10.833/03

Bandeira verde em Jan-19, sem acrescimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor.Informacoes: www.aneel.gov.br

| | | | |
|---|---|---|---|
| Nº do Cliente: | 9234060 | Referência: | Jan/2019 |
| Data de Emissão: | 28/01/2019 | Total a Pagar (R$): | 86,21 |
| Nº da Nota Fiscal: | 559701705 | Nº de Controle: | 0009234060 00009 39092 04 |

000-8 86210031000 00009234060600-0 00093909200-0

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

FLS. _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

**Impresso nº 2019203965**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 984 / 2019**

***Dados da Ocorrência***

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **28/03/2019 12:06:17**
Data / Hora da Ocorrência: **02/01/2019 08:20:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 08 COM RUA 25(CIDADE OESTE)**
Complemento:
Bairro: **QUINTINO CUNHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A UMA PADARIA**

***Dados da(s) Vítima(s)***

Eliana

Nome: **ELIANA CRISTINA DE ARAUJO**
Nascimento: **07/04/1982** CPF: **013.093.993-52**
RG: **20082513400** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LIDUINA DE ARAUJO**
**JOSE DOMINGOS DE ARAUJO**
Endereço: **RUA VIII, 130 ALTOS**
Bairro: **QUINTINO CUNHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.351-780**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99989-8653**

Marcos

Nome: **MARCOS ANTONIO TEIXEIRA DO NASCIMENTO**
Nascimento: **19/06/1980** CPF: **615.668.963-04**
CNH: **03240899072** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE NAZARE TEIXEIRA**
**ANTONIO FRANCISCO DO NASCIMENTO**
Endereço: **RUA VIII, 130 ALTOS**
Bairro: **QUINTINO CUNHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.351-780**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98836-3260**

***Dados do(s) Veiculo(s)***

**1)** Placa: **HXK7403** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BFZF10B738100024** Renavam: **804366543** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **FORD/FIESTA** Ano Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **TAMIRES DE FREITAS FERREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**2)** Placa: **HYI1881** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JD20204R014774** Renavam: **820122068** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR125 BROS ES** Ano Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2004** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **MARCOS ANTONIO TEIXEIRA DO NASCIMENTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

***Histórico***

AFIRMA O DECLARANTE(VITIMA E PILOTO) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA HYI-1881-CE E A OUTRA VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRA(ELIANA

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

FLS _____
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

**Impresso nº 2019203965**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 984 / 2019**

CRISTINA DE ARAÚJO); QUE TRAFEGAVA PELA RUA 08; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS HXK-7403, QUE VINHA NA RUA 25(CIDADE OESTE), QUANDO AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM A MOTO EM QUE ESTAVAM AS VITIMAS NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, AS VITIMAS FORAM AO SOLO E FICARAM LESIONADAS; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL E ACOMPANHOU AS VITIMAS ATE O HOSPITAL E DE LA FOI EMBORA; QUE A VITIMA(GARUPA) FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE PARANGABA E A VITIMA(PILOTO) FOI ACOMPANHANDO A VITIMA(GARUPA) DENTRO DA AMBULÂNCIA E FOI TER ATENDIMENTO TAMBÉM NO FROTINHA DE PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.///
OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 10. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** _____
**CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** Marcos A T do Nascimento

**VISTO DO DELEGADO(A) :** _____
**DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

Eliana Cristina de Araújo

Delegada de Polícia Civil
Mat. 12875-1-6

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**
**MINISTÉRIO DAS CIDADES**

DETRAN - CE
Nº 013872374213
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPT | VIA: 01 | CÓD. RENAVAM: 820122068 | R.N.T.R.C.: 0000000000 | EXERCÍCIO: 2018

NOME: MARCOS ANTONIO TEIXEIRA DO NASCIMENTO**********
**********
FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ: 61566896304 | PLACA: HYI1881/CE

PLACA ANT / UF: /CE | CHASSI: 9C2JD20204R014774

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. | COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA / MODELO: HONDA/NXR125 BROS ES | ANO FAB.: 2003 | ANO MOD.: 2004

CAP / POT / CIL: 2P/12CV/124CC | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: VERMELHA

IPVA
COTA ÚNICA: ********, ** | VENC. COTA ÚNICA: **/**/** | VENC / COTAS: 1ª** 2ª** 3ª**
FAIXA I.P.V.A.: ******** | PARCELAMENTO / COTAS: ********, **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): 180.65 | IOF (R$): 0.70 | PRÊMIO TOTAL (R$): 185.50 | DATA DE PAGAMENTO: 12/03/2018

OBSERVAÇÕES: **********
**********
**********

LOCAL: FORTALEZA | DATA: 13/04/2018

Igor Ponte
Superintendente
EXPEDIDOR DETRAN-CE

---

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013872374213 BILHETE DE SEGURO DPVAT

61566896304 HYI1881/CE

**ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT**
**PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO**
**AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA**
**www.seguradoralider.com.br**
**SAC DPVAT 0800 022 1204**

013872374213 25366743657

EXERCÍCIO: 2018 | DATA EMISSÃO: 13/04/2018

VIA: 01 | CPF / CNPJ: 61566896304 | PLACA: HYI1881

RENAVAM: 820122068 | MARCA / MODELO: HONDA/NXR125 BROS ES

ANO FAB.: 2003 | CAT. TARIF.: PART | Nº CHASSI: 9C2JD20204R014774

**PRÊMIO TARIFÁRIO**

| FNS (R$) | DENATRAN (R$) | CUSTO DO SEGURO (R$) |
|---|---|---|
| 81.29 | 9.03 | 90.33 |
| CUSTO DO BILHETE (R$) 4.15 | IOF (R$) 0.70 | TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R$) 185.50 |

PAGAMENTO: [X] COTA ÚNICA [ ] PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO: 12/03/2018

**SEGURADORA LÍDER - DPVAT**
CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC30E94014774 000974

fls. 12

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU
SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO ESTATÍSTICO - SAME

Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

SAMU 192
REGIONAL FORTALEZA

# DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Eliana Cristina de Araújo** - C.P.F. **013.093.993-52**, no dia **02/01/2019**, às **08h40min**, na **Rua 25 (Cidade Oeste)**, no **Bairro Quintino Cunha**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo **nº P592039/2019.**

Fortaleza, 15 de março de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

**Roberto Gomes de Lima**
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

**Maurício Lopes Alves**
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

RUA PADRE GUERRA, 1350 – PARQUELANDIA – CEP: 60455-360
FONE: (085) 3452 9141
FORTALEZA-CE
samu@samu.fortaleza.ce.gov.br

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de Fortaleza

## PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 06 | PONTO DE APOIO: UFC | Nº DA OCORRÊNCIA: 0198

DATA: 02/01/19 | TURNO: M | EQUIPE: Wilian + Sonia + Ernestina

NOME: Luciana Cristina de Araújo | IDADE: 36 | SEXO: F

ENDEREÇO: R. 25 nº 339 C: Cidade Dente

REFERÊNCIA: | BAIRRO: Quintino Cunha

QTV: | QUS: 08:40 | QUY: 09:15 | QUU: 09:30

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Carro x Moto

### RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

| RESPOSTA AO CHAMADO | EXPANSÃO TORÁCICA | PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO) |
|---|---|---|
| ☑ RESPONSIVO<br>☐ NÃO RESPONSIVO | ☑ PRESENTE<br>☐ AUSENTE | ☑ PRESENTE<br>☐ AUSENTE |

