

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	05775014465 DETRAN
Profissão	PINTOR	CPF nº	026.460.393-10
Endereço	RUA DEPUTADO FLAVIO MARCILIO, 15		
Bairro	CAIS DO PORTO	CEP	60.180-040
Município/UF	FORTALEZA / CE		

OUTORGADOS: BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103 e THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 10º Andar – Salas 1003/1004 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85)999638013/ (85)988530069/ (85)98636-3030/(85)30220470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao_@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

FORTALEZA - CE

3 de junho de 2019

FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO
OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao_@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDÃO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 21/01/2020 às 11:52, sob o número 02043362320208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0204336-23.2020.8.06.0001 e código 5C92E25.

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 16

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	05775014465 DETRAN
Profissão	PINTOR	CPF nº	026.460.393-10
Endereço	RUA DEPUTADO FLAVIO MARCILIO, 15		
Bairro	CAIS DO PORTO	CEP	60.180-040
Município/UF	FORTALEZA / CE		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

FORTALEZA - CE

3 de junho de 2019

> FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO
DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 17

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO, BRASILEIRO(A),
SOLTEIRO, PINTOR, PORTADOR DO RG Nº
05775014465 DETRAN, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 026.460.393-10, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO RUA DEPUTADO FLAVIO MARCILIO, 15
CAIS DO PORTO NA CIDADE DE FORTALEZA / CE, DECLARO PARA TODOS

OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, E MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103 E THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL PARA RECEBER INTIMAÇÕES NA RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS BRUNO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E MARCELO PEREIRA BRANDÃO, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI " ART. 339 E 340 " DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA - CE

3 de junho de 2019

> FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 18

FLS.

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3655 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **21/08/2018 13:21:36**Data / Hora da Ocorrência: **05/08/2018 02:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALBERTO SÁ**

Complemento:

Bairro: **PAPICU**Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO**Nascimento: **27/06/1987** CPF: **026.460.393-10**RG: **98014005019**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **GEANE PEREIRA DE LIMA****FABIO BARBOSA DE MORAES**Endereço: **RUA MURILO BORGES, 153**Bairro: **SERVLUZ**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98681-6307****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OIH7324** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2JC4110CR568963** Renavam: **471974870** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:**ROXA** Proprietário: **FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OIH-7324 NA AV. ALBERTO SÁ QUANDO UMA MOTO DE PLACA NÃO ANOTADAS AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA, QUE A VITIMA PROCUROU ATENDIMENTO MEDICO POR MEIOS PRÓPRIOS NO FORTINHA DE MESSEJANA ONDE NÃO FOI ATENDIDO, MAS FOI ENCAMINHADO PELA AMBULÂNCIA DO FROTINHA P INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA ONDE DEU ENTRADA NO DIA 06/08/2018. E NADA MAIS DISSE.///////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-6**



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 21/08/2018 06:26:3

Por: EDUARDO MORAES

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL								DATA/HORA: 06/08/2018 06:26:3	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE									
CNS: 706200148214841	NOME: FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO				Registro: 5574657				
CPF: 02646039310	RG: 98014005019	D. NASC: 27/08/1987	ESTADO CIVIL:		SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela			
NOME DA MÃE: GEANE PEREIRA DE LIMA				NOME DO PAI: FABIO BARBOSA DE MORAES					
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: FAROL NOVO			Nº: 291	BAIRRO: VICENTE PINZ				
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 988258976	MUNICÍPIO: FORTALEZA			UF: CE	CEP: 80181690			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL									
NOME: PAC VEIO DE AMB FROT DA MESSEJANA /MARIA				PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE:			
ACIDENTE DE TRABALHO									
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:			COSIDO DO CNAER:				
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO									
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta									
QUEIXAS: VITIMA DE QUEDA DE MOTO, TRAUMA EM FACE, HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA. NO MOMENTO, CONSCIENTE E ORIENTADO. RISCO DE VIDA POR EM FACE. GLASSGOW 15									
OBSERVAÇÕES:									
SINAIS VITAIS									
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve			PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:									
ATENDIMENTO MÉDICO									
Anamnese:									
Exame Físico:									
Conduta:									
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:									
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:									
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:									
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					

Ato declaratório

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTD.

10 OUT. 2018

ASS:



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 21/08/2018 11:26:3

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 06/08/2018 09:34:40	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708200148214841	NOME: FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO				Registro: 5574657		
CPF: 02646039310	RG: 98014005019	D. NASC: 27/08/1987	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: GEANE PEREIRA DE LIMA				NOME DO PAI: FABIO BARBOSA DE MORAES			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: FAROL NOVO		Nº: 291	BARRIO: VICENTE PINZON			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: , 988258976	MUNICIPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60181690		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: PAC VEIO DE AMB FROT DA MESSEJANA /MARIA		PARENTESCO: ESPOSA			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CHO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista							
QUEIXAS: VITIMA DE QUEDA DE MOTO, TRAUMA EM FACE, HISTÓRIA DE PERDA DE CONSCIÊNCIA. NO MOMENTO, CONSCIENTE E ORIENTADO. REFERE DOR EM FACE. GLASSGOW 15							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Condição:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MEDICO ESPECIALISTA:			

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

ASS:

4003

fls. 21

Ortopedia
L-145

SANTA CASA DE FORTALEZA
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1/1
DATA: 06/08/2018
HORA: 15:27

Manoela

Prontuário 1146148	Atendimento 4687978	Reserva/Guia *12600090238*
-----------------------	------------------------	-------------------------------

Paciente FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO [CPF:] Nome Social	Sexo Est. Civil M Solteiro	Dt Nasc. 27/06/1987	Idade 31	Telefone 85988258976	R.G. 98014005019	Código CNS 888003947196018
--	-------------------------------	------------------------	-------------	-------------------------	---------------------	-------------------------------

Endereço NOVO FAROL Bairro VICENTE PINZON Nome da Mãe GEANE PEREIRA DE LIMA	Num. Complemento 291 Cidade FORTALEZA	Profissão
--	--	-----------

Responsável FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO Bairro VICENTE PINZON	Endereço NOVO FAROL Cidade FORTALEZA	Cep	Num. 291 Telefone 85988258976
--	---	-----	--

Médico Atendente 40932 HOSPITAL [CRM: 002470] [CPF: 8800359] Procedimento 0415020034 OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS Setor 160000 CONTAS MEDICAS Acomodação POSTO: P24150 - POSTO 5 - CIRURGICO 5 ENFERMARIA: PORT53 - ENFERMARIA 23 LEITO: 145 - L-145 Data mín. para alta - 06/08/2018 Data máx. para alta - 10/08/2018	Convênio 50 SUS	Médico Acompanhante 40932 HOSPITAL [CRM: 002470] [CPF: 8800359] Cid S026 FRAT DE MANDIBULA Origem IJF	Atendente - TATIANE OLIVEIRA DE SOUSA
--	--------------------	--	--

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não	Data admissão 06/08/2018	Data alta 14, 08, 18
Internação anterior..? [] Sim [] Não	Hora admissão 15:25	Hora alta 09:30
Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [X] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []	Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []	Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico: Vitória de Ac. notociditica Cid S10.27

Internação.: Definitivo....:

Histórico: Com consequente politrauma de face

Alta - 1	Raio X:	Uti
Perm - 2	[] Simples	Entrada ____/____/____
Transf - 3	[] C/Contraste	Saída ____/____/____
Óbito - 4		

Motivo

Caract. Trat. []

[] Sangue..: [] Rh..: [] [] A [] B [] AB [] O [] E [] F [] G

10 OUT. 2018

Dr. George Gomes
Cirurgião bucomaxilofacial
CRO 1950

Carimbo e Assinatura do Médico



SANTA CASA DE MISERICORDIA
SISTEMA DE CONTROLE CLÍNICO
TERMO DE RESPONSABILIDADE

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 06/08/2018
HORA: 15:27:53

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Os abaixo assinados, paciente e seu responsável, AUTORIZAM o corpo clínico do(a) SANTA CASA DE MISERICORDIA de FORTALEZA-CE a praticar qualquer tratamento médico ou cirúrgico, bem como atos anestésicos, transfusões e realizar ainda as investigações que julgar necessárias ao diagnóstico, inclusive exames complementares.

O responsável se compromete ainda pela retirada do paciente dentro de 24 horas após lhe haver dado alta.

FORTALEZA-CE, 06/08/2018

Paciente: FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO
Nome Social:
Responsável: FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO
Endereço: RUA NOVO FAROL 291 VICENTE PINZON
Cidade: FORTALEZA - CE
Telefone: 85988258976
Documento: 98014005019

TESTEMUNHAS:

1- Maria do Socorro do Nascimento
2- _____

O abaixo assinado, _____

responsável pelo doente _____

certifica que o retira deste Nosocomio contra parecer dos médicos que o assistem, assumida inteira responsabilidade por sua decisão.

