
Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597421

Vítima: FABIO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FABIO GOMES DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190597421

Vítima: FABIO GOMES DA SILVA

Data do Acidente: 30/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FABIO GOMES DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um membro superior e

de um membro inferior 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 = R\$ 3.375,00

Recebedor: **FABIO GOMES DA SILVA**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000000032**

Conta: **0000086007-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

69266905372 Fabio Gomes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD):

Fabio Gomes da Silva 69266905372 69266905372 ST Barro Vermelho 30 Barro Vermelho Barbalha CE 63180000 djuvicaradm@hotmail.com (88) 996633619

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0032 CONTA: 86007 3

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barbalha-CE, 15.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 11568 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **03/10/2019 08:31:07**
Data / Hora da Ocorrência: **30/06/2019 17:40:00** ✓
Endereço da Ocorrência: **AV LEÃO SAMPAIO, LAGOA SECA - JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **RESTÔ JARDIM**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FABIO GOMES DA SILVA** ✓
Nascimento: **24/03/1973** CPF: **692.669.053-72**
RG: **20161055251** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ADERITA GOMES DA SILVA**
CICERO LEANDRO DA SILVA
Endereço: **SITIO BARRO VERMELHO**
Bairro: **BARRO VERMELHO**
Município: **BARBALHA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99202-4171**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQW8993** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi: **9C2JC4110AR620463** Renavam: **209557664** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **FABIO GOMES DA SILVA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Advertido (a) das penalidades previstas para os arts. 299, 304, 339 e 340, todos do CP, noticia QUE POSSUI HABILITAÇÃO e na data, hora e local, acima informados, trafegava pilotando o veículo acima qualificado. Ocorre que, um carro(branco, não lembrando mais detalhes), vinha de uma rua secundária e ao entrar na via principal, atingiu o veículo da vítima; QUE em virtude do sinistro a vítima(que conduzia a moto)sofreu lesões, conforme ficha de atendimento anexa, sendo socorrido pelo SAMU para A UPA24H; QUE depois foi encaminhado pra o HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE, onde passou por cirurgia, conforme prontuário anexo;QUE com relação ao veículo causador do acidente, o motorista evadiu-se do local sem prestar socorro, não sendo identificado; QUE está fazendo este boletim apenas para fins de seguro DPVAT, não representando, portanto, pela apuração em relação ao crime de lesão corporal culposa no trânsito (art. 303 do CTB);QUE foi perguntado se tem interesse em ser submetido ao exame na PEFOCE, porém a vítima dispensa a Guia de exame de corpo de delito; QUE foi orientado que se posteriormente precisar desse documento, pode procurar esta Delegacia para solicitá-lo.Fora cientificado (a) de que todas as informações prestadas neste registro são de responsabilidade do (a) declarante; ANEXA cópias: CHN Do CONDUTOR, COMPROVANTE DE

Handwritten signature: Fábio Gomes da Silva

Handwritten signature: [illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

Impresso nº 2019701094



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 11568 / 2019

RESIDENCIA, CRV DO VEICULO, CERTIDÃO NARRATIVA DO SAMU, FICHA DE ATENDIMENTO DA UPA 24H Nº581191, FICHA DE ANAMNESE E FICHA DE CIRURGIA DO HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO; Nada mais disse.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

IVANEIDA BARRETO PESSOA

IVANEIDA BARRETO PESSOA - MAT.: 30081412

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA

VISTO DO DELEGADO(A) :

JULIANO MARCULA DE ALMEIDA LIMA - MAT.: 300520-1-3

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

69266905372 Fabio Gomes da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

Fabio Gomes da Silva 69266905372 Moto Boy ST Barro Vermelho 30 Barro Vermelho Barbalha CE 63180000 djuvicasadm@hotmail.com (88)996633619

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos) ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) Nome do BANCO: AGÊNCIA: 0032 CONTA: 86007 3 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou ☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (v(a) nascido)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha 39 - 2ª | Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Barbalha-CE, 15.10.19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 31/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FABIO GOMES DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00032

CONTA: 000000086007-3

Nr. da Autenticação 639F5F3603A0F222



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série Unica-1 | Nº 011515697

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdevino, 190, Fortaleza CE | CEP 60135-040
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CCF 06.105.848-8

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada
pela Lei nº 10.428 de 26 de abril de 2002

Esta é a sua conta de
08/2019

Nº DO CLIENTE

2767309

VENCIMENTO

18/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

950,58

DATA EMISSÃO

08/09/2019

DADOS DO CLIENTE

Nome CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

Endereço ST LAMBEDOR 01505
63180-000 BARBALHA CABECEIRAS

Classificação Rural Residencial Rural

Modalidade Tarifária B2 RURAL-CONV.

Ligação MONOFÁSICO

Medidor 2877547-NAW-270 - BL438R01

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

1DE7.DA44.A52C.3E1B.7A66.0006.69D0.027A

CPF / CNPJ

010.969.643-33

DATAS DE LEITURA

Anterior

Atual

Próx. Leitura

15/07/2019

13/08/2019

02/09/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto Tarifário	Consumo Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HPP	22981,00	21219,00	1262,00	5,00	5,00	5,00	1,20	1263,00	1263,00	0,81445	776,48

DESCRIÇÃO DA CONTA

CP - LUM PUB PREP MUNIC

Auto Montadora

Consumo

Adicional Bônus Amarelo

Adicional Bônus Verde

Plano Otimizar Sistema

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
		81,20
		5,67
		175,23
		19,99
		24,39
		42,18

CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Plano	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	A Expirar
			Atualizado	Próximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compense suas emissões
pelo consumo de energia elétrica.

Emissão	Compensado	Compensação Ecológica
kg CO ₂	kg CO ₂	(R\$ CO ₂)

Tributo	Base (R\$)	Alíquota (%)	Valor (R\$)
PMU/PASP	628,55	1,26%	11,16
COFINS	628,55	5,18%	32,51
ICMS	628,55	27,3%	171,77

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:

Mês/Ano Valor R\$

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Período: Band. Tarif. Amarelo: 19/07 - 31/07 Verde: 01/08 - 13/08

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF².

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Clélio Daniel das Santos Silva

inscrito (a) no CPF/CNPJ 030969643 / 33 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Fabio Gomes da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 692669053 / 72

do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Fabio Gomes da Silva

inscrito (a) no CPF sob o Nº 692669053 / 72, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: M.E.I Renda: R\$ 2.793,17 e apresento os documentos comprobatórios:

☐ Recuso informar Demonstrativo de pagamento de salários

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço: <u>ST haurledas</u>	Número: <u>1505</u>	Complemento: <u>Zona Rural</u>
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Barbalha</u>	Estado: <u>CE</u>
E-mail: <u>djsewicasadm@hotmail.com</u>		CEP: <u>63180000</u>
		Tel.(DDD): <u>88996633619</u>

Local e Data: Barbalha-CE, 15.10.19

Clélio Daniel das Santos Silva

Assinatura do Declarante



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou a atendimento pré hospitalar ao Sr. **FÁBIO GOMES DA SILVA**, portador do RG n.º 2016105525-1, SSP-CE, inscrito no CPF n.º 692.669.053-72, no dia 30/06/2019, às 17h51 Município de Juazeiro do Norte-CE, na Avenida Leão Sampaio, Bairro Lagoa Seca, Próximo ao Restô Jardim, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para UPA de Juazeiro do Norte. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 09 de setembro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA


Eliete Gomes Pereira Loliola
Assessora Técnica

13800002558

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

P/

Enxaminhamento

Enxameinho o menor
acima para avaliação e
conduta com o ortopedista.
Vítima de acidente com
moto há 1 dia, apresentando
fratura supracondiliana e
distal de rádio.
Grato.