**A** ☑ PERVIAS ☐ OBSTRUÍDAS POR:

| **B** PADRÃO RESPIRATÓRIO | INSPEÇÃO | PALPAÇÃO /PERCUSSÃO | AUSCULTA |
|---|---|---|---|
| ☐ EUPNEICO<br>☐ TAQUIPNEICO<br>☐ BRADIPNEICO<br>☐ APÔNICA/ AUSENTE | ☑ NORMAL<br>☐ ALTERADA: | ☑ NORMAL<br>☐ ALTERADA: | ☑ NORMAL<br>☐ ALTERADA: |

| **C** PULSO | | PELE | | ENCHIMENTO CAPILAR | SANGRAMENTO EXTERNO |
|---|---|---|---|---|---|
| ☑ NORMOCARDICO<br>☐ TAQUICARDICO<br>☐ BRADICARDICO | ☐ CHEIO<br>☐ FILIFORME<br>☐ IMPALPÁVEL | ☐ CORADA<br>☐ PÁLIDA<br>☐ CIANÓTICA | ☐ SUDOREICA<br>☐ SECA<br>☐ QUENTE<br>☐ FRIA | ☑ ≤ 2 seg<br>☐ > 2 seg | ☐ SIM<br>☑ NÃO |

LOCAL: Radial

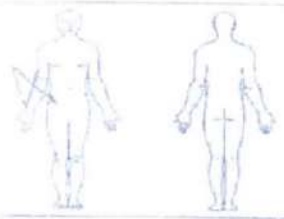
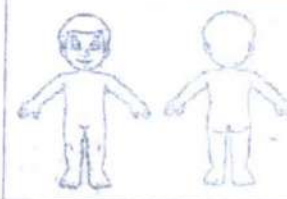
### ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

| **D** ABERTURA OCULAR | RESPOSTA VERBAL | RESPOSTA MOTORA |
|---|---|---|
| ESPONTÂNEA ☐ 4<br>A VOZ ☑ 3<br>A DOR ☐ 2<br>NENHUMA ☐ 1 | ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5<br>CONFUSO (A) /CHORO CONSOLÁVEL ☑ 4<br>PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) /INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3<br>SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) /GEMENTE (P) ☐ 2<br>NENHUMA ☐ 1 | OBEDECE A COMANDOS ☑ 6<br>LOCALIZA A DOR ☐ 5<br>MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4<br>FLEXÃO ANORMAL ☐ 3<br>EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2<br>NENHUMA ☐ 1 |

TOTAL: 13

PUPILAS: ☑ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) ☐ ALTERADAS Isocóricas Fotorreagentes

**E**

| ADULTO | LESÕES | PEDIÁTRICO |
|---|---|---|
|  | - Fratura fechada com deformidade em MSE |  |

### SAMPLA

| FC: 67 | PA: 90 (PP) | FR: 20 | GLIC.: | OXIM.: 99% | TEMP.: |
|---|---|---|---|---|---|

Nega Comorbidades e alergias.

QTV: TEMPO TOTAL; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE

Prefeitura de Fortaleza

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

SUS

## REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: ELIANA CRISTINA DE ARAUJO
Nº DO PRONTUÁRIO: 364632
Nº DO BE: 254074
CADSUS:
NASCIMENTO: 07/04/1982(36 ANOS)
SEXO: F
RAÇA/COR: PARDO
NOME MÃE: MARIA LIDUINA DE ARAUJO
NOME RESPONSÁVEL: NI
ENDEREÇO: RUA 8 130 QUINTINO CUNHA
MUNICÍPIO: FORTALEZA
UF: CE
CONTATO:
CEP: NI

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA: PCT TRAZIDA PELO SAMU USB 06, CONSCIENTE, ORIENTADA, REFERE TRAUMA EM MSE COM DEFORMIDADE.
MOTIVO: COLISÃO CARRO X MOTO
SINTOMAS: NI
ESCALA DE DOR: 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO: NI KG
PRESSÃO ARTERIAL: NI/NI
SAT O2: NI%
PULSO: NI
GLICEMIA: NI
TEMPERATURA: NI °C
ALERGIAS: NEGA
CLASSIFICAÇÃO: AMARELO
RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: BRUNA KARINE AMORIM DA COSTA
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 02/01/2019 09:14:43

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA ATENDIMENTO: TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE: 1 caiu, 3 horas, fum, vítima de acidente de motocicleta, queixa de dor no antebraço E, do membro inferior direito E + dor na coxa

DIAGNÓSTICO:
COD. PROCEDIMENTO:
CID:

SADT SOLICITADO: ( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X _____ ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|
| Rx do Fêmur AP | | |
| Rx da coluna cervical AP/P | | |
| Rx da coluna Torácolombar AP/L | | |
| Rx da bacia AP | | |

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

Impresso por bruna karine amorim da costa em 02/01/2019 às 09:14:47

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

Rx do antebraço E AP/L

eliana cristina de araujo

Dr Cláudio Cesar R Castro
TRAUMATO/ORTOPEDIA
CRM - 8509

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
Emanuelle Monteiro
Mat. 703

128

Prefeitura de Fortaleza

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

SUS

# REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: ELIANA CRISTINA DE ARAUJO
PRONTUÁRIO: 364632
Nº DO SPA: 40807
CADSUS: 702406503922121
NASCIMENTO: 07/04/1982(36 ANOS)
SEXO: F
RAÇA/COR: PARDO
NOME MÃE: MARIA LIDUINA DE ARAUJO
NOME RESPONSÁVEL:
ENDEREÇO: RUA VIII 130, QUINTINO CUNHA
MUNICÍPIO: FORTALEZA
UF: CE
CONTATO:
CEP: 60.351-780

SINAIS VITAIS

PESO:
PRESSÃO ARTERIAL:
TEMPERATURA:
GLICEMIA:
RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO: MARIA EDVANEY DE OLIVEIRA MARIANO
DATA E HORA DO ACOLHIMENTO: 31/01/2019 09:33

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO: MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA, MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
NOME DO MÉDICO: ROBERTO MENDES RODRIGUES (CRM: 4600)

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

Reitera.
A2 relata E R Pele.