FORTALEZA-CE, 06/08/2018

Paciente: FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO
Nome Social:
Responsável: FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO
Endereço: RUA NOVO FAROL 291 VICENTE PINZON
Cidade: FORTALEZA - CE
Telefone: 85988258976
Documento: 98014005019

TESTEMUNHAS:

1- _____
2- _____

TERMO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

Ass: _____



7.1146148 L-145



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA** 4 - CNES: **11111**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **FÁBIO BARBOSA DE MORAES FILHO** PRONTUÁRIO: **5574657**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA NASCIMENTO: **27/06/1987** 9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/ PAI: **GEANE PEREIRA DE LIMA** 12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: 14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **RUA FAROL NOVO, 232, VICENTE PIZON**
CIDADE: **FORTALEZA** 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP: **60.33333**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM FACE. AO EXAME APRESENTA EDEMA EM TERÇO INFERIOR, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MÁ OCLUSÃO DENTÁRIA E MOBILIDADE DOS COTOS MANDIBULARES FRATURADOS**

União 32600090238

22 - DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX DE MANDÍBULA** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S026** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **04.15.02.003-4**
29 - CLÍNICA: **BMF** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **ELETIVO** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DO DOCUMENTO DO SOLICITANTE: **8031522 93334**
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **DR JOSÉ MARIA** 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **06/08/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGURADORA: 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: **LIBIA CORRÊA DA SILVA**
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **0 OUT. 2018**
() CNES () CPF 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600080238
NÚMERO DA AIH: 2318102742967

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2651394 - SANTA CASA DE MISERICORDIA DE FORTALEZA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 898003947196018 - FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO
DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 27/06/1987 - 31 anos
NOME DA MÃE: GEANE PEREIRA DE LIMA
NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO
ENDEREÇO: NOVO FAROL, Nº 291
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA UF: CE
SEXO: MASCULINO
TELEFONE DE CONTATO: 85-986974501
TELEFONE DO RESPONSÁVEL:
BAIRRO: VICENTE PINZON
CEP: 60180010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S026 - Fratura de mandíbula
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:
DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0415020034-OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
PROFISSIONAL SOLICITANTE: 80652293334 - JOSE MARIA SAMPAIO MENEZES JUNIOR
CLÍNICA: CIRURGICO - BUCO MAXILO FACIAL (I)
DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 08/08/2018 - 10:25 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 08/08/2018 - 15:30

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA
CNPJ DA SEGURADORA:
NÚMERO DO BILHETE:
SÉRIE DO BILHETE:
CNPJ DA EMPRESA:
CBO NA EMPRESA:
NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:
PARECER

DATA AUTORIZAÇÃO:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

ASS:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2 | 5 | 2 | 9 | 1 | 4 | 9**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA** 4 - CNES: **1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **FÁBIO BARBOSA DE MORAES FILHO** PRONTUÁRIO: **5574657**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA NASCIMENTO: **27/06/1987** 9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/ PAI: **GEANE PEREIRA DE LIMA** 12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: 14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO):
RUA FAROL NOVO, 291, VICENTE PIZON
CIDADE: **FORTALEZA** 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM FACE. AO EXAME APRESENTA EDEMA EM TERÇO INFERIOR, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOCCLUSÃO DENTÁRIA E MOBILIDADE DOS COTOS MANDIBULARES FRATURADOS

22 - DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX DE MANDÍBULA** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S026** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **04.15.02.003-4**
29 - CLÍNICA: **BMF** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **ELETIVO** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DO DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **DR JOSÉ MARIA** 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **06/08/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGU 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO RADORA:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA** 2 - CNES: **2529149**
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA** 4 - CNES: **5574657**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **FÁBIO BARBOSA DE MORAES FILHO** PRONTUÁRIO: **5574657**
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 8 - DATA NASCIMENTO: **27/06/1987** 9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem 10 - RAÇA/COR 10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/ PAI: **GEANE PEREIRA DE LIMA** 12 - TELEFONE DE CONTATO
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: 14 - TELEFONE DE CONTATO
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): **RUA FAROL NOVO, 291, VICENTE PIZON**
CIDADE: **FORTALEZA** 17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 18 - UF: **CE** 19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:
PACIENTE VÍTIMA DE TRAUMA EM FACE. AO EXAME APRESENTA EDEMA EM TERÇO INFERIOR, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MÁ OCLUSÃO DENTÁRIA E MOBILIDADE DOS COTOS MANDIBULARES FRATURADOS

22 - DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):

ANAMNESE + EXAME FÍSICO

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **FX DE MANDÍBULA** 24 - CID 10 PRINCIPAL: **S026** 25 - CID10 SECUNDÁRIO: 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS** 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **04.15.02.003-4**
29 - CLÍNICA: **BMF** 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **ELATIVO** 31 - DOCUMENTO: **() CNS () CPF** 32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: **DR JOSÉ MARIA** 34 - DATA SOLICITAÇÃO: **06/08/2018** 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 39 - CNPJ DA SEGU 40 - Nº DO BILHETE: 41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO RADORA:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO 42 - CNPJ DA EMPRESA: 43 - CNAE DA EMPRESA: 44 - CBOR:

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: 47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **10 OUT. 2018**
() CNES () CPF
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUÁRIO: glauce lima - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

Identificação do paciente	898003947196018 - FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO 
CNS - PACIENTE	
NOME DA MÃE	GEANE PEREIRA DE LIMA
NÚMERO DO PRONTUÁRIO	5574657
DATA DE NASCIMENTO - IDADE	27/06/1987 - 31 anos
SEXO	MASCULINO
NOME DO RESPONSÁVEL	O MESMO
TELEFONE DO RESPONSÁVEL	
ENDEREÇO	RUA GENERAL MURILO BORGES, Nº 153
BAIRRO	CAIS DO PORTO
ESTADO DE RESIDÊNCIA	CEARA
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	FORTALEZA
Plantonista	
MÉDICO	80552293334 - JOSE MARIA SAMPAIO MENEZES JUNIOR
TELEFONE PARA CONTATO	(85) 32555000
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES	PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO - SANTA CASA DE MISERICÓRDIA.
Solicitação	
NÚMERO	12600090238
SITUAÇÃO	SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO
CENTRAL DE REGULAÇÃO	23044021 - FORTALEZA
DATA - HORA	06/08/2018 - 10:25
PROFISSIONAL	80552293334 - JOSE MARIA SAMPAIO MENEZES JUNIOR
PROCEDIMENTO SOLICITADO	0415020034 - - OUTROS PROCEDIMENTOS COM CIRURGIAS SEQUENCIAIS
PROCEDIMENTO REALIZADO	
CLÍNICA	1 - CIRURGICO - BUCO MAXILO FACIAL
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S026 - Fratura de mandíbula

LIBERADA CORRETORA DE SEG. 10 OUT. 2018

Buonanno
4/08/18
Dr. Jose Maria

fls. 28



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

LAUDO MÉDICO PARA SOLICITAÇÃO DE:

- | | |
|--|--|
| ☐ MUDANÇA DE PROCEDIMENTO | ☒ USO DE PRÓTESE, ÓRTESE |
| ☐ DIÁRIA DE UTI | ☐ USO DE FATORES DE COAGULAÇÃO |
| ☐ DIÁRIA DE ACOMPANHANTE | ☐ USO DE OXIGENADORES |
| ☐ VACINA ANTI RH | ☐ NUTRIÇÃO PARENTERAL |
| ☐ | ☐ |

HOSPITAL: _____ CNPJ: _____
PACIENTE: FABIO BARBOSA DE MORAES Nº AIH: _____
PROCEDIMENTO ANTERIOR: _____ PROCEDIMENTO SOLICITADO: _____
MÉDICO SOLICITANTE: _____ CRM: _____ CPF: _____

JUSTIFICATIVA:

Paciente portador de fraturas faciais (mandíbula), necessitando de tratamento cirúrgico.

OSTEOTOMIA DE MANDIBULA- 04.04.02.046-1

01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM TITÂNIO (0702050474)

OSTEOSSÍNTESE DA FRATURA COMPLEXA DA MANDIBULA - 04.04.02.050-0

01 PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM TITÂNIO (0702050474)

Compatível

0404020461- 0702050474-01

0404020500- 0702050474-01

Mariana Carvalho
Coordenadora do Atendimento
Santa Casa de Fortaleza

08/08/18

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE 6294

DATA: 08 / 08 / 2018

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

AUDITOR:

DATA: ____ / ____ / ____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE

ASS:



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

fls. 29

PRONT. N.º 145 NOME: Felcio Barbosa de Sousa FilhoLEITO: 145

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares etc

DATA	DESENVOLVIMENTO
06/08/18 16h30	# Exame admissional. * Felcio, 31 anos, casado, branco, união estável, pintor, natural e morador de Fortaleza. * AP: Acidente de moto há 2 dias. * Fonte: paciente e parceira. * HDA: Paciente refere que, na madrugada de sábado (04/08/18) sofreu um acidente de moto com a parceira, ambos sem capacetes. Acompanhando refere que se sofreu trauma em face, paciente inconsciente, mas logo recuperou a consciência. (apesar de não se lembrar do episódio). Refere febre moderada no domingo (não esperada) e nega dores de cabeça ou vômitos. Refere "inchaço" na faringe, sic, que o impede de deglutir (sem se alimentar desde então). Auscultação de 2 dentes, cujos restos ferem a língua. Nega queixas. Inchaço de mandíbula e em nasal (vide imagem). * HPP: Níquido, refere acidentes métricos superficiais, nega cirurgias prévias, internação prévia por meningite há 10 anos. Nega alergias. * HF: Pais rígidos, filhas rígidas, irmãos saudáveis. * Hábitos: Refere beber cerca de um copo de cerveja aos sábados e domingos, desde os 16 anos. # Exame físico: - Geral: REG, orientado, cooperativo, aaa, corado. SO₂: 98%, FC: 98. - Cabeça e pescoço: não palpo linfadenopatias. Edema em face e escarificações. - Tórax: (AC) RCR, 2T, SS, BNF. (AP) MVU+, sem ruídos adventícios. - Abdome: plano, flácido, RHA+, sem megalias, indolor à palpação. Traqueia livre. - Extremidades: ppp, sem edemas. # Pd Solicito exames laboratoriais gerais ② (Aguarda avaliação de bucomaxilo)

Ricardo Dantas T. Vieira
CRM 147.766

LIBIA CORRETORA DE SEG. LÍDA

10 OUT. 2018

ASS:



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

fls. 30

PRONT. N.º _____

NOME: _____

LEITO: _____

Anotar a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares etc.