01/07/19

Dr. João Paulo Almeida da Costa
MEDICA
CRM 18.229



Rua Capitão Domingos, s/n. Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63030-220



Prescrição Médica

Prontuário
192292Nome: FABIO GOMES DA SILVA
Ala/Leito: Leito de Observação
Convênio: SUS

APRAZAMENTO

Pág: 1

Dt/Hr: 03/07/2019 10:34
Nasc: 24/03/1976 Idade: 43

Evolução: PACIENTE ADMITIDO NA UPA NO DIA 30/06/19, TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÁLPEDRA ESQUERDA E FRATURA COMINUTIVA DE TÍBIA E FIBULA EM 1/3 MÉDICO, COM IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO; NO MOMENTO ENCONTRA-SE ASSINTOMÁTICO, REFERINDO APENAS DOR EM MEMBRO À MANIPULAÇÃO, AGUARDANDO VAGA VIA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS;

HD FRACTURA

CD: SUPORTE
AGUARDO VAGA EM CENTRAL DE REGULAÇÃO

Dieta

1 - Livre

Monitorização

2 - Pressão arterial não invasiva, 6/6 hs

3 - Monitorização Cardíaca, Contínua

Controles

4 - Glicemia Capilar, A.C.M.

Solução para Venoclise

5 - Solução Fisiológico 0,9%, 500ml

Medicações

6 - DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM, via I.M.

7 - METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML IM, 8/8 hs, via I.M.
S/N

8 - DIFIRONA 1G/2ML IV, 6/6 hs, S/N

9 - DEXAMETASONA 4MG/2,5ML IV

10 - HEPARINA 5.000UI/ML SC

Outros Itens

Cód. Aprazador

ANTONIO REINALDO DA SILVA
11023 / CEFábio Gomes da Silva
Médico
CRM: 11023 / CE

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE
e-mail...

CNPJ: 19.622.700/0001-46
 Telefone: (088) 2156-2188

581195 Atendimento
169376 Prescrição

Prescrição Médica

Nome: **FABIO GOMES DA SILVA**
Ala/Leito: Leito de Observação
Convênio: SUS

Dt/Hr: 02/07/2019 09:09
Nasc: 24/03/1976 Idade: 43

APRAZAMENTO

Pág: 1

Evolução: PACIENTE ADMITIDO NA UPA NO DIA 30/06/19, TRAZIDO PELO SAMU, VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, COM LESÃO CORTO-CONTUSA EM PÁLPEBRA ESQUERDA E FRATURA COMINUTIVA DE TÍBIA E FÍBULA EM 1/3 MÉDICO, COM IMOBILIZAÇÃO DO MEMBRO; NO MOMENTO ENCONTRA-SE ASSINTOMÁTICO, REFERINDO APENAS DOR EM MEMBRO À MANIPULAÇÃO, AGUARDANDO VAGA VIA CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS;

CD: SUPORTE
AGUARDANDO VAGA EM CENTRAL DE REGULAÇÃO

[illegible]

Cód. Aprazador

ANTONIO RICARDO TORRES QUENTAL FILHO
17673 / CE



581195

Atendimento



169192

Prescrição

Prescrição Médica

Prontuário 192292	Nome: FABIO GOMES DA SILVA Ala/Leito: Leito de Observação Convênio: SUS	Dt/Hr: 01/07/2019 18:42 Nasc: 24/03/1976 Idade: 43	APRAZAMENTO											Pág: 1
Solução para Venoclise			16	18	20	22	00	02	04	06	08	10	12	14
1 - Solução Glicofisiológico, 500ml														
Medicações														
2 - DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM, via I.M.														
3 - METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML IM, 8/8 hs, via I.M. S/N														
4 - DIPIRONA 1G/2ML IV, 6/6 hs, S/N														
5 - DEXAMETASONA 4MG/2,5ML IV														
6 - HEPARINA 5.000UI/ML SC														

[Assinatura]
Coordenador Médico
UPA Limoeiro
IMEGI - Hospital Municipal de Gestão em Saúde

Cód. Aprazador

ANTONIO REINALDO DA SILVA
11023 / CE

UPA 24h Limoeiro



Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE
e-mail...

CNPJ: 19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 2156-2188

Atendimento 581195
Prescrição 168906

Prescrição Médica

Prontuário	Nome: FABIO GOMES DA SILVA	Ala/leito: Leito de Observação	Convênio: SUS	D/Hr: 30/06/2019 22:12	Nasc: 24/03/1976	Idade: 43	APRAZAMENTO												Pag:
							Obs	16	18	20	22	00	02	04	06	08	10	12	
Medicações																			
1	DICLOFENACO DE SODIO 75MG/3ML IM, , via I.M.																		
2	METOCLOPRAMIDA 10MG/2ML IM, , via I.M.																		

Hedilberto PEREIRA FILGUEIRAS MAC
Coordenador Médico
UPA Limoeiro
MEGI - Medicina Especializada em Geriatria

Cod. Aprazador

CICERO HEDILBERTO PEREIRA FILGUEIRAS MAC
10466 / CE

13800002558

RECEITUÁRIO

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO LIMOEIRO

7/

Encaminhamento

Encaminho o menor
acima para avaliação e
conduta com o ortopedista.
Vítima de acidente com
moto há 1 dia, apresentando
fratura supracondiliana e
distal de rádio.
Grata,

01107119

Dr. José Paulo Almeida Costa
MÉDICO
Rég. 15.220



Rua Capitão Domingos, s/n. Limoeiro - Juazeiro do Norte/CE | CEP 63030-220

IMEGI
Instituto Municipal de Gestão Integrada

Governo do Estado do CearáSecretaria de Saúde
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC**ISGH**Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar
Organização Social de Saúde**RELATÓRIO MÉDICO**

Paciente: 003283 - FRANCISCO GOMES DA SILVA

Sexo: Masculino

Idade: 19 ano(s), 7 mes(es), 16 dia(s)

Endereço: RUA JOSE INACIO GOMES - 522

Bairro: TRIANGULO

CEP: 63000-000

Cidade: JUAZEIRO DO NORTE

UF: *** Não Informado ***

LOCALIZAÇÃOClínica: Observação Intermediária Enfermaria: Observação Intermediária Leito: 02
Internação: 22/09/2011 19:43 Alta: *** Não Informado *** Hora: *** Não Informado *****RELATÓRIO**

Tipo de Saída: TRANSFERÊNCIA

RESUMO CLÍNICOPACIENTE ESTÁVEL ESTEVE HOSPITALIZADO SOB CUIDADOS DA NEUROCIURGIA DO HOSPITAL SANTO ANTÔNIO NA UTI POR 30 DIAS E APRESENTA FRATURAS COMINUTIVAS EM TODA A FACE**EXAMES REALIZADOS**

TOMOGRAFIA DE FACE E CRÂNIO

TERAPÊUTICA UTILIZADA

SERÁ NECESSÁRIO PROCEDIMENTO CIRURGICO PARA REDUÇÃO DAS FRATURAS FACIAS

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico: FRATURA DE MANDÍBULA; FRAT DE ZIGOMA DIR E ESQ; FRAT DE MAXILA; FRATURA DE FRONTAL; PNEUMOENCÉFALO

PACIENTE SEM CIRURGIA**TRANSFERÊNCIA**

Referência: *** Não Informado ***

CONDIÇÕES DA ALTA

Condição da Alta: Melhorado

Data Programada da Alta: 23/09/2011

OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

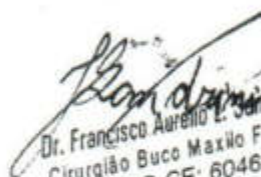
*** Não Informado ***

RESPONSÁVEL

Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI

Data: 23/09/2011

AGENDAMENTOS		
Data :	Data :	Data :
Hora :	Hora :	Hora :
Código :	Código :	Código :



Dr. Francisco Aurelio L. Sandrini
Cirurgião Buco Maxilo Facial
CRO-CE: 6046

Título é de Juazeiro



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3637880

Paciente.....: 481400 - FABIO GOMES DA SILVA

Solicitante.....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido.....: 906296

Idade.....: 46a 3m 22d

Atendido.....: 03/07/2019

Laudo.....: 03/07/2019

RX DIGITAL DO JOELHO DIREITO (02 INC.)