303090090

DIAGNÓSTICO:
CÓD. PROCEDIMENTO:
CID:

EXAME SOLICITADO
( ) HC ( ) SU ( ) US ABDOMINAL ( ) TC CRANIO ( ) RAIO-X _____ ( ) OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| MEDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|---|---|---|
| | | |

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA
( ) DECISÃO MÉDICA ( ) A PEDIDO ( ) EVASÃO ( ) TRANSFERÊNCIA ( ) INTERNAÇÃO ÓBITO: ( ) ATÉ 48 HORAS ( ) APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ( ) FAMÍLIA ( ) IML ( ) ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

REGISTRO

Impresso por maria edvaney de oliveira mariano em 31/01/2019 às 09:33:37
Cadastrado por charles de gaulle de holanda moura em 02/01/2019 09:13:10
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.

eliana cristina de araujo

HOSPITAL DISTRITAL Mª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
Emanuelle Montenegro
Mat. 765

97186

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

CENTRAL DE INTERNAÇÃO E REGULARIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - HDJ - HDM - SUPA - PSM

# LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

Nº de AIH: 2319101591 39

UNIDADE HOSPITALAR: HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ: 07.835.044 / 0002-61

## DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: Maria Cristina de Araujo

ENDEREÇO DO PACIENTE: R. 8 130

BAIRRO: Quintino Cunha | MUNICÍPIO: Fortaleza | UF: CE | CEP:

DATA DO NASCIMENTO: 07/04/82 | SEXO: 1.☐ MASC 3.☒ FEM | CONDIÇÃO: 2.☐ SEGURADO 4.☐ CONJUGE 6.☐ FILHO 8.☐ OUTRO DEP.

NOME DA MÃE: Maria Hilburne de Araujo

## DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE: 47407994334

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL:

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO: Dr. João Francisco B. L. Neto Médico HDJ Nº 3.0 Diretor Clínico CRM 36.1

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO: 02/01/2019

CID - S52.2

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Paciente 36 anos, fem, vítima de acidente de carro, apresenta fratura da diáfise da ulna E, necessita de tratamento cirúrgico.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS: Anamnese + exame físico + Ex

DIAGNÓSTICO INICIAL: Fratura da diáfise da ulna E

TIPO DE CLÍNICA
1.☐ CIRÚRGICA
2.☐ OBSTÉTRICA
3.☐ CLÍNICA MÉDICA
4.☐ TISIOPEUMOL
5.☐ PSIQUIÁTRICA
6.☐ PEDIÁTRICA
9.☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO: Redução + fixador externo

| CRM - MÉDICO SOLICITANTE | ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE | DATA | HORA |
|---|---|---|---|
| 5809 | Dr. Claudio Cesar R. Castro TRAUMATO/ORTOPEDIA CRM - 5809 | 02/01/19 | |

fls. 18

Fortaleza

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

| | Glicemias | Insulinas | Rubrica |
|---|---|---|---|
| 11: | | | |
| 16: | | | |
| 20: | | | |
| 06: | | | |

| | SINAIS VITAIS | | | |
|---|---|---|---|---|
| HO...RIO: | | | | |
| P.A.: | | | | |
| TEMP.º: | | | | |
| P./ MIN.: | | | | |
| M.V. / MIN.: | | | | |

# PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

**SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico**

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

Porto 01

| NOME: | IDADE: | ENF.: | LEITO: | Nº. PRONTUÁRIO: |
|---|---|---|---|---|
| Eliana Cristina de Araújo | 36 a | F | 134 | 364632 |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÃO | RUBRICA (Enf./ Dieta) |
|---|---|---|---|---|
| | 11 DIETA GERAL | | | |
| 11/01/19 | 01 DIPIRONA 01 COMP VO 12/12 Hs | | Às 10:00 paciente saiu de alta hospitalar acompanhada por familiar | Kátia Moura COREN-CE 124172 - TÉC. ENF |
| | DIPIRONA 01 AMP + 18 CC SF EV 6/6 Hs SN | | | |
| | TRAMADOL 100 mg + 100 ml SF EV SN | | | |
| | Cefalotina 1g IV 6/6 | | | |
| | Dr. Roberto Maciel Rodrigues Cirurgião Ortopedista | | | |
| | Alta | | | |
| | Dr. Roberto Maciel Rodrigues Ortopedia Traumatologia | | | |
| | | | ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM O ORIGINAL Enfermeiro Responsável MAT. 332 | |

Prontuário

fls. 19

Fortaleza — Prefeitura de

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

| | Glicemias | Insulinas | Rubricas |
|---|---|---|---|
| 11: | | | |
| 16: | | | |
| 20: | | | |
| 06: | | | |

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---|---|---|---|---|
| HORÁRIO: | 22:30 | | | |
| P.A.: | 130x90 | | | |
| TEMP.º: | 36,5º | | | |
| P./ MIN.: | | | | |
| M.V. / MIN.: | | | | |

## PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

**SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico**

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

Trauma

| NOME: | IDADE: | ENF.: | LEITO: | Nº. PRONTUÁRIO: |
|---|---|---|---|---|
| Maria Leticia Araújo | 36a | | | Ambulatorio |

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÃO | RUBRICA (Enf./ Dieta) |
|---|---|---|---|---|
| | (1) Dieta geral | Dieta Geral | Às 10:30 - Pcte admitida p/ tratamento cirurgico com fratura da diafise da ulna (E). Consciente, orientada, verbalizando, realizado JVP sem uso, realizado, deambula, segue sob cuidados da equipe — Siluana 429264 | |
| 02 | (2) Soro | | | |
| 01 | (3) Tramol 100mg + 100ml S.F 0,9% EV 12/12h | 14h 02 | | |
| 19 | (4) Dipirona 2ml + Cibal 1ml EV 6/6h SN | 09h | | |
| | | 9N | SN - pact. consciente, orientada, verbaliza dor controlada com utilização de clin. quixo ou medicação que ao início à enfermagem. | |
| | (5) PA + Temp 6/6h | Latina | | |

Dr. Claudio Cesar R. Castro
TRAUMATO/ORTOPEDIA
CRM-

Enfermeiro Antonio C. H. de Lima Oliveira
COREN-CE 001.311.313-T

ATESTO QUE CURSA ENFERMAGEM
Emanuelle Monteiro
Mat. 763

Prontuário

Fortaleza
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

# FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Eliana Cristina de Araujo

| Prontuário | Enferm. | Leito | Data Internação | Diagnóstico |
|---|---|---|---|---|
| | | | 02/01/2018 | |

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

| DATA | EVOLUÇÃO |
|---|---|
| 02/01 | Paciente 36 anos, sexo feminino, 2º ultimo E, internada para tratamento cirúrgico |
| 03 | |
| 04 | Dr Cláudio Cesar R. Castro TRAUMATO/ORTOPEDIA CRM - 8009 |
| | 02/01/18 E.E. A, 36a, HD = Frat. de ulna (E). Encontra-se consciente, orientado, VNBH, hemodinamicamente estável, aceita dieta, eliminações (+). Nega alterações hemodinâmicas. Liberado os resultados diagnósticos. Maria Alice da Rocha Oliveira Enfermeira COREN:454.339 |
| 03/01 | Fratura mantida |
| | Dr Antonio Luiz Vieira Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia Quadril CREMEC - 12 444 - TEOT 1414 |
| 04 01 | Paciente grave |
| 05 01 | Paciente infeto. Prof. Dr Roberto |
| 06 01 | Paciente grave. Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia |
| | Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4999 |
| 07 01 | Paciente grave. Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4999 |

Prontuário

Fortaleza PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

# FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Eliana Cristina de Araujo

| Prontuário | Enferm. | Leito | Data Internação | Diagnóstico |
|---|---|---|---|---|
| | | 134 | 02/01/2018 | |

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

| DATA | EVOLUÇÃO |
|---|---|
| | # Enfermagem<br>Cliente recebe alta hospitalar<br>Ma. Gildellyana M. de Moura<br>Enfermeira<br>COREN 479.741 |