PACIENTE: FABIO BARBOSA DE MORAES

DATA

DESENVOLVIMENTO

LEITO: 145

DATA: 07.08.18

EVOLUÇÃO

- ❖ PACIENTE 31 ANOS, VÍTIMA DE AC. MOTOCICLISTICO DIA 05.08.18, COM CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE.
- ❖ NEGA USO DE EPI'S NO MOMENTO DO ACIDENTE.
- ❖ NEGA ALERGIAS, DOENÇAS DE BASE.
- ❖ REFERE USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS.
- ❖ EVOLUI ESTÁVEL, ORIENTADO, EUPNEICO, EM BEG.
- ❖ AO EXAME APRESENTA EDEMA EM TERÇO INFERIOR DE FACE, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOBILIDADE DE MANDIBULA A MANIPULAÇÃO, LACERAÇÃO EM REGIÃO SUBMANDIBULAR.
- ❖ PORTA FRATURA BILATERAL DE MANDÍBULA.

Dr. George Gomes
Especialista Otorrinolaringologista
CRO 6908

LÍBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

ASS: _____



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

fls. 31

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares etc.

PACIENTE: FABIO BARBOSA DE MORAES

DATA

DESENVOLVIMENTO

LEITO: 145

DATA: 08.08.18

EVOLUÇÃO

- ❖ PACIENTE 31 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 05.08.18, SEM CAPACETE (SIC), TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE
- ❖ NEGA ALERGIAS E DOENÇAS DE BASE. REFERE USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS.
- ❖ EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO.
- ❖ AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM TERÇO INFERIOR DE FACE, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOBILIDADE DE MANDIBULA A MANIPULAÇÃO, LACERAÇÃO EM REGIÃO SUBMANDIBULAR.
- ❖ PORTA FRATURA BILATERAL DE MANDIBULA.
- ❖ REALIZO AVISO PARA DIA 11.08.18

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Bucal e Maxilofacial
CRM 10.000

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

ASS: _____



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

fls. 32
010012824000

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____
Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

PACIENTE: FABIO BARBOSA DE MORAES

DATA

DESENVOLVIMENTO

LEITO: 145

DATA: 09.08.18

EVOLUÇÃO

- ❖ PACIENTE 31 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 05.08.18, SEM CAPACETE (SIC), TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE
- ❖ NEGA ALERGIAS E DOENÇAS DE BASE. REFERE USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS.
- ❖ EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO.
- ❖ AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM TERÇO INFERIOR DE FACE, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOBILIDADE DE COTOS MANDIBULARES A MANIPULAÇÃO, LACERAÇÃO EM REGIÃO SUBMANDIBULAR.
- ❖ PORTA FRATURA BILATERAL DE MANDIBULA.
- ❖ TRATAMENTO DIA 11.08.18

Eymaro Vieira Borges
Cirurgião Traumatologista
Bucco Maxilo Facial
CRM. 1939

LBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

fls. 33

HISTÓRICO N.º

NOME:

LEITO:

Descreva a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

PACIENTE: FABIO BARBOSA DE MORAES

DATA

DESENVOLVIMENTO

LEITO: 145

DATA: 10.08.18

EVOLUÇÃO

- ❖ PACIENTE 31 ANOS, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO DIA 05.08.18, SEM CAPACETE (SIC), TENDO CONSEQUENTE POLITRAUMA DE FACE
- ❖ NEGA ALERGIAS E DOENÇAS DE BASE. REFERE USO DE DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS.
- ❖ EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO.
- ❖ AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA EM TERÇO INFERIOR DE FACE, LIMITAÇÃO DE ABERTURA BUCAL, MOBILIDADE DE COTOS MANDIBULARES A MANIPULAÇÃO, LACERAÇÃO EM REGIÃO SUBMANDIBULAR.
- ❖ PORTA FRATURA BILATERAL DE MANDIBULA.
- ❖ TRATAMENTO DIA 11.08.18

Pablo Rodrigues
Cirurgião Maxilo-Facial
CRO-CE 6605

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Maxilo-Facial
CRO-CE 6204

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

ASS:



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

fls. 34

PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares etc.

PACIENTE: FABIO BARBOSA DE MORAES
DESENVOLVIMENTO

DATA

LEITO: 145

DATA: 12.08.18

EVOLUÇÃO

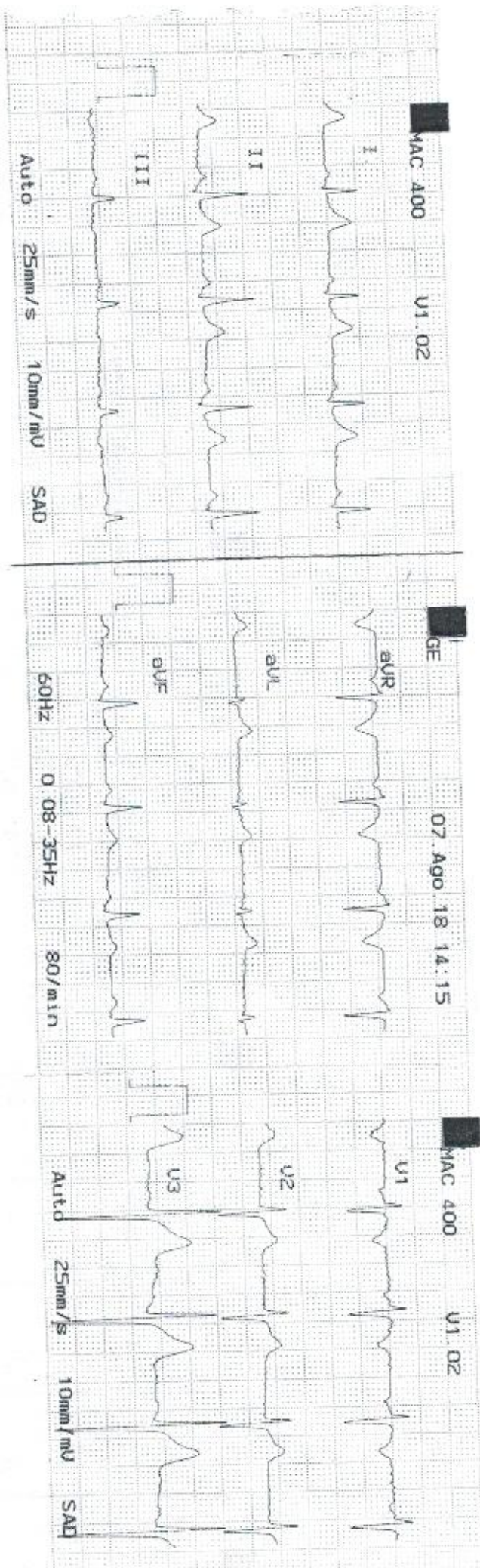
- ❖ PACIENTE 31 ANOS, EM 1º P.O DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLITRAUMA DE FACE.
- ❖ EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO.
- ❖ AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA FACIAL COMPATÍVEL COM O PROCEDIMENTO. SUTURAS SEM DEISCÊNCIAS.

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Geral - Medicina Facial
CRM 62594

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

ACC



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA
EVOLUÇÃO DO PACIENTE



PRONT. N.º _____ NOME: _____ LEITO: _____

Anote a evolução no caso, as complicações surgidas, consultas a especialistas, os exames complementares, etc.

PACIENTE: FABIO BARBOSA DE MORAES

DATA

DESENVOLVIMENTO
LEITO: 145

DATA: 14.08.18

EVOLUÇÃO

- ❖ PACIENTE 31 ANOS, EM 2º P. O DE TRATAMENTO CIRÚRGICO DE POLITRAUMA DE FACE.
- ❖ EVOLUI ESTÁVEL, CONSCIENTE, ORIENTADO, EUPNEICO.
- ❖ AO EXAME FÍSICO APRESENTA EDEMA FACIAL COMPATÍVEL COM O PROCEDIMENTO. SUTURAS SEM DEISCÊNCIAS.
- ❖ Alta hospitalar

Dr. George Gomes
Conselho de Administração
CRO 6960

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018

ASS:



Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

fls. 37

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratoriocedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **FABIO BARBOSA DE MORAIS FILHO**
Mãe: **GEANE PEREIRA DE LIMA**
DN: **27/06/1987**
Sexo: **Masculino**
Médico Dr(a): **BARBARA DENNYSE T. VIEIRA**
Leito: **145**

RG:
Atendimento: **66310-23**
Data Entrada: **07/08/2018**
Convênio: **HOS-ORTO**
Impressão: **07/08/2018 14:59:29**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Sangue Total
COD. 17.01.803-0

NOVO CÓDIGO:

Data coleta : 07/08/2018 09:02:0

HEMOGRAMA COMPLETO

Hemácias.....: 4,52 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 14,2 g/dL
Hematócrito.....: 39,5 %
VCM.....: 87 fL
HCM.....: 31,4 pg
CHCM.....: 35,9 g/dL
RDW: 11,4 %

Valores de referência:
4,5 a 6,0 milhões/mm³
13,5 a 18,0 g/dL
41 a 54 %
80 a 100 fL
27 a 33 pg
32 a 36 g/dL
11 a 14,5 %

Valores Relativos: Valores Absolutos:

		8.500 /mm ³		4.000 a 10.000/mm ³
Leucócitos totais.....:				
Blastos.....: 0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Mieloblastos.....: 0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Promielócitos.....: 0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Mielócitos.....: 0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Metamielócitos.....: 0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Neutrófilo Bastões.....: 0 %	0	/mm ³	0 a 5 %	0 a 390 /mm ³
Neutrófilo Segmentados.: 72,8 %	6188	/mm ³	40 a 78 %	1700 a 7800 /mm ³
Eosinófilos.....: 2,1 %	178	/mm ³	1 a 5 %	20 a 500 /mm ³
Linfócitos.....: 15,3 %	1302	/mm ³	20 a 50 %	1000 a 4500 /mm ³
Linfócitos atípicos.....: 0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Basófilos.....: 0,9 %	76	/mm ³	0 a 2 %	0 a 200 /mm ³
Monócitos.....: 8,9 %	756	/mm ³	2 a 10 %	100 a 1000 /mm ³

Plaquetas.....: 174.000 /mm³ 150.000 a 450.000/mm³

OBS:

Hemácias normocíticas e normocrômicas.
Plaquetas morfologicamente normais.
Leucócitos morfologicamente normais.