ACHADOS:

Partes moles sem alterações radiológicas.

Estrutura óssea com densidade e textura normais.

Interlinhas superfícies articulares íntegras.

Ausência de sinais de fratura ou luxação.

CONCLUSÃO:

EXAME DENTRO DOS LIMITES DA NORMALIDADE.


MEDICINA
Dr. Gustavo Saraiva Campos
RADIOLOGISTA
CRM - 8782



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3637880

Paciente.....: 481400 - FABIO GOMES DA SILVA

Solicitante.....: HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL

Convênio.....: SUS - AMBULATORIO

Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido.....: 906296

Idade.....: 46a 3m 22d

Atendido.....: 03/07/2019

Laudo.....: 03/07/2019

RX DIGITAL DA PERNA DIREITA (02 INC.)

ACHADOS:

Presença de tala gessada.

Fratura cominutiva no terço médio da tibia e fibula.

Interlinhas superfícies articulares íntegras.

Não se observa luxação.


MEDICINA
Dr. Gustavo Serrão Campos
RADIOLOGISTA
CRM 6782



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3666291
481400 - FABIO GOMES DA SILVA
Paciente.....:
Solicitante.....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: PARTICULAR - PLANO FUNERARIO
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 912949
Idade.....: 46a 5m 6d
Atendido.: 08/08/2019
Laudado..: 08/08/2019

RX DIGITAL DO ANTEBRAÇO DIREITO

ACHADOS:

Partes moles sem alterações radiológicas.

Fratura completa no terço médio do rádio.

Interlinhas superfícies articulares íntegras.

Não se observa luxação.


Dr. Gustavo S. S. Campos
RADIOLOGISTA
CRM - 8782



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3674710
481400 - FABIO GOMES DA SILVA

Pedido...: 914906
Idade.....: 46a 5m 6d

Paciente.....:
Solicitante....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO IV - CLIN MEDICA

Atendido.: 19/08/2019
Laudado..: 19/08/2019

RX DIGITAL DO ANTEBRAÇO DIREITO (02 INC.)

ACHADOS:

Controle de fratura no terço médio do rádio fixada por placa e parafusos metálicos.

MEDIMAGEM
Dr. Gustavo Sereia Campos
RADIOLOGISTA
CRM 6782

BEI/

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 105600

Paciente : 481400

Convênio Atend. : 1

Leito : 181

Dt. Início : 19/08/2019 10:30

Cid Pré-Operatório : S524

Cid Pós-Operatório :

Sala : 0004

SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)

FABIO GOMES DA SILVA

SUS - INTERNACAO

ENF 29-4

Dt. Fim : 19/08/2019 11:25

Atendimento : 3674710

Carteira :

Idade : 46 Anos 2 Dias 9 Horas

FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimentos

Procedimento: 0408020423

Convênio: 001

Anestesia: 39

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO
(SÍNTESE) (PRINCIPAL)

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO

ANESTESISTA

6002 CASSIO MURILO DA SILVA

10064 MOACIR FERREIRA CHAVES JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

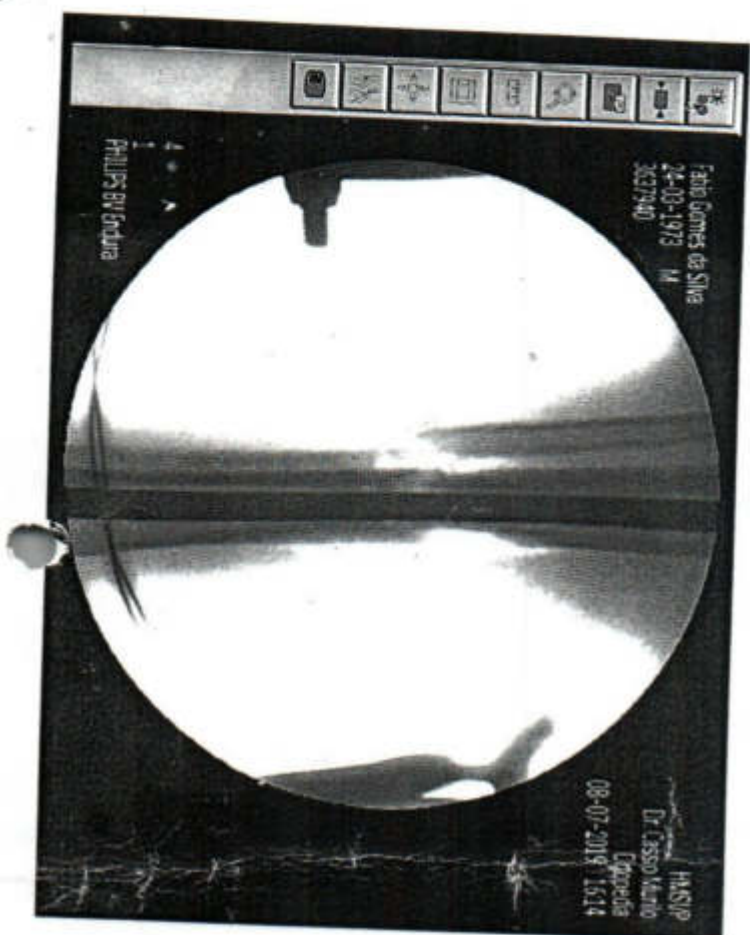
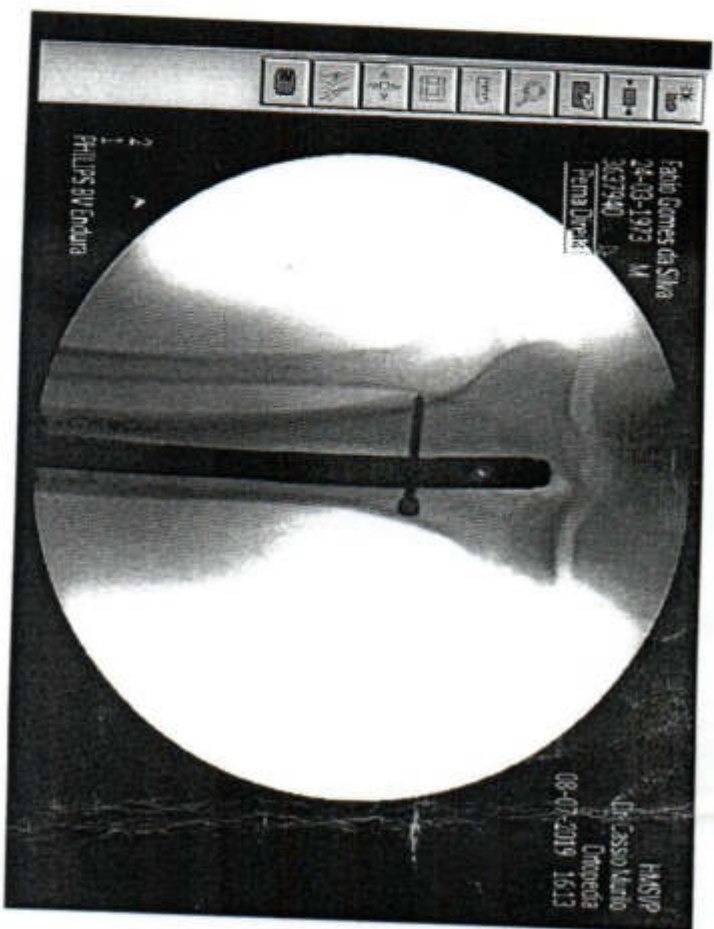
- PC EM DECUBITO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS
- ABORDAGEM DE THOMPSON
- DISSECÇÃO POR PLANOS
- RETIRADA DE GRANDE QUANTIDADE DE FIBROSE DO FOCO
- REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO
- ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA DCP DE 10 FUROS
- DRENO 3,2
- SÍNTESE POR PLANOS
- CURATIVO