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

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ BARROSO DE ARAÚJO
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
Emanuelle Medeiros
Mat. 753

Prontuário

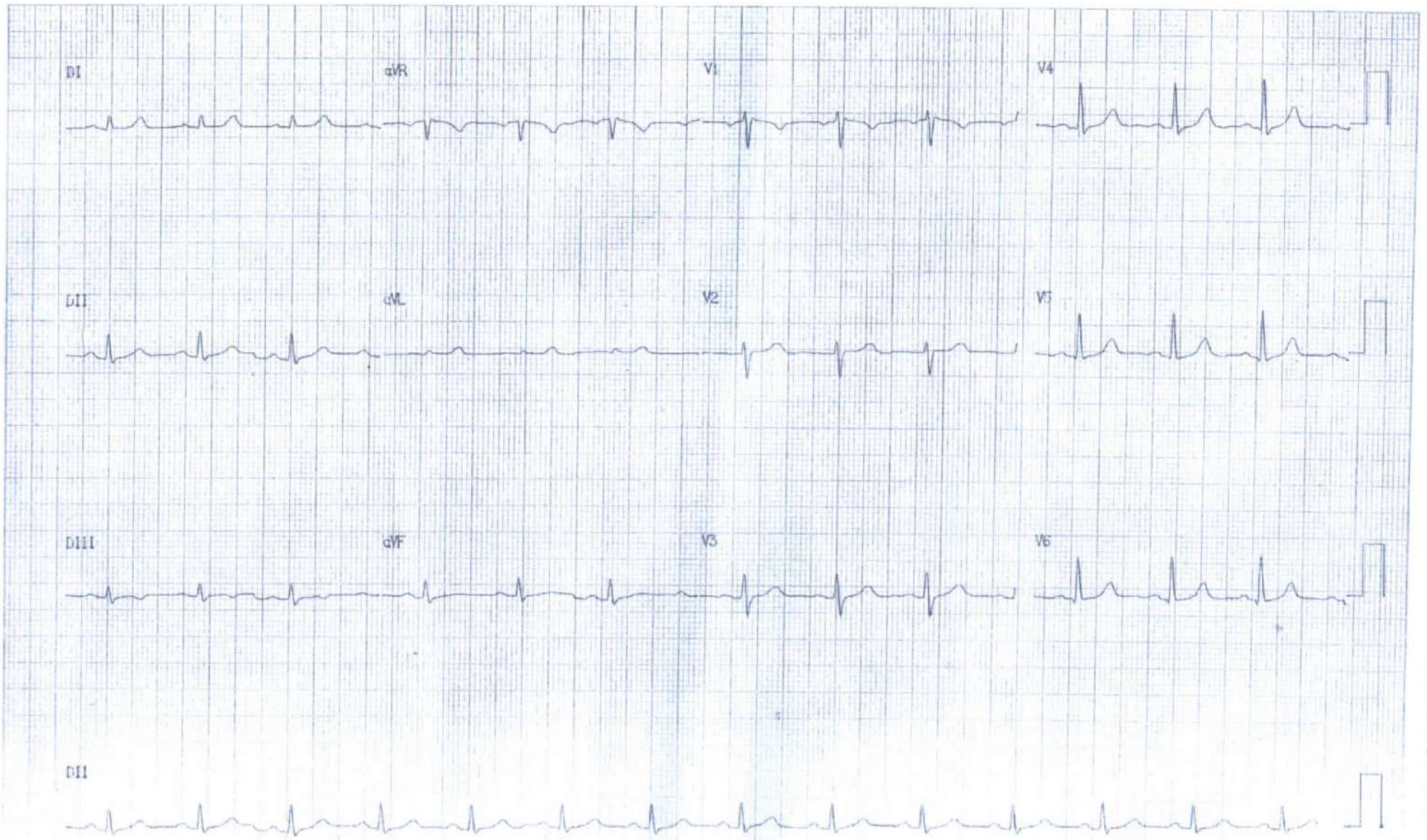
36 anos

Sexo: F

07/01/2019 16:50

ELIANA C[illegible] NA

FROTI PARANGABA




87 bpm 25.0 mm/s N F: 60~ 0.5 - 25 Hz

fls. 22

EME

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira — Prefeitura de Fortaleza

**EXAME DE HEMATOLOGIA**

Nome: Eliane Cristina de Araujo N. Reg.: 5822

Solicitante: Dr.(a) _____ Leito: _____ Data: 02/01/19

**SÉRIE BRANCA**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Leucócitos | 12.200 | | 5.000 a 10.000 /mm³ | |
| **EXAMES** | **VALORES ENCONTRADOS** | | **VALORES NORMAIS** | |
| Neutrófilos | 89 % | /mm³ | 50 - 73 % | 5000 - 7.3000/mm³ |
| Mielócitos | — % | /mm³ | 0 - % | - |
| Metamielócitos | — % | /mm³ | 0 -1 % | - |
| Bastões | 02 % | /mm³ | 0 - 5 % | - |
| Segmentados | 87 % | /mm³ | 50 - 68 % | - |
| Eosinófilos | — % | /mm³ | 2 - 4 % | 100 - 400 /mm³ |
| Basófilos | — % | /mm³ | 0 - 1 % | 0 - 100 /mm³ |
| Linfócitos | 08 % | /mm³ | 23 - 35 % | 1.500 - 3.500 /mm³ |
| Monócitos | 03 % | /mm³ | 4 - 8 % | 200 - 800 /mm³ |

☐ Atipia em _____ Linfócitos ☒ Ausência de degeneração Leucocitária

☐ Ausência de Eosinófilo na Extra-contagem ☐ Presença de Eosinófilo na Extra-contagem

☒ Plaquetas aparentemente normais

**SÉRIE VERMELHA**

| EXAMES | VALORES ENCONTRADOS | VALORES NORMAIS |
|---|---|---|
| Hemácias | 4.190,000 | Homem: 4,5 - 5,5 Milhões /mm³ Mulher: 3,9 - 5,0 Milhões /mm³ |
| Hemoglobina | 12,7 | Homem: 13,0 - 11,0g /100ml Mulher: 11,0 - 14,0g /100ml |
| Hematócrito | 38% | Homem: 42 - 50% Mulher: 38 - 45% |
| Volume Corpuscular Médio | 91 | 76 - 96 uug |
| HB. Corpuslar médio | 30 | 27 - 30 uug |
| Conc HB. Corpuscular Médio | 33 | 32 - 34' |
| Plaquetas | 247.000 /mm³ | 150.000 - 450.000 /mm³ |

☒ Hemácias Normocíticas e Normocrômicas ☐ Hemácias Anisocíticas Anisocrômicas

Observações:

Analista:

---

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira — Prefeitura de Fortaleza