Método...: AUTOMATIZADO - PENTRA 80

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 07/08/2018 12:7:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018

Ass:

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834





Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

fls. 38

Paciente: **FABIO BARBOSA DE MORAIS FILHO**
Mãe: **GEANE PEREIRA DE LIMA**
DN: **27/06/1987**
Sexo: **Masculino**
Médico Dr(a): **BARBARA DENNYSE T. VIEIRA**
Leito: **145**

RG:
Atendimento: **66310-23**
Data Entrada: **07/08/2018**
Convênio: **HOS-ORTO**
Impressão: **07/08/2018 14:59:29**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Plasma (Citrato de Sódio)
COD. 17.00.903-0

Data coleta: 07/08/2018 09:02

NOVO CÓDIGO: 02.02.02.014-2

TEMPO DE PROTROMBINA

TEMPO DE PROTROMBINA DO PACIENTE...: **16,0 segundos**

Valor de referência:

12,6 segundos

ATIVIDADE.....: **68,6 %**

100 %

RNI.....: **1,32**

1,01

Método...: Automatizado - Coagulômetro Coagmaster BR

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 07/08/2018 12:12

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
10 OUT. 2018

ASS:


Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico





Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

fls. 39

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@seccel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **FABIO BARBOSA DE MORAIS FILHO**
Mãe: **GEANE PEREIRA DE LIMA**
DN: **27/06/1987**
Sexo: **Masculino**
Médico Dr(a): **GEORGE GOMES**
Leito: **145**

RG:
Atendimento: **66361-23**
Data Entrada: **08/08/2018**
Convênio: **HOS-ORTO**
Impressão: **08/08/2018 14:40:43**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Sangue Total
COD. 17.01.803-0

NOVO CÓDIGO:

Data coleta : 08/08/2018 09:42:10

HEMOGRAMA COMPLETO

Hemácias.....: 4,61 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 14,4 g/dL
Hematócrito.....: 40,2 %
VCM.....: 87 fL
HCM.....: 31,2 pg
CHCM.....: 35,8 g/dL
RDW: 12,1 %

Valores de referência:
4,5 a 6,0 milhões/mm³
13,5 a 18,0 g/dL
41 a 54 %
80 a 100 fL
27 a 33 pg
32 a 36 g/dL
11 a 14,5 %

	Valores Relativos:	Valores Absolutos:	
Leucócitos totais.....:	7.900 /mm ³	4.000 a 10.000/mm ³	
Blastos.....: 0 %	0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Mieloblastos.....: 0 %	0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Promielócitos.....: 0 %	0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Mielócitos.....: 0 %	0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Metamielócitos.....: 0 %	0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Neutrófilo Bastões.....: 0 %	0 /mm ³	0 a 5 %	0 a 390 /mm ³
Neutrófilo Segmentados.: 79,6 %	6288 /mm ³	40 a 78 %	1700 a 7800 /mm ³
Eosinófilos.....: 0,8 %	63 /mm ³	1 a 5 %	20 a 500 /mm ³
Linfócitos.....: 11,5 %	910 /mm ³	20 a 50 %	1000 a 4500 /mm ³
Linfócitos atípicos.....: 0 %	0 /mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Basófilos.....: 0,9 %	71 /mm ³	0 a 2 %	0 a 200 /mm ³
Monócitos.....: 7,2 %	568 /mm ³	2 a 10 %	100 a 1000 /mm ³

Plaquetas.....: 228.000 /mm³ 150.000 a 450.000/mm³

OBS:

Hemácias normocíticas e normocrômicas.
Plaquetas morfolologicamente normais.
Leucócitos morfolologicamente normais.

Método.: AUTOMATIZADO - PENTRA 80

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 08/08/2018 14:7:

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTOA
10 OUT. 2018

ASS:

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico





Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

fls. 40

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br

DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **FABIO BARBOSA DE MORAIS FILHO**
Mãe: **GEANE PEREIRA DE LIMA**
DN: **27/06/1987**
Sexo: **Masculino**
Médico Dr(a): **GEORGE GOMES**
Leito: **145**

RG:
Atendimento: **66361-23**
Data Entrada: **08/08/2018**
Convênio: **HOS-ORTO**
Impressão: **08/08/2018 14:40:43**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Sangue
COD. 17.01.103-5

NOVO CÓDIGO: 02.02.02.009-6

Data coleta : 08/08/2018 09:42

TEMPO DE SANGRIA.....: 1:30 minutos/segundos

Valores de referência: De 1:00 a 3:00 minutos

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 08/08/2018 14:37

Data coleta: 08/08/2018 09:42

PROVA DO LAÇO.....: NEGATIVO

Valor de referência: Negativo

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 08/08/2018 14:37

Material: Sangue

Data coleta : 08/08/2018 09:42

TEMPO DE COAGULAÇÃO.....: 5:00 minutos/segundos

Valores de referência: De 5:00 a 8:00 minutos

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 08/08/2018 14:37

Material: Soro
COD. 17.04.204-6

NOVO CÓDIGO: 02.02.01.047-3

Data coleta : 08/08/2018

GLICOSE.....: 127 mg/dL

Resultados anteriores: 71[08/12/2015];

Valores de referência: 60 - 99 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método.: Peroxidase(PAP) - Colorimétrico Enzimático-PENTRA 400

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 08/08/2018 14:26

10 OUT. 2018

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Registado em 10/08/2018





Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Número do Prontuário: 1146148

Nome: Fabio BARBOSA DE MORAES FILHO		Idade:	Sexo: M
Clinica: CTBMF	Enf:	Leito: 145	Procedência: IJF
Endereço do Paciente:		Telefone:	
Nome do Responsável:		Telefone:	
Data da Internação: 06.08.2018		Data da Alta: 14.08.2018	

Resumo Clínico

Paciente vítima de motociclistico(SIC), tendo consequente politrauma de face (CID: S029)

Exames Realizados

Exames : físico, laboratoriais e de imagem

Terapêutica Utilizada

Tratamento cirúrgico em 10/08/2018: 04.04.02.046-1; 04.04.02.050-0; 04.04.02.057-7. Realizado acesso intra oral em região mandibular bilateral com osteossíntese em corpo DIREITO E ÂNGULO ESQUERDO

Condições de Alta

Melhorado: X Curado: Encaminhamento:

Retorno em: 21.08.18 às 08:00hs no Ambulatório de Cirurgia Maxilofacial - Sala 17, com Dr. GEORGE

Diagnóstico Final

Politrauma facial. CID: S02

Observações

Paciente atendido pelo SUS

Data:

14, 08, 18

Nome do Médico: CRM e Carimbo

LIBIA CORRETORA DE SEG. 112

14 OUT. 2018

Dr. George Gomes



Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR

Número do Prontuário: 1145148

Nome: Fabio BARBOSA DE MORAES FILHO	Idade:	Sexo: M
Clinica: CTBMF	End: 145	Procedência: IJF
Endereço do Paciente:		Telefone:
Nome do Responsável:		Telefone:
Data da Internação: 06.08.2018	Data da Alta: 14.08.2018	

Resumo Clínico

Paciente vítima de motociclistico(SIC), tendo conseqüente politrauma de face (CID: S029)

Exames Realizados

Exames: físico, laboratoriais e de imagem

Terapêutica Utilizada

Tratamento cirúrgico em 10/08/2018: 04.04.02.046-1; 04.04.02.050-0; 04.04.02.057-7. Realizado acesso intra oral em região mandibular bilateral com osteossíntese em corpo DIREITO E ÂNGULO ESQUERDO

Condições de Alta

Melhorado: X Curado: Encomendamentos:

Retorno em: 21.08.18 às 08:00hs no Ambulatório de Cirurgia Maxilofacial - Sala 17, com Dr. GEORGE

Diagnóstico Final

Politrauma facial. CID: S02

Observações

Paciente atendido pelo SUS

Data:

14/08/18

Nome do Médico: CRM 40410 - George

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Telefone: 3211 1011 - Fortaleza - Ceará

Cod. 0150



Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

fls. 43

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **FABIO BARBOSA DE MORAIS FILHO**
Mãe: **GEANE PEREIRA DE LIMA**
DN: **27/06/1987**
Sexo: **Masculino**
Médico Dr(a): **BARBARA DENNYSE T. VIEIRA**
Leito: **145**

RG:
Atendimento: **66310-23**
Data Entrada: **07/08/2018**
Convênio: **HOS-ORTO**
Impressão: **10/08/2018 06:57:06**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Plasma - Citrato

Data coleta : 07/08/2018 09:02

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada.: 28,8

segundos

Relação Paciente/Controle.....: 0,93

Controle.....: 31,0

segundos

Valor de referência:

Tempo.....: 25 a 45 segundos

Relação Paciente/Controle: Até 1,20

Método: Ball Method

EXAME REALIZADO PELO LABLUZ MEDICINA LABORATORIAL

Liberado por: GLAUCIA BEZERRA DE ARAÚJO

Data de liberação: 09/08/2018 15:44

LIBIA CORRETORA DE SFG UL
10 OUT. 2018

Dr. Robson Chaves Moreira
CRF-CE: 4834
Responsável Técnico





Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza
SERVIÇO DE ENFERMAGEM
AVISO DE OPERAÇÕES



CTBMF _____
Clínica _____
Nome **FABIO BARBOSA DE MORAES**
N do Registro _____
Operação **Tratamento cirúrgico de politrauma de face**
Operador **Dr. José Maria**
Anestesieta _____
Bergue _____
Material especializado **Amimed**
Leito **145** Data **11 / 08 / 18**
Hora **07:30h**
Idade _____ Cor _____
Assistente _____
Instrumentador(a) _____
Anestesia **Geral**