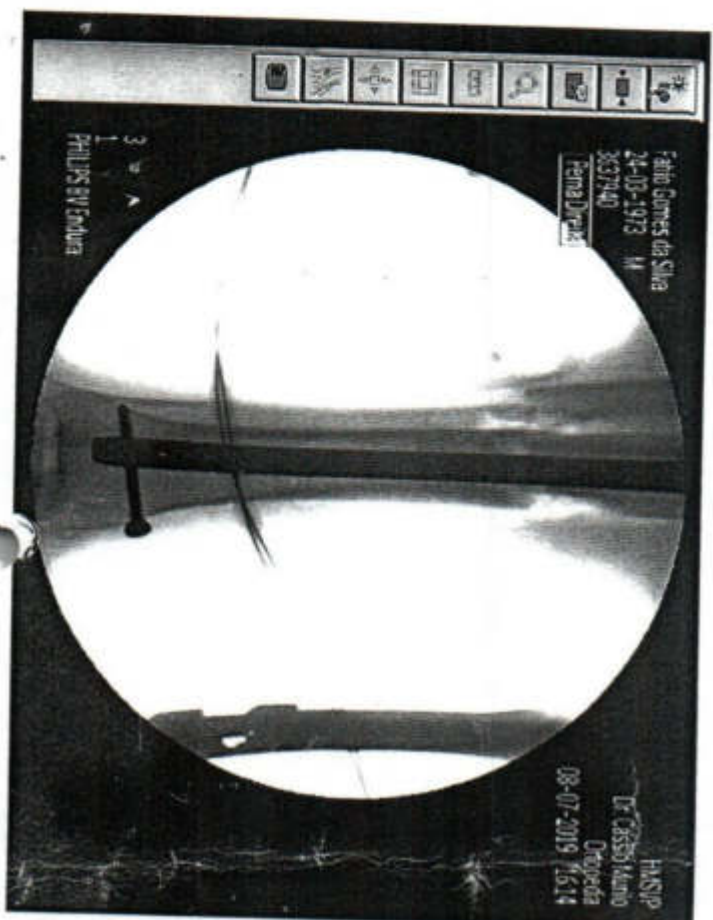
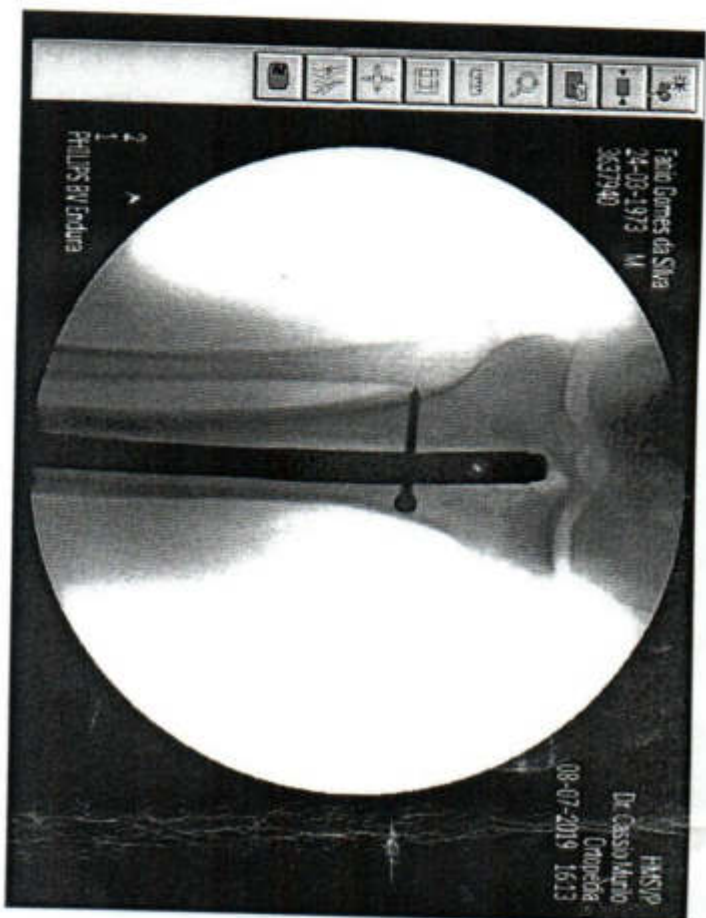
Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34631348372

DR(A) : CASSIO MURILO DA SILVA
CRM : 6002





Atendimento: 3637940

Dt Atendimento: 03/07/2019 - 15:53

Dt Alta: 10/07/2019 - 08:31

Paciente: 481400 FABIO GOMES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 255 ENF 8-2

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: SBRANDAO

CID: S822

FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Procedimento de Alta 0408050500 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA

Observação de Alta

FABIO GOMES DA SILVA, 46 ANOS, PROCEDENTE DE BARBALHA.

HD: 2 DPO DE FRATURA DIAFISARIA DOS OSSOS DA PERNA (SINTESE EM TIBIA DIREITA COM HASTE INTRA MEDULAR BLOQUEADA)

HDA (03/07/2019): PACIENTE RELATA ACIDENTE DE MOTO NO DIA 30/06/2019. RADIOGRAFIA APRESENTANDO FRATURA FECHADA DO TERÇO MÉDIO DA TIBIA (AO 42B2). NEGA COMORBIDADES PREVIAS, NEGA HAS E DM, NEGA TABAGISMO E ETILISMO, ASSIM COMO USO DE FARMACOS CONTINUOS.

EVOLUÇÃO (10/07/2019): PACIENTE RELATA DOR DE LEVE INTENSIDADE QUANDO MOVIMENTA O MEMBRO AFETADO. ACEITA BEM A DIETA OFERECIDA. DIURESE E EVACUAÇÕES PRESENTES. NEGA FEBRE, NAUSEAS/VOMITOS E DEMAIS QUEIXAS SISTEMICAS. EVOLUI BEM HEMODINAMICAMENTE E CLINICAMENTE.

EXAMES LABORATORIAS (03/07/2019): HEMACIAS - 4,48 MILHÕES/MM3, HB - 11,5 G/DL, VCM - 78,69 FL, HCM - 25,7 PG, LEUCOCITOS - 9000/MM3, PLAQUETAS - 226 MIL/MM3, UREIA - 42,2 MG/DL, GLICEMIA DE JEJUM - 88,1 MG/DL, TAP - TEMPO 15,3S, ATIVIDADE 67,7%, INR 1,25, TTPA - 32,8S, CREATITINA - 1,03.