**FROTINHA DE PARANGABA**

Av. Osório de Paiva N° 1127 – Parangaba – CEP 60.720 – 000 Fortaleza – Ceará

Telefone (85) 3131-7322

EME

**RESULTADO DE EXAMES DA BIOQUÍMICA**

Nome: Eliane Cristina de Araujo N° Reg.: 5822

Solicitante: Dr (a) _____ Data: 02/01/19

| EXAME | RESULTADO | VALOR DE REFERÊNCIA | MÉTODO |
|---|---|---|---|
| Ácido Úr | | 2,5 a 7,0 mg/dL | LABMAX |
| Albumina | | 3,5 a 5,5 g/dL | LABMAX |
| Amilase | | 25 a 125 U/L | LABMAX |
| Bilirrubina Total | | Até 1,2 mg/dL | LABMAX |
| Bilirrubina Direta | | Até 0,4 mg/dL | LABMAX |
| Bilirrubina Indireta | | Até 1,0 mg/dL | LABMAX |
| Cálcio Iônico | | 1,15 a 1,32 mmol/L | FOTOCOLORIMÉTRICO |
| Cloro | | 98 a 110 mmol/L | LABMAX |
| Creatinina | 0,89 | 0,5 a 1,2 mg/dL | LABMAX |
| Fosfatase Alcalina | | 27 a 100 U/L | LABMAX |
| Fósforo | | 2,5 a 4,8 mg/dL | LABMAX |
| Gama GT | | 7 a 58 U/L | LABMAX |
| Glicose | 159 | 65 a 110 mg/dL | LABMAX |
| Lipase | | 10 a 60 U/L | LABMAX |
| Magnésio | | 1,58 a 2,56 mg/dL | LABMAX |
| PCR | | Até 6 mg/dL | LABMAX |
| Potassio | | 3,4 a 4,5 mmol/L | FOTOCOLORIMÉTRICO |
| Protein Totais | | 6,0 a 8,0 g/dL | LABMAX |
| Sódio | | 134 a 146 mmol/L | FOTOCOLORIMÉTRICO |
| TGO | | 10 a 39 U/L | LABMAX |
| TGP | | 10 a 45 U/L | LABMAX |
| Ureia | 35 | 15 a 45 mg/dL | LABMAX |

OBS.:

ANALISTA

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL SMT, EMMA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FBOTEMA DE PARANGABA
Av. Dedée de Paiva nº 1127 – Parangaba – CEP 60.730-000 Fortaleza-Ceará
Telefones (85) 3232-3201 – Fax: 3232-3219

**REGISTRO DE EMERGÊNCIA**

**Prontuário N.º:** 364 632

Paciente: ELIANO CRISTINO DE ANDRADE

Data da Operação: 10 / 01 / 19 Enfermaria: _____ Leito: _____

| | |
|---|---|
| Operador: | 1º Auxiliar: |
| 2º Auxiliar: | 3º Auxiliar: |
| Instrumentador: | Anestesista: |

Dr. Hildebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

Tipo de Anestesia: FRAT-WADOCK DE CATETER SIS

Diagnóstico Pré-operatório:

Tipo de Operação: REDUÇÃO C/ FIXAÇÃO

Diagnóstico Pós-operatório:

Rela[illegible]o Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ **Contaminada** ☐ **Infectada**

**DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO**

**Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais**

PERNA DE M.S ESQ
COM FRAUTURA DE OSSO UMERO
INCISÃO NO TERÇO DE ULNA

ABERTURA DO FOCO
REDUZIDO E MOBILIZADO
REDUZIDO COM UMA PLACA E 06 PARAFUSOS
O WADOCK DO CATETER REDUZIU COM
BOA RIN
SÍNTESE COM PLACA

WADOCK + TALA

Dr. Hildebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

CARTÓRIO [illegible]
ATESTO QUE CONFERE COM O ORIGINAL

Emanuele Monteiro
Mat. 763

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
PRONTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 – Parangaba - CEP 60.720-000 Fortaleza-Ceará
Telefone: (085) 3131-7319 - Fax 3131-7319

# FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Eliana Cristina de Araujo

Prontuário Nº.:

Enfermaria: Leito:

| Data: 10/01/19 | Pres. Arterial: | Pulso: | Respiração: | Temperatura: | Peso: | Altura: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Sanguíneo: | Hemacias: | Hemoglobina: | Hematócrito: | Glicemia: | Uréia: | Outros: |
| | Urina: | | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Ap. Respiratório: | | | Asma: | Bronquite: |
| Ap. Circulatório: | | | Eletrocardiograma: | |
| Ap. Digestivo | Dentes: | Pescoço: | Ap. Urinário: | |
| Estado Mental: | Ataráxicos: | Corticóides: | Alergia: | Hipotensores: |
| Diagnostico Pré-operatório: fract. cotovelo E | | | Estado Físico: ASA I | Risco: — |
| Anestesias Anteriores: | | | | |
| Medicação Pré-anestésica: Fentanil 100 µg + midazolam 3 mg | | Aplicadas às: | Efeito: | |

Agentes anestésicos: 02

Líquido: F

V. P. Arterial: o - Pr. A - Máxima b - Mínima

CO2 r - Respiração o - Oxigênio

OXIMETRO + CARDIOSCOPIO

Anestesia Satisf. ☒ sim ☐ não

Não, por quê?

**INDUÇÃO**

Satisf. Excit. Tosse:
Laringo espasmo: Lento:
Náusea: Vômitos:
Outros:

**MANUTENÇÃO**

1. venóclise c/ jelco 20
2. novect
3. bloqueio de plexo braq. c/ lido 1,5% c/ adren 30 ml
4. cefalotina 1g IV 12/12

**DESPERTAR**

Reflexos na S.O.
Obstr.: CO2: Excit.
Náusea: Vômitos:
Outros:

Com cânula:
Para o leito: ☐ sim ☐ não

**CONDIÇÕES:** boa

SINAIS, LOCAIS E ANOTAÇÕES

POSIÇÃO

Agentes: Lidocaína c/ adrenalina

Técnica: Bloqueio de plexo braquial

Cânulas: —

Operação: Tratamento fract. cotovelo E

Cirurgiões: Dr. Hildebrando

Anestesistas: Dr. Francisco Andrade Feitosa Júnior CRM 9085

Observações:

Perda Sanguínea:

Fco Andrade Dias Júnior
Anestesista
9085

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | CHECAGEM |
|---|---|
| | |

**ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS**

ASS. /CRM:

**ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM**

Paciente ao solo em via pública, com capacete, consciente orientado, com fratura fechada com deformidade em membros e outras extremidades íntegras, nega síncope ou ausência de dor. Orientado para TSE, deslocamento para Unidade hospitalar para seus procedimentos.