Dr. Bruno Frota
Cirurgião Geral
CRO-CE 0254

ANOTAÇÕES DA S O

Fios _____
Soros _____
Injeções _____
Estado geral do paciente _____
Data _____
Circulante _____
Visão _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018

SIGTAP - Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS

Download | Fale Conosco | Sair

Usuário: publico

Procedimento
Compatibilidades
Tabelas
Relatórios

Compatibilidades - Consultar

Compatibilidade: Todos

Competência

Competência: 06/2018

Procedimento

Grupo:

Sub-Grupo:

Forma de
Organização:

Código: 0404020461

Nome:

**Compatibilidades**

AIH (Proc. Principal): 0404020461 - OSTEOTOMIA DA MANDIBULA
AIH (Proc. Especial): 0702050474 - PLACA DE RECONSTRUÇÃO EM TITANIO P/ FRATURA DE MANDIBULA (INCLUI PARAFUSOS)
Documento de Publicação: PORTARIA nº 718 de 20/12/10 - SAS
Tipo: Compatível - Quantidade: 1

AIH (Proc. Principal): 0404020461 - OSTEOTOMIA DA MANDIBULA
AIH (Proc. Especial): 0702050482 - PLACA DE TITANIO SISTEMA MINIMICROFRAGMENTOS (INCLUI PARAFUSOS)
Documento de Publicação: PORTARIA nº 718 de 20/12/10 - SAS
Tipo: Compatível - Quantidade: 5



LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018



UNIDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DE FORTALEZA
RELATÓRIO DE OPERAÇÃO
SEQUENCIAL EM ONCOLOGIA

fls. 46

Data: 11/08/18

Nome do Paciente:	FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO											
Nº Prontuário:	1146148	Clínica:	BMF	Categoria:	SUS							
Cirurgião:	DR. GEORGE		Leito:	145								
1º Auxiliar:	DR. BRUNO		2º Auxiliar:									
Anestesista:	Dr. DANIEL		Tipo de Anestesia:	Geral Balanceada								
Instrumentadora:	Paula		Circulante:	Paula + Valdeir								
Diagnóstico Pré-Operatório	Politrauma de face											
Tipo de Operação / Código	Osteotomia de mandíbula.	0	4	0	4	0	2	0	-	4	6	1
Tipo de Operação / Código	Osteossíntese de Frat. De Mand	0	4	0	4	0	2	0	-	5	0	0
Tipo de Operação / Código	Redução de fraturas alveolares	0	4	0	4	0	2	0	-	5	7	7
Tipo de Operação / Código												
Tipo de Operação / Código												
Diagnóstico Pós-Operatório												
Relatório Imediato Patológico												
Acidentes e Incidentes:												
Contagem de Compressa:												

Anestesia (Ocorrências Principais)	Classificação da cirur
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da(o) Enfermeira(o)

Assinatura do Anestesista



Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza

Data: 11/08/18

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Falio Barbosa de Moraes</u>							
Nº Prontuário: <u>1146148</u>		Nº Controle:		Enf. /		Leito: <u>145</u>	
Cirurgião: <u>Dr. George</u>		Tempo de Sala:		Tempo de Oxigênio:			
IDADE: <u>55a</u>	PESO:	ALTURA:	SEXO: <u>M</u>	TEMP.	PULSO:	RESP.	PR. ART. MAX / MIN
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÁCIAS	HEMOGLOBINA	HEMATÓCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA	
Ap. Respiratório: <u>MVS. 24</u>				Asma			
Ap. Circulatório: <u>RCR 27 28</u>				Bronquite			
Ap. Digestivo:				Dentes		E.C.G.	
Ap. Urinário:				Pescoço		Alergia: <u>Não</u>	
Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Pelutana focal</u>				Risco		Estado Mental:	
Anestesias Anteriores:				Ataraxicos:			
Medicação Pré-Anestésica:		Aplicada às:		Corticóides:			
				Hipotensores:			
				Outras Drogas:			
Agentes Anestésicos	20	<u>Indução</u>					
	<u>FRC</u>						
Líquidos		<u>Satisf. Excit</u>					
CÓDIGO P. Arterial O. Pulso O. Respiração Anestesia O. Operação	260	<u>INDUÇÃO</u> <u>Satisf. Excit</u> <u>Tosse</u> <u>Laríngeaspmo Lenta</u> <u>Náuseas Vômitos</u> <u>Outros</u>					
	240						
	220						
	200						
	180						
	160						
	140						
	120						
	100						
	80						
	60						
	40						
20							
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES		<u>MANUTENÇÃO</u> <u>Po - 0.2 Suv</u> <u>Fentel 25g</u> <u>Pipofel 18g</u> <u>Procurecting</u> <u>280</u> <u>clive</u>					
POSICÃO							
AGENTES							
TÉCNICA							
OPERAÇÃO							
CIRURGIÕES							
ANESTESISTAS		<u>ANESTESIAS SATISFATÓRIAS NÃO</u> <u>DESPERTAR</u> <u>Reflexos na S.O</u> <u>Obstr. Co²</u> <u>Excit. Náuseas</u> <u>Vômitos Outros</u> <u>Para o foto com cânula</u> <u>SIM NÃO</u> <u>Condições</u>					
TEMPO DE ANESTESIA: Das: hrs às hrs = Minutos							
Anestesista:		<u>ASS: 10/08/18</u>					

Dr. Danilo Alves Falcão
Médico Anestesiologista
CRM-100000

ASS:



Admissão no Centro Cirúrgico

PRONTUÁRIO: 1148148

PACIENTE: FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO

DATA DE NASCIMENTO: 27/06/1987

MÃE: GEANE PEREIRA DE LIMA

LEITO: 145 ENF: 023

Data: 11/08/18 Hora: 7:34

Procedência: ☒ Enfermaria () UTI () Externo () OutroPunção venosa: ☒ Periférica () AC () AusentePatologias: Nigra Idade: 31

Banho antiséptico pré-operatório:

☒ Sim () Não

Nome:

Prontuário:

Leito:

Data de Nascimento:

Posto:

Observação

Presença de exames

Exames laboratoriais

Ralo x

Tomografia

Eletrocardiograma

Ultrassom

Biopsia

Outros

Retirada de: ☒ Adornos () Esmalte () Peça íntima () Próteses (dentária, auditiva) () OutrosConsentimento operatório assinado: ☒ Sim () NãoChegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Maca ☒ Cadeira de rodasAlergia a medicamentos: ☒ Não () Sim Qual?Preparo para cirurgias: ☒ Jejum () Clister () Alimentou-seNível de consciência: ☒ Consciente/Orientado () Desorientado () InconscienteOxigenoterapia: ☒ Espontâneo () Cateter de O2 () Máscara de venturi () Tubo endotraqueal () Traqueostomia

Presença de Sondas: Nasogástrica: () Sim () Não Vesical: () Sim () Não

Cirurgia cancelada: () Sim Motivo:

Profissional de enfermagem responsável pela admissão:

Trans-operatório

Cirurgia: TransectiaAnestesia: LocalCirurgião: Dr. Gomes JrAnestesista: DaniSala: 04Circulante: 1º Tempo: Paula + Leticia 2º Tempo:

3º Tempo:

Instrumentadora: 1º Tempo: Paula + Leticia 2º Tempo:

3º Tempo:

Hora de início da cirurgia:

Hora do fim da cirurgia:

Exames realizados no trans-operatório:

☐ Ralo X☐ Exames laboratoriais☐ ECG☐ Gasometria

Peças cirúrgicas

☐ Histopatológico☐ Cultura☐ Citologia oncológica☐ Líquido ascítico☐ Outros

Destino:

Procedimentos realizados no trans-operatório:

☐ Tricotomia

Anti-sepsia:

P.V.P.I. - Tópico ☒ Degermante ☒

Clorexidina 2% - Tópica () Degermante () Aquosa () Alcoólica ()

Álcool 70% () Outros:

Infusão de: () Concentrado de hemácias () Plasma ()

Passagem de sonda:

☐ SVD realizado por:☐ SNG realizado por:☐ SNE realizado por:

() realizado por:

Posição do paciente na mesa cirúrgica

☒ Decúbito dorsal () Decúbito Ventral☐ Decúbito lateral D/E () Ginecológica☐ Trendelemburg () Outras:Contagem: ☒ Compressa ☒ Gaze☒ Agulhas de fio cirúrgico

Legenda

△ Placa de bisturi

○ Monitoração cardíaca

X Incisão cirúrgica

□ Faixa de smarch

◇ Oxímetro de pulso



Paciente encaminhado às:

☒ SR () UTI () Enfermaria () Alta (Extremo) () Outros

Com: () Tampão () Dreno

() Bolsa de colostomia () Tubo endotraqueal

() Acesso periférico

() Acesso central () PAM () Cinta () Irrigação () Meia ()

Intercorrência em sala de cirurgia:

Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: () Não () Sim Qual:

Ass. Enfermeiro responsável:

Alves

Circulante:

Paula

CORREN CE. 323.763



SANTA CASA
DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: *Dr: Jôni Ma*

PREPARADO POR: *Cláudio*

DATA: *9/18* AUT. *2* LOTE: *6*

INDICADOR



SANTA CASA
DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: *Px Básica*

PREPARADO POR: *Luiza*

DATA: *10/08/18* AUT. *2* LOTE: *5*

VALIDADE: *3 meses*

INDICADOR



SANTA CASA
DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

CENTRAL DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL: *Dr José Maria*

PREPARADO POR: *Luiza* *2.0*

DATA: *10/08/18* AUT. *02* LOTE: *07*

VALIDADE: *3 meses*

INDICADOR

ASS: *10 OUT. 2018*
CORRETORA DE SEG. LTDA

SANTA CASA DE FORTALEZA
PRONTUÁRIO: 1146148
PACIENTE: FÁBIO BARBOSA DE MORAES FILH
DATA DE NASCIMENTO: 27/08/1987
MÃE: GEANE PEREIRA DE LIMA
LEITO: 146 RNF: 023

DATA: *11/08/18*

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA
MATERIAL ESTÉRIL UTILIZADO

3M
Comply™
SteriGage™
Steam Chemical
Integrator

1243 *1243* *1243*
REJECT ACCEPT

3M
Comply™
SteriGage™
Steam Chemical
Integrator

1243 *1243* *1243*
REJECT ACCEPT

3M
Comply™
SteriGage™
Steam Chemical
Integrator

1243 *1243* *1243*
REJECT ACCEPT

3M
Comply™
SteriGage™
Steam Chemical
Integrator

1243 *1243* *1243*
REJECT ACCEPT

1243 *1243* *1243*
REJECT ACCEPT

Irmandade Beneficente da Santa Casa de Misericórdia de Fortaleza - GASTO DE SALA CIRÚRGICA.