EXAME FISICO: EGB, AAA, NORMOCORADO, HIDRATADO

ACV: BCNF, RCR EM 2T, S/ SOPROS

AR: MV+, S/ RA

ABD: FLACIDO, INDOLOR A PALPAÇÃO SUPERFICIAL E PROFUNDA, S/ VISCEROMEGALIAS

MID: EDEMACIADO, SEM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL

CONDUTA: ALTA MEDICA, PRESCREVO MEDICAÇÕES DE USO DOMICILIAR, ORIENTO RETORNO

Dr 25/07/19

(7hs)

Dr Cassio Muriilo

Dr.(a) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

CRM: C6002

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR

ATESTADO MÉDICO

H.M.S.V.P

Funcionário (a)

Tobias Gomes da Silva

O (A) funcionário (a) foi atendido (a) às _____ horas

☐ Acompanhando familiar. Não podendo desenvolver suas atividades normais
 Por _____ (_____) dia (s).

☐ Para coleta de material para exame de laboratório
 Resultado dia ____/____/____ às _____ horas

☐ Para exame radiológico.
 Resultado dia ____/____/____ às _____ horas

☐ Podendo retornar ao trabalho

☐ Devendo permanecer em repouso hoje

☒ Devendo permanecer em repouso ^{30 dias} ~~(____)~~

Contando a partir desta data. (limite máximo: 15 dias neste item)

☐ Devendo voltar para consulta em _____

CID: 582

DATA 03/07/19

Dr. Cassio Murilo da Silva
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 5002

Assinatura do Médico
 (Nome-Carimbo-CRM)

NOTA IMPORTANTE: SEMPRE QUE FOREM DETERMINADOS PELA MÉDICO MAIS DE 03 (TRÊS) DIAS, O FUNCIONÁRIO (A) DEVE COMUNICAR-SE IMEDIATAMENTE COM O DEPARTAMENTO MÉDICO OU COM O DEPARTAMENTO PESSOAL DA EMPRESA.

HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
 AV. CEL JOÃO COELHO, 299 CENTRO, BARBALHA, CEARÁ, BRASIL.
 (88)3532-7100

Atendimento: 3674710

Dt Atendimento: 19/08/2019 - 07:33

Dt Alta: 21/08/2019 - 06:55

Paciente: 481400 FABIO GOMES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 181 ENF 29-4

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JGVASCONCELOS

CID: S524 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento de Alta 0408020423 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTER

Observação de Alta

HD: 2º DPO DE SÍNTESE DE ANTEBRAÇO D.

EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE, RESPIRANDO BEM EM AR AMBIENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. ACEITA BEM A DIETA FORNECIDA. REFERE NÃO CONCILIAR BEM O CICLO SONO VIGILIA. NEGA DOR, FEBRE, VÔMITO E OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO: ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, CORADO, HIDRATADO, AAA, EUPNÉICO.

- AR: MV+, SRA.

- ACV: RCR, 2T, SS.

- ABD: FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, SVMG, INDOLOR À PALPAÇÃO RHA+.

- EXT: MEMBRO SUPERIOR ENFAIXADO.

Dr. Cassio Muriilo da Silva
CRM: C6002

Dr. (a) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

CRM: C6002

Dia 05/09/2019

07:00 horas

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**

Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Fabio Gomes da Silva
Nº doc: _____

USO ORAL

① Cefalexina 500 mg — 28 comp.

Tomar 1 comprimido de 6/6
horas por 7 dias.

② Ibuprofeno 400 mg — 6 comp.

Tomar 1 comp. 4x 12 horas por
3 dias.

③ PACO — 1 CX

Tomar 1 comp. de 6/6 horas
se dor forte

30/07/2019

Dr. (a): _____

Voltando a esta consulta traga esta receita.

50.474

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SUS / CE
JUAZEIRO DO NORTE - CE

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria
2ª Via orientação do Paciente

Carimbo do Médico

Dr. Anderson M. F. de Oliveira
MÉDICO
CREMEC - 11.257

Paciente: FRANCISCO GOMES SILVA

Endereço:

Prescrição: FLUTICASONA 100mcg 3 x

por 3 p de 8/8h

Data 24/11/11

Dr. Anderson M. F. de Oliveira
MÉDICO
CREMEC - 11.257

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: S. S.

Ident.: Órg. Emissor:

Endereço:

Cidade: UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



FABRICIO OLIVEIRA DE SOUSA

R/

1- IBUPROFENO (gotas) ----- 01 CX

TOMAR 40 GOTAS VIA ORAL

DE 8/8 HS

02/07/2019

Lindimar Leite

Ortopedia e Traumatologia / Cirurgia do Joelho

CRM – CE 10982



03/07/2019
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SCOSTA
Usuário do Atendimento : SCOSTA

Nome : **FABIO GOMES DA SILVA**

Paciente : 481400

Atendimento



3637880

Nome da Mãe : ADERITA GOMES DA SILVA

Sexo : MASCULINO Data Nascimento : 24/03/1973 Idade : 46 Anos / 3 Meses / 9 Dias

Endereço : BARRO VERMELHO

Bairro : RURAL

CEP : 63180000

Cidade : BARBALHA

Telefone :

Número :

Profissão Declarada : MOTOCICLISTA

Dados do Atendimento

Data : 03/07/2019 Hora : 14:29:09

CONVÊNIO : SUS - AMBULATORIO

Especialidade : CLINICA GERAL

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT

Queixas :

T :

PA :

P :

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que? _____

Hora médica : _____

por lesão dessa se mov A 4 dias com
trauma na perna (2) com dor e edema

Hipótese Diagnóstica :

Cód COD 10 : 5808

Fratura de perna (2)

Procedimento

☐ Imagem

☐ Laboratório

☐ Outros :

Conduta

Fratura de perna

Assinatura do Paciente ou Responsável

HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAUL
CRM 2564211

Hospital: H - m - S - v - P.

Código: BARBAZITA-CE

Procedimento: FRAT. OSSOS A/B

Cód. do Procedimento: 0408020423

Paciente: FABIO GOMES DA SILVA - AT= 3674710

Data da Cirurgia: 29/08/79 Nº Prontuário: 487400

Convênio: SUS

Cirurgião: DR. MURELO

Código: 1-2

☒ Reposição ☐ Caixa Pronta

DESCRIÇÃO DE PRODUTOS UTILIZADOS

[illegible]

ESPECIFICAÇÃO DE PARAFUSOS

								Valor Unit.	Valor Total
Parafuso Cortical (3,5) mm	Nº	28	X						
	Qtde	07	X						
	Cód								
Parafuso Cortical () mm	Nº								
	Qtde								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 4.0mm	Nº								
	Qtde								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6,5mm R/: 16 CURTA	Nº								
	Qtde								
	Cód								
Parafuso Esponjoso 6,5mm R/: 32 LONGA	Nº								
	Qtde								
	Cód								
Parafuso Maleolar 4.5mm	Nº								
	Qtde								
	Cód								

Obs: O Preenchimento do prontuário é obrigatório.