Enfª Letícia
H19 [illegible]

ASS. /COREN:

**ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA**

ASS.:

**DESTINO DO PACIENTE**

☐ UNIDADE DE SAÚDE: Frontinho Paraíba BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO ☐ RECUSA ☐ REMOVIDO POR TERCEIROS ☐ OUTRO:

☐ ÓBITO → ☐ NO LOCAL ☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: ___/___/___ às ___ hs

**COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES**

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: ___/___

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

**TERMO DE RECUSA**

EU: RG /CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: ___/___/___ às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | OBSERVAÇÃO |
|---|---|
| D. Celecoxibe 100mg | |
| D. Dipirona 2g EV | |
| Dr Claudio Cesar B Castro<br>TRAUMATO/ORTOPEDIA<br>CRM - 8609 | |

CONDUTA:

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

☐ REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: __/__/__ HORA: __:__

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

3 - INTERNAÇÃO ☐ Nº PROTUARIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: __/__/__ HORA: __:__

4 - PARA ÓBITO

ATENDIDO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: __/__/__ HORA ÓBITO: __:__

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
ATESTO QUE COPIA COM FIDELIDADE COM ORIGINAL
Emanuelle Monteiro
Mat. 763

851

Fortaleza
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Oitéria de Paiva nº 1127 – Parangaba - CEP 60.720-000 Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3131-7321 – Fax : 3131-7319

# FOLHA DE ANESTESIA

| MEDICAMENTO | UNID | QUANT | MEDICAMENTO | UNID | QUANT |
|---|---|---|---|---|---|
| ADRENALINA | AMPOLA | | PROPOFOL 10ml | AMPOLA | |
| AGUA DESTILADA | AMPOLA | | PROPOFOL 20ml | AMPOLA | |
| AMICACINA | AMPOLA | | PROTAMINA | AMPOLA | |
| AMPICILINA 1G | AMPOLA | | RANITIDINA | AMPOLA | |
| AMINOFILINA | AMPOLA | | SEVOFLURANO | ML | |
| ATROPINA 0,25MG | AMPOLA | | SUCCINILCOLINA | FRASCO | |
| BUPIVACAINA 0,5% C/ ADRENALINA | FRASCO | | TIOPENTAL | FRASCO | |
| BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA | FRASCO | | | | |
| BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA | AMPOLA | | | | |
| BICARBONATO DE SÓDIO | AMPOLA | | | | |
| BROMOPRIDA 10MG | AMPOLA | | | | |
| CEFALOTINA 500MG | FRASCO | | | | |
| CEFAZOLINA 500MG | FRASCO | | | | |
| CEFTRIAXONA 1G | FRASCO | | **SOROS** | | |
| CETOPROFENO 100MG | FRASCO | | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML | FRASCO | |
| CETAMINA | ML | | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML | FRASCO | |
| CISATRACURIO | AMPOLA | | SORO GLICOSADO 5% 500ML | FRASCO | |
| CLINDAMICINA | AMPOLA | | SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML | FRASCO | |
| CLORETO DE POTÁSSIO 10% | AMPOLA | | SORO RINGER LACTADO 500ML | FRASCO | |
| DEXAMETASONA | AMPOLA | | SOL MANITOL 20% 250ML | FRASCO | |
| DESLANOSIDEO | AMPOLA | | FRUTOSE | FRASCO | |
| DIAZEPAM 10MG | AMPOLA | | | | |
| DIPIRONA | AMPOLA | | | | |
| DIPIRONA + ESCOPOLAMINA | AMPOLA | | **SÂNGUE- HEMODERIVADOS** | | |
| DOBUTAMINA | AMPOLA | | | | |
| DOPAMINA | AMPOLA | | PLASMA | | |
| ETILEFRINA 10MG | AMPOLA | | SANGUE TOTAL | | |
| ETOMIDATO | AMPOLA | | CONCENTRADO DE HEMACIAS | | |
| FENTANIL | AMPOLA | | ALBUMINA | | |
| FUROSEMIDA | AMPOLA | | | | |
| GENTAMICINA | AMPOLA | | **MATERIAS DESCARTÁVEIS** | | |
| HEPARINA | AMPOLA | | CATETER VENOSO | UNIDADE | |
| HIDROCORTISONA 100MG | FRASCO | | EXTENSOR | UNIDADE | |
| HIDROCORTISONA 500MG | FRASCO | | EQUIPO DE SORO | UNIDADE | |
| IPSILON | AMPOLA | | SONDA ASPIRAÇÃO | UNIDADE | |
| ISOFLURANO | ML | | SONDA TRAQUEAL | UNIDADE | |
| ISORDIL | AMPOLA | | SONDA NASOGASTRICA | UNIDADE | |
| LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA | FRASCO | | SCALP | UNIDADE | |
| LIDOCAINA 2% S/ ADRENALINA | FRASCO | | AGULHA P/PERIDURAL | UNIDADE | |
| LIDOCAINA GEL | FRASCO | | AGULHAP/ RAQUI | UNIDADE | |
| MEPERIDINA 100MG | AMPOLA | | TORNEIRA 3 VIAS | UNIDADE | |
| METOCLOPRAMIDA | AMPOLA | | | | |
| METRONIDAZOL 500MG | FRASCO | | | | |
| MIDAZOLAN 5MG | AMPOLA | | | | |
| MIDAZOLAN 15MG | AMPOLA | | | | |
| NALOXONA | AMPOLA | | | | |

ANESTESISTA-CRM

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscemas

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM

| DATA | EVOLUÇÃO |
| --- | --- |
| | |

CRM - MÉDICO (A)

| DATA | EVOLUÇÃO |
|---|---|
| 01 | Conduta igual<br>Dr. Roberto Mendes<br>Ortopedista<br>CRM-CE |
| 05/01/15 | #. Enfermagem #<br>E.C.A., 3a, sexo feminino, HD: Fratura ulna esquerda, cidade: Coreaú, acordada, orientada, deambulando, hemodinamicamente estável, Em ar ambiente, eupneico, aceita dieta VO oferecida, Eliminações fisiológicas, higienizada, pele íntegra, segue os cuidados da sala e encaminhada ao posto 01 L 034 p/ T.O traumatologia<br>Barbara Rodrigues<br>Enfermeira<br>COREN-CE 499846 |
| 08/01/19 | Eliana admitida no posto 01, proveniente da emergência HD: fratura da diáfise da ulna E. Vig — DM + HAS consciente, orientada, acompanhada. Segue aguardando cirurgia<br>Rosimeire M. de Santana<br>COREN-CE 306109-ENF |
| 09/01 | Conduta igual<br>Dr. Roberto Mendes |
| 10/01/19 | Eliana retornou do c.c. às 10:20 mt após POI imediato evolução E. 39 ss<br>RTS OK<br>Dr. Hildebrando Melo Neto<br>CRM: 3199 TEOT - 11.956 |
| 11 | |

CRM - MÉDICO (A)

Emanuelle Monteiro
Mat. 763

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | OBSERVAÇÃO |
|---|---|
| | |

CONDUTA:

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

☐ REMOVIDO PARA: _____ GUIA Nº _____

DATA E HORA DA ALTA: __/__/__ HORA: __:__

OBSERVAÇÃO: (ATÉ 24 h) ☐ DATA E HORA DA ALTA: __/__/__ HORA: __:__

INTERNAÇÃO ☐ Nº PRONTUÁRIO: _____

DATA E HORA DA INTERNAÇÃO: __/__/__ HORA: __:__

ASS. CARIMBO MÉDICO

PARA ÓBITO

ATESTADO 1º SOCORRO ☐ NÃO ☐ SIM DATA ÓBITO: __/__/__ HORA ÓBITO: __:__

DESTINO DO CORPO: 1 ☐ ENTREGUE A FAMÍLIA 2 ☐ I.M.L. 3 ☐ ANATOMIA PATOLÓGICA 4 ☐ SVO

ASS. CARIMBO MÉDICO RESPONSÁVEL

ASS. PACIENTE OU ACOMPANHANTE

ASS. DO MÉDICO E CARIMBO

HOSPITAL INFANTIL Nº JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Enfermeiro responsável
MR 203.1