Date: 2/20/19

Nº do prontuário: 7746748

Letto: 7415

Nome do paciente: Fábio Barbosa de Menezes Filho

Cód.	DESCRIÇÃO	QUANT.	Cód.	DESCRIÇÃO	QUANT.	Cód.	DESCRIÇÃO	QUANT.	Cód.	DESCRIÇÃO	QUANT.
464-2	Água oxigenada	ML	92188	Gaze autoclavada (91 cm x 91 cm)	Und	430-8	Fio - Prolene 2.0	Und	430-8	Fio - Prolene 2.0	Und
550-9	Água destilada 1000 ml	Und	692-0	Gel p/ ECG/Su	Gr	862-1	Fio - Prolene 3.0	Und	862-1	Fio - Prolene 3.0	Und
465-0	Alcool	ML	5746	Lâmina de bisturi Nº 10	Und	810-9	Fio - Prolene 6.0	Und	810-9	Fio - Prolene 6.0	Und
4952	Aguilha descartável 13x4,5	Und	5754	Lâmina de bisturi Nº 11	Und	861-3	Fio - Prolene 4.0	Und	861-3	Fio - Prolene 4.0	Und
5010	Aguilha descartável 40x12	Und	5762	Lâmina de bisturi Nº 15	Und	837-0	Fio - Prolene 6.0	Und	837-0	Fio - Prolene 6.0	Und
5002	Aguilha descartável 30x8	Und	5770	Lâmina de bisturi Nº 21	Und	823-0	Fio - Seda 3.0	Und	823-0	Fio - Seda 3.0	Und
4960	Aguilha descartável 25x6	Und	111988	Lâmina para tricotomizador	Und	431-6	Fio - Seda 3.0	Und	431-6	Fio - Seda 3.0	Und
4979	Aguilha descartável 25x7	Und	531-2	Lava de procedimento-média	Und	432-4	Fio - Vicryl 0	Und	432-4	Fio - Vicryl 0	Und
4987	Aguilha descartável 25x8	Und	532-0	Luva estéril 7.0	Par	433-2	Fio - Vicryl 2.0	Und	433-2	Fio - Vicryl 2.0	Und
88682	Aguilha peridural desc. Nº 16	Und	533-9	Luva estéril 7.5	Par	434-0	Fio - Vicryl 3.0	Und	434-0	Fio - Vicryl 3.0	Und
5029	Aguilha spinal nº 25	Und	534-7	Luva estéril 8.0	Par	435-7	Fio - Vicryl 4.0	Und	435-7	Fio - Vicryl 4.0	Und
5037	Aguilha spinal nº 26	Und	655-6	Micropore	Cm		Fio - Aciflex 0	Und		Fio - Aciflex 0	Und
5045	Aguilha spinal nº 27	Und	740-4	Seringa descartável 1ml	Und		Fio - Aciflex 1	Und		Fio - Aciflex 1	Und
	Aguilha Sutura G	Und	525-8	Seringa descartável 3ml	Und		Fio - Poliesterpoint 0	Und		Fio - Poliesterpoint 0	Und
	Aguilha sutura GR	Und	526-E	Seringa descartável 5ml	Und		Fio - Poliesterpoint 1	Und		Fio - Poliesterpoint 1	Und
476-6	Algodão Pdl. 500 Gr.	Gr	527-4	Seringa descartável 10ml	Und		Fio - Poliesterpoint 2	Und		Fio - Poliesterpoint 2	Und
474	Algodão ortopédico 500 Gr.	Und	528-2	Seringa descartável 20ml	Und		Fio - Poliesterpoint 5	Und		Fio - Poliesterpoint 5	Und
4790	Alcatura de crepon 8	cm	5390	Seringa descartável 60ml	Und		Fio Cardiac	Und		Fio Cardiac	Und
	Alcatura de crepon 25	cm	7978	Tomeirinha 03 vias	Und		Fio - Caprofil 5.0	Und		Fio - Caprofil 5.0	Und
	Alcatura gessada 10cm	Rolo	108753	Faixa Smarch	Cm		Fio - Monocryl 3.0	Und		Fio - Monocryl 3.0	Und
9172	Azul de metileno 30cm	ML		Malha tubular	Und		Fio - Monocryl 4.0	Und		Fio - Monocryl 4.0	Und
5398	Bolsa colostomia	Und	4731	Anti-sépticos	ML		Fio - Nylon 0	Und		Fio - Nylon 0	Und
4910	Calêtar intravenoso Nº 16	Und	4731	Chloroxidina Degermanito	ML			Und			Und
4928	Calêtar intravenoso Nº 18	Und	473-1	Chloroxidina Alcolica	ML			Und			Und
7293	Calêtar intravenoso Nº 20	Und	474-0	Chloroxidina Aquosa	ML			Und			Und
4936	Calêtar intravenoso Nº 22	Und	4740	Chloroxidina Tópica	ML			Und			Und
5994	Calêtar pl oxidigênio tipo óculos	Und	473-1	Povidine degermanito	ML			Und			Und
5444	Coletor de urina aberto	Und	474-0	Povidine tóxico	ML			Und			Und
730-7	Coletor de urina fechado	Und	471-5	Eter sulfônico	ML			Und			Und
	Cânula p/ traqueostomia metal	Und		MATERIAL DE ALTO CUSTO				Und			Und
	Cânula p/ traqueostomia descart.	Und	582-7	Serra gigie	Und			Und			Und
731-5	Dreno de sucção 3.2 (portovac)	Und	79-43	Teia Marflex	Und			Und			Und
732-3	Dreno de sucção 4.8 (portovac)	Und	91989	Caleiter Duplo J	Und			Und			Und
733-1	Dreno de sucção 6.4 (portovac)	Und	89853	Caleiter Duplo Lumen	Und			Und			Und
1015-4	Dreno penrose Nº01	Und	107528	Caleiter Single Lumen	Und			Und			Und
1016-2	Dreno penrose Nº 02	Und		Caleiter Port-A-Cath	Und			Und			Und
1017-0	Dreno penrose Nº 03	Und	92243	Camisa para Vídeo	Und			Und			Und
	Dreno de Torax	Und	91281	Azul Patente	Und			Und			Und
690-4	Eleirodo descartável	Und	113423	Contraste (Telebrix)	Und			Und			Und



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME:

Gabio Barbosa do mouro

DATA

05/08/18

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

- 1) Dieta líquida que. Tolerar
- 2) SF 1000 ml EV 14 gotas por minuto
- 3) Glicose 50% 4FA em cada banco do item 2
- 4) Cetopropina 100mg SF 100 ml EV 12/12h
- 5) Paracetamol 500mg 2.18 EV 8/8h
- 6) Espirina 500mg 2.18 EV de 06/06h se febre ou dor
- 7) Pilocarpina 10mg 2.18 EV de 06/06h se náusea ou vômito

8) Estimular deambulação

9) Sinais vitais e cuidados gerais

10) Limpeza e curativo diário em exortia-
ção da face

(Assinatura)
Barbara T. Vieira
CREF 16.786

11. Entoxaxone 24 EV 2/12h

12. Entoxaxone 600mg EV de 12h

(Assinatura)
Barbara T. Vieira
CREF 16.786

10 OUT. 2018
CORRETORA DE SE

GLICEMIA

HORA
RESULTADO
INSULINA

H P. T. P. R.

17:00 140x90 38,2%

ENF:

LEITO: 1515

Nº PRONTUÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÕES

RÚBRICA

15:50-06.08.18 - P.T. ad-
mitida pl/ha cirurgico e/
o Dr. José Maria, chefe HAS,
DM e diabetes, sabe ser conde-
do de eutaglicem. *(Assinatura)*
18:00-18.00 - P.T. netiv da e febre
m.c.p.m. *(Assinatura)*
SN- 06.08.18 - P.T. *(Assinatura)*
admi comente, Dimp-
sada, cooperativo sup-
mar, e em eum-
a cura, para de-
meda, para de-
avulados, lta inf-
magm *(Assinatura)*



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GLICEMIA						H	P.A.	T.	P.	R.
						09h	110/80	36		
						14:00	100/60	36		
						20:00	110 x 70	36°c		
HORA										
RESULTADO										
INSULINA										