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO CONSULTOR DE VENDAS

Condições de Pagamento: _____

Faturar NF para: _____

Cód. do Consultor: _____ Total: _____

Cód. do Instrumentador: _____

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO ESTOQUE

Figure 1 consists of two side-by-side plots. The left plot is for $N=10$ and the right plot is for $N=20$. Both plots show the probability distribution $P(x)$ on the y-axis (ranging from 0 to 0.1) against the number of particles x on the x-axis (ranging from 0 to 10 for $N=10$ and 0 to 20 for $N=20$). Each plot contains four curves corresponding to different times t : $t=0$ (solid line), $t=10$ (dashed line), $t=20$ (dotted line), and $t=100$ (dash-dot line). In both cases, the distribution is centered at $x=0$ and becomes narrower and taller as time increases.

Nº do Pedido: _____

TRAUMABONE COMÉRCIO LTDA

Rua Dom Carloto Távora, 570 Sala 06 • Montese • CEP 60421-090 • Fortaleza • CE



Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SCOSTA

Paciente : 481400

Idade: 46 Anos / 4 Meses / 26 Dias

Nome do Paciente : FABIO GOMES DA SILVA

Data Nascimento : 24/03/1973

Sexo : MASCULINO

Estado Civil : SOLTEIRO

Religião :

Profissão : MOTOCICLISTA

Naturalidade : JUAZEIRO DO NORTE

Endereço : SITIO BARRO VERMELHO

Número : 0

Bairro : RURAL

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180000

Telefone : 997966113

Identidade : 20161055251

CPF : 69266905372

CNS: 704204285644180

Nome da Mãe : ADERITA GOMES DA SILVA

Nome do Pai : CICERO LEANDRO DA SILVA

Profissão Declarada : MOTOCICLISTA

Dados do Responsável

Nome : FABIO GOMES DA SILVA

Parentesco : O MESMO

Fone : 997966113

Endereço : SITIO BARRO VERMELHO

Número : 0

Complemento :

CEP : 63180000

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento : LJUNIOR

Número : 3674710



Data : 19/08/2019 Hora : 07:33:07

Origem : INTERNACAO

3674710

Tipo : INTERNACAO CIRURGICA ELET

Unidade de Internação : BLOCO IV

Leito : ENF 29-4

Médico do Atendimento : 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Conselho: CRM - C6002

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF : 34631348372

Convênio : 1 SUS - INTERNACAO

Plano : PLANO UNICO

Teira :

Guia :

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Acomodação : ENFERMARIA 6 LEITOS

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID : S524 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento principal : 0408020423

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBO

Local de Procedência :

Motivos

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34631348372

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002

Paciente/Responsável



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

NS: 127 900 326 91

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2564211
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2564211

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - N° Prontuário			
FABIO GOMES DA SILVA	481400			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Étnia
704204285644180	24/03/1973	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
ADERITA GOMES DA SILVA	8899202417			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
ADERITA GOMES DA SILVA				
15 - Endereço (Rua, N°, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
SITIO BARRO VERMELHO, 0 - RURAL	230190	CE	63180000	
16 - Município				
BARBALHA				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE ADMITIDO PARA CORREÇÃO CIRURGICA DE FRATURA EM ANTEBRAÇO DIREITO

21 - Condições que justificam a internação
TTO CIRURGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
HDA + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]	(S524) S.523	V99	

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO (C/ SINTESE)	0408020423		
29 - Especialidade	30 - Caráter de Atendimento	31 - Documento	32 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
CIRURGICO	1	(X) CNS () CPF	128368744590001
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (N° de Registro no Conselho)	
CASSIO MURILO DA SILVA	08/08/2019	Dr. Cassio Murilo da Silva Ortopedia e Traumatologia CRM - 6002	6002

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - N° Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto			
45 - Vínculo com a Previdência			
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado			

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador	47 - Cod. Orgão Emissor	52 - N° da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)
	M230190101	
48 - Documento	49 - N° do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (N° Registro do Conselho)	

Código do Laudo: 3666280



Data de Emissão 19/08/2019

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Usuário do Cadastro :

SCOSTA

Nome : FABIO GOMES DA SILVA

Unidade : BLOCO IV

Identidade : 20161055251

Nome da Mãe : ADERITA GOMES DA SILVA

Leito : ENF 29-4

Paciente : 481400

CPF : 69266905372

Atendimento



367471

Dados do Responsável

Nome : FABIO GOMES DA SILVA

Parentesco : O MESMO

Fone : 997966113

Endereço : SITIO BARRO VERMELHO

Número : 0

TERMO DE RESPONSABILIDADE - MAIOR E CAPAZ

1- Disposições gerais:

a) O presente termo dispõe sobre direitos e deveres recíprocos entre o paciente, o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, tendo como base o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.

b) O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo é uma instituição filantrópica de assistência social que mantém convênio com a Universidade Federal do Ceará e com a Universidade Regional do Cariri - URCA para dar apoio às suas atividades de ensino. O seu Corpo Clínico é composto por Médicos, Professores de Medicina e seus aprimorandos.

2- Dos deveres e salvaguarda de direitos:

a) O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

b) O profissional de saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

c) O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução nível de sua doença.

Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios;

e) Quando houver discordância quanto à aplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

f) O paciente tem o direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

g) No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito ou na presença de duas testemunhas, devendo este termo ser arquivado junto ao seu respectivo prontuário.

h) Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital cessarão para o médico e para a instituição quanto às consequências que este fato trouxer.

3- Da incapacidade:

a) No caso do paciente, durante o tratamento, tornar-se incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, desde já ficará responsável como seu REPRESENTANTE INDICADO para representá-lo junto à Instituição e Corpo Clínico:

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

b) O Representante Indicado será a pessoa de confiança do paciente, podendo ser seu parente ou não, cabendo ao paciente a sua notificação sobre esta indicação.

c) Em caso de iminente risco de vida ou de perda da qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões (e na ausência do seu Representante Indicado) o médico estará autorizado a adotar as condutas que achar necessárias para resguardar a sua saúde.

d) Estando ausente o médico assistente do paciente e ocorrendo eventos que coloquem em risco a sua saúde a Instituição lhe garantirá a assistência emergencial necessária através dos seus médicos plantonistas.

4- Do Prontuário:

a) Conforme preceituam as normas em vigor o Prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada. O seu manuseio é permitido apenas pelos profissionais envolvidos no seu atendimento, ressaltando-se o sigilo ético sobre as informações ali contidas.

b) Cabe à Instituição a guarda do prontuário pelo tempo previsto em lei.

c) O paciente tem o direito de obter relatório contendo informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação prévia e por escrito ao Setor de Arquivo Médico e Estatística;

d) O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo serem revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

5- Disposições Finais.

a) Após a alta médica o paciente deverá deixar as dependências do Hospital no prazo de até 24 (vinte e quatro horas), após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

b) O atendimento eletivo será prestado nos limites e dentro das regras do convênio a que pertença o paciente, fora dos quais o paciente e seus familiares ficarão responsáveis pelo ressarcimento ao Hospital.

O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME.