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscemas

DATA: _____/_____/_____

ASSINATURA DO CIRURGIÃO - CRM

| DATA | EVOLUÇÃO |
| --- | --- |
| | |

HOSPITAL DISTRITAL Mª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
Emanuelle Monteiro
Mat. 753

CRM - MÉDICO (A)

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ SAMPAIO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARAMBAIA
AV. Quinze de Fevereiro nº 1127 – Paramapaia – CEP 60.725-000 Fortaleza-Ce
Telefone (85) 3135-7223 – Fax: 3121-7910

# FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Eliane Cristina de Araujo

Enfermeria: _____ Leito: _____ Prontuário Nº.: _____

| Data: 31.01.19 | Pres. Arterial: | Pulso: | Respiração: | Temperatura: | Peso: | Altura: |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Tipo Sanguineo: | Hemacias: | Hemoglobina: | Hematócrito: | Glicemia: | Uréia: | Outros: |
| | Urina: | | | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Ap. Respiratório: | | Asma: | Bronquite: |
| Ap. Circulatório: | | Eletrocardiograma: | |
| Ap. Digestivo: | Dentes: / Pescoço: | Ap. Urinário: | |
| Estado Mental: | Ataráxicos: / Corticóides: | Alergia: | Hipotensores: |
| Diagnóstico Pré-operatório: | Sind. metálica cirurgia | Estado Físico: ASA I | Risco: |
| Anestesias Anteriores: | | | |

Medicação Pré-anestésica: | Aplicadas às: | Efeito:

Agentes Anestésicos

Líquido

V. Pulsatil / A / J / Respiração / O - Operação

OXM + CA 2%

INDUÇÃO

Sellat.: _____ Etual.: _____ Tiopa: _____
Laringo esperm.: _____ Lentra: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

1. Mount
2. Fentanil 30 µg IV

Anestesia Sellat.: ☒ sim ☐ não
Não, por quê? _____

DESPERTAR

Reflexos na B.O.: _____
Obst.: _____ CO2: _____ Exct.: _____
Náuseas: _____ Vômitos: _____
Outros: _____
Dem cânula:
Para o leito: ☐ sim ☒ não
CONDIÇÕES: _____

Medicações e Anotações

Posição: D

Agentes: Fentanil

Técnica: Sedacal

Cânulas: —

Operação: Retirada de fio

Cirurgiões: Dr. Hildebrando

Anestesistas: Dr. Fco A. Diar Júnior CRM 6085

Observações:

Perda Sanguínea:

Dr. Francisco Diar Júnior
Anestesiologista
CRM 6085

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL MENC. MARIA JOSÉ BARBOSA DE OLIVEIRA
PROTOCOLO DE PARAMBARA
AV. Rubão de Ziden nº 1137 – Itaoquia – CEP 60.720-000 Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 3101-7211 – Fax: 3101-7219

# FOLHA DE ANESTESIA

| MEDICAMENTO | UNID | QUANT |
|---|---|---|
| ADRENALINA | AMPOLA | |
| AGUA DESTILADA | AMPOLA | |
| AMICACINA | AMPOLA | |
| AMPICILINA 1G | AMPOLA | |
| AMINOFILINA | AMPOLA | |
| ATROPINA 0,25MG | AMPOLA | |
| BUPIVACAINA 0,5% C/ ADRENALINA | FRASCO | |
| BUPIVACAINA 0,5% S/ ADRENALINA | FRASCO | |
| BUPIVACAINA 0,5% PESADA | AMPOLA | |
| BICARBONATO DE SÓDIO | AMPOLA | |
| BROMOPRIDA 10MG | AMPOLA | |
| CEFALOTINA 500MG | FRASCO | |
| CEFAZOLINA 500MG | FRASCO | |
| CEFTRIAXONA 1G | FRASCO | |
| CETOPROFENO 100MG | FRASCO | |
| CETAMINA | ML | |
| CISATRACURIO | AMPOLA | |
| CLINDAMICINA | AMPOLA | |
| CLORETO DE POTÁSSIO 10% | AMPOLA | |
| DEXAMETASONA | AMPOLA | |
| DESLANOSIDEO | AMPOLA | |
| DIAZEPAM 10MG | AMPOLA | |
| DIPIRONA | AMPOLA | |
| DIPIRONA + ESCOPOLAMINA | AMPOLA | |
| DOBUTAMINA | AMPOLA | |
| DOPAMINA | AMPOLA | |
| ETILEFRINA 10MG | AMPOLA | |
| ETOMIDATO | AMPOLA | |
| FENTANIL | AMPOLA | |
| FUROSEMIDA | AMPOLA | |
| GENTAMICINA | AMPOLA | |
| HEPARINA | AMPOLA | |
| HIDROCORTISONA 100MG | FRASCO | |
| HIDROCORTISONA 500MG | FRASCO | |
| IPSILON | AMPOLA | |
| ISOFLURANO | ML | |
| KORDIL | AMPOLA | |
| LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA | FRASCO | |
| LIDOCAINA 2% S/ ADRENALINA | FRASCO | |
| LIDOCAINA GEL | FRASCO | |
| MEPERIDINA 100MG | AMPOLA | |
| METOCLOPRAMIDA | AMPOLA | |
| METRONIDAZOL 500MG | FRASCO | |
| MIDAZOLAN 5MG | AMPOLA | |
| MIDAZOLAN 15MG | AMPOLA | |
| NALOXONA | AMPOLA | |

| MEDICAMENTO | UNID | QUANT |
|---|---|---|
| PROPOFOL 10ml | AMPOLA | |
| PROPOFOL 20ml | AMPOLA | |
| PROTAMINA | AMPOLA | |
| RANITIDINA | AMPOLA | |
| SEVOFLURANO | ML | |
| SUCCINILCOLINA | FRASCO | |
| TIOPENTAL | FRASCO | |
| | | |
| **SOROS** | | |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250ML | FRASCO | |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML | FRASCO | |
| SORO GLICOSADO 5% 500ML | FRASCO | |
| SORO GLICOFISIOLÓGICO 0,9% 500ML | FRASCO | |
| SORO RINGER LACTADO 500ML | FRASCO | |
| SOL. MANITOL 20% 250ML | FRASCO | |
| FRUTOSE | FRASCO | |
| | | |
| **SANGUE- HEMODERIVADOS** | | |
| PLASMA | | |
| SANGUE TOTAL | | |
| CONCENTRADO DE HEMACIAS | | |
| ALBUMINA | | |
| | | |
| **MATERIAIS DESCARTÁVEIS** | | |
| CATETER VENOSO | UNIDADE | |
| EXTENSOR | UNIDADE | |
| EQUIPO DE SORO | UNIDADE | |
| SONDA ASPIRAÇÃO | UNIDADE | |
| SONDA TRAQUEAL | UNIDADE | |
| SONDA NASOGASTRICA | UNIDADE | |
| SCALP | UNIDADE | |
| AGULHA P/PERIDURAL | UNIDADE | |
| AGULHAP/ RAQUI | UNIDADE | |
| TORNEIRA 3 VIAS | UNIDADE | |
| | | |
| | | |