N° PRONTUÁRIO: _____
 LEITO: 145
 ENF.: _____

NOME:	DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÕES	RUBRICA
FABIO BARBOSA DE MORAES	10/08/2018	DIETA LIQUIDA/PASTOSA UNASYN 1,5G, EV, 6/6h D1-D7 Decadron 4 mg ev 8/8 hs d1/D3 PROFENID 100mg + 200ml SF 0,9%, EV 12/12h D1-D5 DIPIRONA 1G EV 06 EM 06HS ANTAK 50MG EV 08 EM 08HS SSVV + CCGG CABECEIRA ELEVADA 30 graus HIGIENE ORAL 3X/DIA COM CLOREXIDINA SOLICITO PRE OPS	SND 17 23 08 11/3 16 24 08 08/3 15 22 08 22/3 14 23 05 11/3 13 22 06 06/3 Rohing Monten X N	Mantida 07.08.18 Paciente jovem, consciente, orientado, edema de face, ssvv estáveis, aceita di- eta + medicações, segue aos cuidados de enfer- magem - <u>Unidade da Costa Ferreira</u> COREN-SE 630.154 TE	
				Tarde - 07.08.18 - (At. expli- consciente, orientado, verbaliza- do deambulando, tolera dieta alergica, SSVV estáveis, jeto solonizado, eliminacoes presentes, segue aos cuidados de enf. - 07.08.18	
				07.08.18 Paciente estável, cons- ciente, orientado, de- ambulando, mantém jeto solonizado, segue aos cuidados de enfermagem. - 07.08.18	



PRESCRIÇÃO MÉDICA

 IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA PREScrição Médica				GLICEMIA <table><tr><td>H</td><td>P.A.</td><td>T.</td><td>P.</td><td>R.</td></tr><tr><td>10h</td><td>130/80</td><td>36°C</td><td></td><td></td></tr><tr><td>14h</td><td>120/80</td><td>36°C</td><td></td><td></td></tr><tr><td>21h</td><td>110/80</td><td>36,2°C</td><td></td><td></td></tr></table>				H	P.A.	T.	P.	R.	10h	130/80	36°C			14h	120/80	36°C			21h	110/80	36,2°C		
H	P.A.	T.	P.	R.																							
10h	130/80	36°C																									
14h	120/80	36°C																									
21h	110/80	36,2°C																									
NOME: FABIO BARBOSA DE MORAES				LEITO: 145																							
DATA: 08/08/2018				Nº PRONTUÁRIO:																							
PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA				RELATÓRIO DE ENFERMAGEM																							
DIETA LÍQUIDA/PASTOSA				OBSERVAÇÕES																							
UNASYN 1,5G, EV, 6/6h D2-D7				Tome 1 comprimido de UNASYN 1,5g em jejum, 6/6h.																							
Decadron 4 mg ev 8/8 hs d2/D3				Tome 1 comprimido de Decadron 4mg em jejum, 8/8h.																							
PROFENID 100mg + 200ml SF 0,9%, EV 12/12h D2-D5				Tome 1 comprimido de PROFENID 100mg em jejum, 12/12h.																							
DIPIRONA 1G EV 06 EM 06HS				Tome 1 comprimido de DIPIRONA 1g em jejum, 06/06h.																							
ANTAK 50MG EV 08 EM 08HS				Tome 1 comprimido de ANTAK 50mg em jejum, 08/08h.																							
SSVV + CCGG				Tome 1 comprimido de SSVV + CCGG em jejum.																							
CABECEIRA ELEVADA 30 graus				Mantenha a cabeceira elevada a 30 graus.																							
HIGIENE ORAL 3X/DIA COM CLOREXIDINA				Faça higiene bucal 3 vezes ao dia com Clorexidina.																							
REALIZO AVISO				Realizo o atendimento.																							
Assinatura: Dr. Bruno Frota				Assinatura: Fabiano Barbosa de Moraes																							
Carimbo: Dr. Bruno Frota				Carimbo: Fabiano Barbosa de Moraes																							
Carimbo: Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza				Carimbo: Irmandade Beneficente da Santa Casa da Misericórdia de Fortaleza																							
Carimbo: 10 OUT. 2018				Carimbo: 10 OUT. 2018																							

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/01/2020 às 11:52, sob o número 02043362320208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj-tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0204336-23.2020.8.06.0001 e código 5C92E25.



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

GLICEMIA

H	P.A.	T.	P.	R.
09:00	140/100	mmHg		
14	130x00	36,5		
20:00	120x80	36		
HORA	RESULTADO	INSULINA		

NOME: FABIO BARBOSA DE MORAES

ENF.: LEITO: 145 Nº PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÕES
09 Ago 2018	DIETA LIQUIDA/PASTOSA UNASYN 1,5G, EV, 6/6h D3-D7 Decadron 4 mg ev 8/8 hs d3/D3 PROFENID 100mg + 200ml SF 0,9%, EV 12/12h D3-D5 DIPIRONA 1G EV 06 EM 06HS ANTAK 50MG EV 08 EM 08HS SSV + CCGG CABECEIRA ELEVADA 30 graus HIGIENE ORAL 3X/DIA COM CLOREXIDINA TRATAMENTO 11/AGO/2018	SND 11.17 23 05 16 24 08 18 28 05 19 23 05 20 28 06 Rota no M F V Daniella Oliveira da Silva COREN-CE 530482 - ENF 07.45	memória 09.08.18 Paciente jovem, consciente, a- nistiado, verbaliza, clam- bula, aceita dieta me- dicamentosa, renovação 4VP, segue em obs. de enfer- meira COREN-CE 639154 TE
	Eymard Vieira Borges Cirurgião e Traumatologia Buro Médico Facial 200939		Tarde 09.08.18 Paciente evoluiu com mel- hor orientado, verbaliza, deambula, aceita dieta segue a queixas sob os cuidados de enf. Tanaina 699.346
	LEIA CORRETORA DE SEG. LTDA. 10 OUT. 2018		SV - 09/08/18 Paciente evoluiu com mel- hor orientado, verbaliza, deambula, aceita dieta segue a queixas sob os cuidados de enf. Tanaina 699.346



PRESCRIÇÃO MÉDICA

GLICEMIA					H	P.A.	T.	P.	R.
HORA					09h	130/90 mmHg			
RESULTADO					14h	130/80 mmHg			
INSULINA									

ENF.: _____ LEITO: 145 Nº PRONTUÁRIO: _____

NOME:	FABIO BARBOSA DE MORAES
DATA:	08/11/2018
PREScrição Médica / ASSINATURA	DIETA LIQUIDA/PASTOSA E ZERO APÓS AS 22:00 UNASYN 1,5G, EV , 6/6h D4-D7 PROFENID 100mg + 200ml SF 0,9%, EV 12/12h D4-D5 DIPIRONA 1G EV 06 EM 06HS ANTAK 50MG EV 08 EM 08HS SSVV + CCGG CABECEIRA ELEVADA 30 graus HIGIENE ORAL 3X/DIA COM CLOREXIDINA cirurgia prevista PARA 11/AGO/2018
PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	Paulo Rodrigues Médico Maxillofacial COREN-CE 66116
HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS	X 7 SND X 10 23. 05. X 12 23. 05. Rohac Monten N ATT
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	manha 10.08.18 paciente sempre consciente queixas de dor, verbaliza, diem- bulsa, ssvv estáveis, acuta dieta + medicações, segue aos cuidados de enfer- meira Líria da Costa Ferreira COREN-CE 639.154 TE Tarde - 10.08.18 - 14h evoluç. consciente, alimentado, verbaliza - do, deambulando, tolera dieta alimentar, ssvv estáveis, jeto regularizado, eliminação pro- pria, segue aos cuidados de enfer- meira 6N - 10.08.18 - paciente, judiciário consistente, prun- gado, cooperativo, auxi- abilizado, acuta di- eta, segue aos cuida- dos de enfermagem
RUBRICA	Thalane Vieira da Ponte COREN-CE 410713 - ENF



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: Fabio Barbosa de Moraes

DATA: 10/08/2018 PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

- 1) Dieta C500
2) 56F voap ou 25g/kg
3) Unasyn 1,5g ou 6/6h
4) England cob ou 12/12h
5) Dextromet 10g ou 8/8h
6) Dextromet 1g ou 6/6h
7) Dext 50g ou 8/8h
8) Planet 2:24 ou 8/8h
9) 5500 + 666
10) Colerina 30g
11) Colerina 1x90

Dr. Bruno Frola
Cirurgião Geral
CRM 10.000

10 OUT. 2018

GLICEMIA

HORA
RESULTADO
INSULINA

ENF.: 145 LEITO: 145 Nº PRONTUÁRIO: 182249

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÕES	RÚBRICA
SND (18) 11 23 11 28 11 17 23 24 05 11 13 14 22 24 05 11 14 22 24 05 11 14 22 24 05 11 Mantido!	07:20 - 11-08-18 - fit encê- minhado 20 c.c. - 12:30 paciente recuperado den infensas, medicado conforme prescrição médica. Exame 11.08.18 Dr. S.R.P.A. em 14/08/2018	

Dr. Bruno Frola
Cirurgião Geral
CRM 10.000

Moite 11.08.18
Paciente operado, eun-
dici estável, mantém
dieta zero até 22
ordem, MV em curso,
segue aos cuidados
da enfermagem. - Edlane

182249



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

FOLHA DE RECEITA

Para:

FABIO DE NOVAES SILVA

Prontuário Nº:

4
60220

1) NOVAES DA — 1910P.

TOAR O COP. DE 12/11/24, Por

7 dias.

UBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018

14/08/18

Dr. George Gomes
Grungão Bucina Detacal
CRO 6960

SANTA CASA, DESDE 1861 SALVANDO VIDAS

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza/CE - CEP 60.025-060
CNPJ: 07.273.592/0001-64 - CGF: 06.011.507-6 - Fone: (85) 3455.9100



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 58

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: FABIO BARBOSA DE MORAIS FILHO		ID Paciente: 5574657
Data de Nascimento: 27/06/1987	Idade: 31 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: Jose Airton Lopes Filho		Data do Exame: 06/08/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA FACE

TÉCNICA:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice sem uso de contraste venoso, com imagens processadas e analisadas em Workstation.

Traços de Fratura interessando:

ramo mandibular a E

ossos nasais

SILVANA PINHEIRO
CRM 3914

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

10 OUT. 2018

ASS:



FOLHA DE RECEITA

Para:

FABIO DE NOVAES SILVA

Prontuário N°:

14
do Dano

2) NOVAES DA — 14 cor.
Toma o cor. de 12/12/15 por
7 dias.