Barbalha-CE,

19/08/19

PAC. OU RESP.:

Fábio Gomes da Silva

Data da Alta:

21/08/19

Assinatura

BEI

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 105600	Sala : 0004	SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)
Paciente : 481400	FABIO GOMES DA SILVA	Atendimento : 3674710
Convênio Atend. : 1	SUS - INTERNACAO	Carteira :
Leito : 181	ENF 29-4	Idade : 46 Anos 2 Dias 9 Horas
Dt. Inicio : 19/08/2019 10:30	Dt. Fim : 19/08/2019 11:25	
Cid Pré-Operatório : S524	FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]	
Cid Pós-Operatório :		

Procedimentos

Procedimento: 0408020423	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEBRAÇO SINTESE) (PRINCIPAL)
Convênio: 001	SUS - INTERNACAO
Anestesia: 39	BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL + SEDACAO

Equipe Médica

CIRURGIAO	6002 CASSIO MURILO DA SILVA
ANESTESISTA	10064 MOACIR FERREIRA CHAVES JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- PC EM DECUBITO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISSEPISIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS
- ABORDAGEM DE THOMPSON
- DISSECÇÃO POR PLANOS
- RETIRADA DE GRANDE QUANTIDADE DE FIBROSE DO FOCO
- REDUÇÃO E FIXAÇÃO COM PARAFUSO INTERFRAGMENTÁRIO
- ESTABILIZAÇÃO DA FRATURA COM PLACA DCP DE 10 FUROS
- DRENO 3.2
- SINTESE POR PLANOS
- CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : CASSIO MURILO DA SILVA
CRM : 6002

Cassio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 24621348372

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo		BOLETIM ANESTÉSICO		REGISTRO	ATENDIMENTO	CONVÊNIO	
				327 481400	3674710	5-5	
IDENTIFICAÇÃO							
Paciente: Fabio Gomes da Silva					Origem: () APTO (X) ENFERMARIA () AMB.		
Inade: 46a	Sexo: M-L	Peso: 70kg	Altura:		Data: 19/08/19		
Diagnóstico Pre-operatório: Enl. oss. do Art. h. b. n. e. (C) D.R.							
AVALIAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA							
ASA: P1	PA: 12x7	FC: 85	FR:	SpO2: P67	Temp:		
Alergias: N							
Complicações em Anestesias Anteriores:							
Jejum: J-L	Mallampatti:	Esternomental: >10cm <10cm	Tireomental: >5cm <5cm	Interincisivos: >3cm <3cm	Extensão Atlantooccipital: Completa Incompleta	Dentição:	
ECTOSCOPIA		AP. CARDIOVASCULAR		AP. RESPIRATÓRIO		SNC	
☒ Estado geral bom ☐ Estado geral ruim ☐ Estado geral péssimo ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Febril ☐ Desidratado ☐ Descorada ☐ Sudoreico		☐ Hemodinâmica instável ☐ Arritmia ☐ Choque ☐ Insuficiência cardíaca ☐ IAM prévio ☐ Uso de antiagregante pqt. ☐ Uso de anticoagulantes ☐ Revascularização prévia ☐ Hipertensão ☐ Insuficiência Coronariana ☐ Valvopatia ☐ Aneurisma de aorta		☐ Dispneico ☐ Taquicardia ☐ Asma ☐ DPOC ☐ Hipertensão pulmonar ☐ Broncoespasmo ☐ Rancos e estertores ☐ Pneumonia ☐ Tosse produtiva ☐ Derrame pleural ☐ Pneumotórax / hemotórax ☐ Insuficiência respiratória		☒ Acordado e orientado ☐ Torporoso ☐ Agitação psicomotora ☐ Coma ☐ TCE ☐ Liquorréia ☐ Otorrágia ☐ Lesão medular ☐ Hipertensão intracraniana ☐ Déficit motor localizado ☐ AVE prévio ☐ Convulsão / epilepsia	
						ENDÓCRINO / MET / RENAL	
						☐ Diabetes ☐ Hipertireoidismo ☐ Hipotireoidismo ☐ Obesidade ☐ Desnutrição ☐ IRC ☐ IRA ☐ Hematúria ☐ ITU ☐ GESTAÇÃO Semanas:	
EXAMES COMPLEMENTARES							
Hto	Hb	Pqt	Glicemia		Creatinina	Uréia	
Na	K	Ca	Mg	Cl	TP	Ativ	
RX Tórax:							
ECG:							
Avaliação Cardiovascular: 12/5							
Outras Observações:							
Anestesia Proposta: Bloq. 30 P1500 bman. (C9 + 5000g)							
PROCEDIMENTOS REALIZADOS							
① Tto. cir. de Enl. dos oss. do Art. h. b. n. e. (C) Direto							
②							
③							
PÓS-ANESTÉSICO							
DESTINO DO PACIENTE		ESTADO DE CONSCIÊNCIA		VIAS AÉREAS		VENTILAÇÃO	
☒ Enfermaria ☐ SRPA ☐ CTI ☐ Casa (ambulatorial)		☒ Consciente e orientado ☐ Levemente sedado ☐ Sedação profunda ☐ Coma		☒ Sem dispositivos acessórios ☐ Catéter nasal ☐ Máscara de Venturi (%) ☐ Máscara laríngea ☐ Sonda Traqueal		☐ Espontânea ☐ Assistida manualmente ☐ Ventilação mecânica	
						SISTEMA CARDIOVASCULAR	
						☐ Estável hemodinâmica ☐ Instável hemodinâmica ☐ Uso de DVA ☐ Choque	
SINAIS VITAIS							
PA: 120x76	FC: 90	FR:	SpO2: P67	Temperatura:			
ANESTESIOLOGISTA: R. Maciel			CIRURGIÃO PRINCIPAL: D. Melo		PRIMEIRO AUXILIAR:		



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: <u>Fabio Gomes da Silva</u>		ATENDIMENTO: <u>3674700</u>	
Admissão no centro cirúrgico			
DATA: <u>19/08/2019</u>	HORÁRIO:	Procedência: () Enfermaria () Externo () UTI () Apto. () outro	
Prótese dentária: () Não () sim:		Adornos: () Não () sim:	
Jejum: () não () sim: desde as <u>20h00</u>		Roupa íntima: () não () sim:	
Procedimento Realizado: <u>150 mg de fat de osso do antebraço D</u>			
Evolução na Sala Operatória			
Punção venosa: () veia periférica JELCO Nº: <u>20</u> () A.V.C () dissecação venosa LOCAL: <u>MS</u>			
Posição para cirurgia: () Ginecológica () Litotômica () D.Dorsal () D.Ventral () D.Lateral D/E			
Sonda Vesical: () Não () sim Tipo: () demora () alívio Número: Presença diurese: () não () sim			
Placa Bisturi: () Não () sim Local: () panturrilha D/E () dorso ombro D/E () coxa D/E			
Anestesia: () Bloqueio Qual: <u>plexo</u> () Geral () Sedação () Local			
HEMOTRANSFUSÃO () Não () sim C.H. () PLASMA FRESCO () PLAQUETAS ()			
D. os: () não () sim Tipo: () Tórax D/E () tubular/laminar () penrouse () Kher () sucção () outros			
COMPRESSAS OPERECIDAS: () não () sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: () não () sim:	
GRANDES: <u>10</u>	PEQUENAS:	GRANDES: <u>10</u>	PEQUENAS:
CIRURGIA: INÍCIO: <u>10 h 25</u>		TÉRMINO: <u>11 h 25</u>	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS		VIA	DOSE
1- <u>Analgesia</u>		EV	
2- <u>Antibiotico</u>		EV	<u>2g</u>
3- <u>Anticoagulante</u>		EV	<u>10mg</u>
4- <u>Antipirético</u>		EV	<u>2g</u>
5- <u>Antidopagico</u>		EV	<u>100mg</u>
6-			
7-			
8-			
9-			
10-			
HGT			
Encaminhado peça para exame: () não () sim: qual:			
INTERCORRÊNCIAS:			
Alta da sala operatória as: h Destino: () RPA () UTI AD. () UTINEO () UTIPED () Enfermaria () Apto. () Necrotério			
<u>Paula</u> CIRCULANTE DA SALA - ASS./COREN		<u>Erisman</u> INSTRUMENTADOR - ASS./COREN	
Recuperação Pós - Anestésico - RPA			
Admissão: nível consciência: () acordado () sonolento () acorda quando chama () dormindo () TOT			
Queixas: () sem queixas			
Respiração: () ndn () com necessidade de suplementação O ₂			
Local cirúrgico: () ndn () alterado			
SNG: () não () sim SNE: () não () sim Sonda Vesical Demora: () não () sim			
Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: () não () sim Qual: () juo O ₂ l/min			
ESTOMA: () não () sim: ASPECTO:			