ANESTESISTA-CRM

Fortaleza PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

# FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: ELIANA CRISTINA DE ARAUJO

| Prontuário | Enferm. | Leito | Data Internação | Diagnóstico |
|---|---|---|---|---|
| | | | 31/01/2019 | |

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

| DATA | EVOLUÇÃO |
|---|---|
| 31/01/19 | STE [illegible] |
| | Dr. Hildebrando Melo Neto CRM: 3199 TEOT - 11.956 |
| | [illegible] |
| | Dr. Hildebrando Melo Neto CRM: 3199 TEOT - 11.956 |
| | [illegible] |
| | Dr. Hildebrando Melo Neto CRM: 3199 TEOT - 11.956 |

HOSPITAL DISTRITAL DR. JOSÉ MARTINS DE ALMEIDA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Prontuário

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA – SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FESTINHA DE PARAJURUNA
AV. Ondrio de Pelos nº 1127 – Parangaba – CEP 60.730-000 Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3101-7301 – Fax: 3101-7319

# REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º: 361 632

Paciente: ELIANO CUSTINO DE SOUZA

Data da Operação: 31 / 01 / 19 Enfermaria: Leito:

| | |
|---|---|
| Operador: Dr. Hildebrando Melo Neto CRM: 3199 TEOT - 11.956 | 1º Auxiliar: |
| 2º Auxiliar: | 3º Auxiliar: |
| Instrumentador: | Anestesista: |

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório: SINT. MIDÍLIO LATERAL D

Tipo de Operação: RETIRADA DE SINT

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediata Patologista:

Exame Radiológico no ato:

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscemas

ABERTURA DE S. S

LAPARA E CAVO

RETIRADA DE SINT

Dr. Hildebrando
CRM: 3199 TEOT - 11.956

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA ... CONFERE COM O ORIGINAL
Emanuelle Martins
Mat. 703

PRONTUÁRIO

fls. 40

Fortaleza

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

| | Data | Assinatura | Rubrica |
|---|---|---|---|
| 11: | | | |
| 16: | | | |
| 20: | | | |
| 06: | | | |

| | SINAIS VITAIS | | | |
|---|---|---|---|---|
| ORÁRIO: | | | | |
| P.A.: | | | | |
| TEMP.º: | | | | |
| P./ MIN.: | | | | |
| M.V. / MIN.: | | | | |

## PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

**SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico**

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

| NOME: ELIANA CRISTINA DE ARAÚJO | IDADE: 36 | ENF.: | LEITO: | Nº. PRONTUÁRIO: |
|---|---|---|---|---|

| DATA | PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA | HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS | OBSERVAÇÃO | RUBRICA (Enf./ Dieta) |
|---|---|---|---|---|
| | Dieta livre | | Paciente sem queixa | |
| | Hidratação | | apresentando em O2 | |
| | Sinais vitais | | ambiente, lúcida | |
| | | | e deambula | |
| | Dr. Hildebrando Melo Neto | | encaminhado p/ | |
| | CRM: 3199 TEOT - 11.956 | | C.C. para retirada | |
| | | | de gesso. | |
| | Dieta livre | | | |
| | | | | |
| | Dr. Hildebrando Melo Neto | | | |
| | CRM: 3199 TEOT - 11.956 | | | |

HOSPITAL CENTRAL MONSENHOR JOSÉ BRANCO DE QUEIROZ
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Prontuário

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

Fortaleza

## ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) ELIANO CRISTINO DE SOUZA

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia ___/___/___ às ___:___hs.

Tendo como causa de socorro EST. - LADO DO CORPO

Necessita de (90) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: _____

Fortaleza-Ce, 31 de Jun de 2019

Dr. Hildebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

CRM - Médico (a)

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

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

## ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) ELIANO CRISTINO DE ANDRADE

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 02/01/19 às __:__ hs.

Tendo como causa de socorro FRAT. 1/3 DISTAL DO ULNA

Necessita de (30) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) S 52

Observações: _____

Fortaleza-Ce, 15 de FEV de 2019

Dr. Hildebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

CRM - Médico (a)

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

Prefeitura de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
**HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEI**
**FROTINHA DE PARANGABA**
AV. Osorio de Paiva nº 1127 – Parangaba - CEP 60 720-000 Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3131 7332

**RECEITA**

ELIANO CRISTINO DE MORAIS

SOLICITO 2 SS
DE FISIOTERAPIA

DIA FIZ. LOMBAR
2 CAPAS

Dr. Hildebrando Melo Neto
CRM: 3199 TEOT - 11.956

DATA: 11/02/19

CRM - Médico (a)

Ambulatório

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 – Parangaba - CEP 60.730-000
Fortaleza-Ceará Telefone: (85) 3131-7322

134

## ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência - CAD.: _____

Atesto que o (a) Sr. (a) Olívia Cristina de Araújo

foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia ___/___/___ às ___:___hs.

Tendo como causa de socorro _____

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

Observações: _____

Fortaleza-Ce, 02 de 01 de 2019

CRM - Médico (a)

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

Saúde e Família

Dr. Adroaldo Silveira Aragão
Medicina Interna

℞ Relatório Médico

Relato, para os devidos fins, junto aos DPVAT, que a Sra. Eliane Cristina de Araujo, 37a, informa que sofreu acidente de trânsito, em 02.01.19, e teve fratura de ulna E, e necessitou tratamento transcirúrgico-ortopédico: osteossíntese com placa e parafusos; não realizou fisioterapia; e teve alta definitiva em 14.02.19, com as seguintes sequelas: hipotrofia muscular do braço e antebraço EE, e deficit de força no MSE e da preensão da mão E, bloqueio de flexão e extensão do punho E, e de flexão e extensão do cotovelo E, e bloqueio da supinação da mão/antebraço (EE), desalinhamento do antebraço/punho e mão EE; com comprometimento funcional do MSE em 40%, do cotovelo E em 60%, do punho E em 40% e da mão E em 25%.

Fortaleza.
29.08.19

518/XO

Dr. Adroaldo Silveira Aragão
CRM 1600 - CPF 049448603-15

Adroaldo Silveira Aragão
MÉDICO
CRM/CE 1600

CONSULTÓRIO:
Rua Tiburcio Cavalcante, 1710 - Aldeota - Fortaleza - Ceará
Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552
CEP: 60125-100

E-mail: adroaldoaragao@hotmail.com
Fones: 3224 6350 / 9 8884 6350

# SINISTRO 3190292229 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ELIANA CRISTINA DE ARAUJO
**COBERTURA** Invalidez
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
**BENEFICIÁRIO** ELIANA CRISTINA DE ARAUJO
**CPF/CNPJ:** 01309399352

**Posição em 14-01-2020 11:36:37**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R$00.000,00

Juros e Correção: R$00.000,00

Valor Total: R$00.000,00

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|---|---|---|---|
| 13/05/2019 | R$ 945,00 | R$ 0,00 | R$ 945,00 |
| 27/09/2019 | R$ 1.586,25 | R$ 0,00 | R$ 1.586,25 |