14/08/18

Dr. George Gomes
Diretor de Administração
CRO 68000

10 OUT. 2018

SANTA CASA, DESDE 1861 SALVANDO VIDAS

Rua Barão do Rio Branco, 20 - Centro - Fortaleza/CE - CEP 60.025-060
CNPJ: 07.273.592/0001-64 - CGF: 06.011.507-6 - Fone: (85) 3455.9100



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: FABIO BARBOSA DE MORAES

DATA:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

DIETA LÍQUIDA/PASTOSA

UNASYN 1,5G, EV 6/6h

PROFENID 100mg + 200ml SF 0,9%, EV 12/12h

DIPIRONA 1G EV 06 EM 06HS

ANTAK 50MG EV 08 EM 08HS

SSW + CCGG

*CABECEIRA ELEVADA 30 graus

HIGIENE ORAL 3X/DIA COM CLOREXIDINA

1. Verificar h 20/8/18

Dr. Bruno Frola
R. Manoel de Sá
Cidade de Fortaleza - CE

LINA CORRETORES DE TEXTO
10 OUT. 2018

GLICEMIA

H	P.A.	T.	P.	R.
12h	130	36,8°C		
14h	130/70 mmHg			
20	128/80 36,8°C			
HORA				
RESULTADO				
INSULINA				

ENF: LEITO: 145 Nº PRONTUÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÕES	RÚBRICA
SWD	med. 2. 12.08.18.	
21h - 23h	evoluções satisfatórias	
23h - 01h	evoluções satisfatórias	
01h - 03h	evoluções satisfatórias	
03h - 05h	evoluções satisfatórias	
05h - 07h	evoluções satisfatórias	
07h - 09h	evoluções satisfatórias	
09h - 11h	evoluções satisfatórias	
11h - 13h	evoluções satisfatórias	
13h - 15h	evoluções satisfatórias	
15h - 17h	evoluções satisfatórias	
17h - 19h	evoluções satisfatórias	
19h - 21h	evoluções satisfatórias	
21h - 23h	evoluções satisfatórias	

nota 12/08/18

eleito eucine

com o diagnóstico

hipertensão,

dentre dietas

permanente, apher

reparado, apher

sem queda no

momento - Deol

Shan.



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

NOME: FABIO BARBOSA DE MORAES

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

DATA

DIETA LIQUIDA/PASTOSA

UNASYN 1,5G, EV 6/6h

PROFENID 100mg + 200ml SF 0,9%, EV 12/12h

DEXAMETASONA 04MG EV 08/08H

DIPIRONA 1G EV 06 EM 06HS

ANTAK 50MG EV 08 EM 08HS

SSVV + CCGG

CABECEIRA ELEVADA 30 graus

HIGIENE ORAL 3X/DIA COM CLOREXIDINA

AGUARDO RX DE FACE

Dr. Joãoes Gusmão
C.R.O. 2772
Cirurgião Bucodentofacial

ASS. 11.02.2018
COPIA CORRETORA DE SEG. ALTA

GLICEMIA

H P.A. T. P. R.

12:00 130x80 36,5°C

HORA

RESULTADO

INSULINA

ENF.:

LEITO: 145

Nº PRONTUÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

RÚBRICA

HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÕES

DATA

13.08.18

SND

12:00 130x80 36,5°C

14:00 130x80 36,5°C

16:00 130x80 36,5°C

18:00 130x80 36,5°C

20:00 130x80 36,5°C

22:00 130x80 36,5°C

24:00 130x80 36,5°C

26:00 130x80 36,5°C

28:00 130x80 36,5°C

30:00 130x80 36,5°C

32:00 130x80 36,5°C

34:00 130x80 36,5°C

36:00 130x80 36,5°C

38:00 130x80 36,5°C

40:00 130x80 36,5°C

42:00 130x80 36,5°C

44:00 130x80 36,5°C

46:00 130x80 36,5°C

48:00 130x80 36,5°C

50:00 130x80 36,5°C

52:00 130x80 36,5°C

54:00 130x80 36,5°C

56:00 130x80 36,5°C

58:00 130x80 36,5°C

60:00 130x80 36,5°C

62:00 130x80 36,5°C

64:00 130x80 36,5°C

66:00 130x80 36,5°C

68:00 130x80 36,5°C

70:00 130x80 36,5°C

72:00 130x80 36,5°C

74:00 130x80 36,5°C

76:00 130x80 36,5°C

78:00 130x80 36,5°C

80:00 130x80 36,5°C

82:00 130x80 36,5°C

84:00 130x80 36,5°C

86:00 130x80 36,5°C

88:00 130x80 36,5°C

90:00 130x80 36,5°C

92:00 130x80 36,5°C

94:00 130x80 36,5°C

96:00 130x80 36,5°C

98:00 130x80 36,5°C

100:00 130x80 36,5°C



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA
MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

FABIO BARBOSA DE MORAES

NOME:

PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA

DATA

DIETA LÍQUIDA/PASTOSA

UNASYN 1,5G, EV 6/6h

PROFENID 100mg + 200ml SF 0,9%, EV 12/12h

DEXAMETASONA 04MG EV 08/08H

DIPIRONA 1G EV 06 EM 06HS

ANTAK 50MG EV 08 EM 08HS

SSVV + CCGG

CABECEIRA ELEVADA 30 graus

HIGIENE ORAL 3X/DIA COM CLOREXIDINA

AGUARDO RX DE FACE

alta hospitalar

Dr. George Gomes
Médico de Família e Comunidade
CRM 6870

LIBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
10 OUT. 2018

GLICEMIA

HORA

RESULTADO

INSULINA

H

PA.

T.

P.

R.

ENF.:

LEITO:

Nº PRONTUÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO APLICAÇÃO MEDICAMENTOS

OBSERVAÇÕES

RÚBRICA

monitore 14.08.18

17 23 05 11

22 10

14 22 06 08

17 23 11 06

14 22 06 08

14 22 06



IRMANDADE BENEFICENTE DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE FORTALEZA

RECEITUÁRIO DE ANTIMICROBIANO - CCIH/FARMÁCIA

Nota: As doses impressas são para adultos jovens com função renal normal. Versão Outubro 2016.

Esta ficha tem validade de até 10 dias, no 8º dia deverá ser preenchida Ficha de Prorrogação de acordo com Memo. nº 05 da DIMED/DITEC/CCIH.



Paciente: <u>FABIO BARBOSA DE LIMA</u>		Data de Internação:	
Infecção: ☐ COMUNITÁRIA ☐ HOSPITALAR	Idade:	Clinica:	Enf/Leito: Prontuário:
MARQUE INDICAÇÃO	TERAPIA DE PRIMEIRA LINHA	TERAPIA ALTERNATIVA	
☐ Pneumonia Comunitária CURB 65 ≥ 3 (vide verso)	☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24h + Azitromicina 500mg EV/24/24h	☐ Levofloxacina 750mg EV 24/24h Moxifloxacina 400mg EV 24/24h	
☐ Pneumonia Aspirativa	☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24 h + Clindamicina 600 mg EV 8/8 h	☐ Piperacilina + Tazobactam 4,5g EV 6/6h	
☐ Pneumonia Hospitalar	☐ Piperacilina + Tazobactam 4,5 EV 6/6h Cefepime 2g EV 8/8h	☐ Meropenem 2g EV 8/8h ou ☐ Meropenem + Vancomicina 1g EV 12/12h	
☐ ITU - Cistite complicada Presença de alterações estruturais e funcionais, cistite em homens	☐ Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h	Se gravidez: ☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24h	
☐ ITU - Pielonefrite	☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24h	☐ Meronem 1g EV 8/8h (Guiado por Urinocultura)	
☐ Celulite Lesão difusa sem limites definidos, profunda	☐ Oxacilina 2g EV 24/24h ou Ceftriaxona 2g EV 24/24h	☐ Clindamicina 600-900mg EV 8/8h ± Ceftriaxona 2g EV 24/24h OU Piperacilina + Tazobactam 4,5g EV 6/6h	
☐ Erisipela Lesão da borda nítida e discreto relevo	☐ Penicilina Cristalina 2 milhões EV 4/4h OU Ceftriaxona 2g EV 24/24h	☐ Clindamicina 600-900mg EV 8/8h	
☐ Ferida infectada moderada a grave Inclui Pé Diabético <u>Limpeza cirúrgica com coleta de tecido para cultura</u>	☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24h e/ou Clindamicina 900mg EV 6/6h	☐ Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h + Clindamicina 900mg EV 6/6h ☐ Piperacilina + Tazobactam 4,5 EV 6/6h	
☐ Infecção Intra-Abdominal, Incluindo PBE Colecistite aguda/Colangite	☐ Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 8/8h	☐ Ampicilina-Sulbactam 3g EV 6/6h OU ☐ Ceftriaxona 2g EV 24/24h + Metronidazol 500mg EV 8/8h	
☐ Pancreatite aguda grade (necrose>30% na TC ou abscesso)	☐ Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h + Metronidazol 500mg EV 8/8h	☐ Meropenem 2g EV 8/8h OU ☐ Imipenem 1g EV 6/6h	

10-OUT-2018
CORRETORA DE SELO
ASS:

SINISTRO 3180477355 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA****CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO FABIO BARBOSA DE MORAES FILHO****CPF/CNPJ: 02646039310****Posição em 03-06-2019 11:42:52**

Após a liberação do pagamento da indenização, recebemos seu pedido de reanálise do processo. No entanto, sua solicitação não foi concluída, pois não recebemos os documentos complementares requisitados em nossa última correspondência. Dessa forma, como não foram identificadas novas lesões permanentes ou agravamento daquelas já indenizadas, informamos que o seu pedido de reanálise foi encerrado e que fica mantido o valor pago anteriormente, conforme carta abaixo enviada para seu endereço.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
21/11/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00