58.284



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 299 Fone: (88) 3532 - 7100

CNPJ: 03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend:	3674710	Cliente:	Fabio Gomes da Silva		
Idade:	46	ASA:	I	Data:	19.08.2019
Clínica:	Bloco 2V	Quarto:	29-04	Categoria:	Sus
Cirurgião:	Dr. Cassio Munilo				
Diagnóstico:					
Procedimento realizado:	T ^o e ^o de Fret do osso do Antebraço Direito				

3,5 mm - TRA MABONE cc.
LOTE: A1051208191560

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:			Ex. peg. e ^o de Fret		
RESP. PREPARO:			Mancica		
DATA ESTERILIZAÇÃO:			12.08.2019		
NÚMERO DO LOTE:			A1051208191560		
DATA DO USO:		HORA:		S.O.	
19.08.2019		m		D	
CIRURGIÃO:		OBS:			
Dr. e. Munilo		eletivo			





PRESCRIÇÃO.: 1314311 DATA: 19/08/2019 10:00
USUÁRIO.: CMURILO
ATENDIMENTO: 3674710 DT NASC: 24/03/1973 (46A 4M 26D)
CONVÊNIO.: SUS - INTERNACAO
PACIENTE.: 481400 - FABIO GOMES DA SILVA
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/08/2019 07:33 0 DIAS(S) INT

2ª VIA

Rubrica do
Medico

MÉDICO.: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO IV LEITO.: ENF 29-4 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
CID.: S524 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA] CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3674710

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL					Continua	[19/08] . 10
Obs.: APÓS RECUP ANESTÉSICA						[20/08] . 10

MEDICAMENTOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 (D1/6) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1000ML FRASCO	1	MILILITRO		IV	2 x ao dia	[19/08] 12 [20/08] 00
Obs.: LENTO NAS 24 HRS						
3 (D1/6) DAPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA	1	AMP C/2ML		IV	4 x ao dia	[19/08] 12 18 06 22 [20/08] 00 06 08 14
4 (D1/6) TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML (TRAMADON)	1	AMPOLA		S IV	8hs/8hs	
Obs.: DILUIR EM 100ML DE SF. CORRER LENTO SE DOR INTENSA						
5 (D1/3) CEFAZOLINA SODICA 1G FA	1	FA C/1G		IV	12hs/12hs	[19/08] 20 [20/08] 08
Justificativa.: PROFILÁTICO						
Obs.: DILUIDO 10 ML DE AD						

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
6 RX ANTEBRACO	1					[19/08] . 10
Obs.: CONTROLE						

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
7 CUIDADOS GERAIS					24hs/24hs	[20/08] . 00
Obs.: MATER MEMBRO OPERADO ELEVADO						

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia / Traumatologia
CRM 6002
CPF 54631348372

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM 6002



Paciente: 00481400FABIO GOMES DA SILVA
Atendimento: 03674710

Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO IV, ENF
29-4

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE SINTESE EM ANTEBRAÇO

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34031348378

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM - 6002



Paciente: 00481400FABIO GOMES DA SILVA
Atendimento: 03674710
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

19/08/19 8:00 PACIENTE ADMITIDO PROVINIENTE DO SETOR DEINTERAMENTO, CONCIENTE, ORIENTADO, COM HD DE FRATURA DE DIAFISARIA EM MSD, MANTEM DIETA ZERO, AGUARDANDO PROCEDIMENTO, CIRURGICO.

PA=140/80mmHg T=36°C FC=82bpm

09:40 PACIENTE ENCAMINADO PARA S.O COM PRONTUARIO COMPLETO.

11:30 PACIENTE RETORNOU DA S.O, VEIO COM DRENO HEMOVAC EM MSD, SEGUE SONOLENTO.

14:00 PACIENTE ESTAVEL, AFERIDO SSVV, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA.

PA=120/80mmHg T=36.2°C FC=82bpm

REALIZADO RX DE MSD.

ERICARAQUEL MELO DOS SANTOS
COREN=487019



Paciente: 00481400FABIO GOMES DA SILVA
Atendimento: 03674710
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

19/08/19 20:00HS- PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO IMEDIATO DE SINTESE EM ANTEBRAÇO, NO MOMENTO ENCONTRA-SE ESTAVEL, MANTEM DRENO HEMOVAC EM MSD, AFERIDO SINAIS VITAIS E MEDICADO EM HORÁRIO SEGUINDO PRESCRIÇÃO MÉDICA.

PA:110/80mmHg T:35,4°C P:78bpm.

06:00HS- DÉBITO DO DRENO HEMOVAC:20ml.

06:00HS- PACIENTE DORMIU BEM.

Janaina
JANAINA DOS SANTOS SILVA
COREN-969096



PRESCRIÇÃO: 1314747 DATA: 20/08/2019 12:00
USUÁRIO: MHCOSTA
ATENDIMENTO: 3674710 DT NASC: 24/03/1973 (46A 4M 27D)
CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO
PACIENTE: 481400 - FABIO GOMES DA SILVA
PESO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO: 19/08/2019 07:33 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

MÉDICO: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT.: BLOCO IV LEITO: ENF 29-4 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
QTD.: 3324 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA] CICLO: /
DIAGNOSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Rubrica:
Médico:

3674710

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Obs.: APÓS RECUP ANESTESICA

Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data	Horários
				Continua	[20/08]	12

MEDICAMENTOS

2 (D2/6) SORO FISIOLÓGICO 0,9% - CLORETO DE SÓDIO 0,9% 1000ML FRASCO
Obs.: LENTO NAS 24 HRS

Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data	Horários
1	MILILITRO		IV	2 x ao dia	[20/08]	12
					[21/08]	00

3 (D2/6) DÍPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA

Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data	Horários
1	AMP C/2ML		IV	4 x ao dia	[20/08]	12 13
					[21/08]	00 08

4 (D2/6) TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 2ML (TRAMADON)

Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data	Horários
1	AMPOLA		S IV	8hs/8hs		

Obs.: DILUIR EM 100ML DE SF. CORRER LENTO SE DOR INTENSA

5 (D2/3) CEFAZOLINA SODICA 1G FA
Justificativa: :)

Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data	Horários
1	FA C/1G		IV	12hs/12hs	[20/08]	20
					[21/08]	08

Obs.: DILUIDO 10 ML DE AD

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

6 CUIDADOS GERAIS

Obs.: MATER MEMBRO OPERADO ELEVADO

Qtd	Unidade	SN	Api	Frequência	Data	Horários
				24hs/24hs	[21/08]	00


ALUNO ACADEMICO
CRM 000000



Paciente: 00481400FABIO GOMES DA SILVA
Atendimento: 03674710

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF
29-4
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Evolução Medica

EVOLUÇÃO - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA- 20/08/2019

ID: FABIO GOMES DA SILVA, 46 ANOS

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE SINTESE EM ANTEBRAÇO

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE, RESPIRANDO BEM EM AR AMBIENTE SEM NECESSIDADE DE O₂ SUPLEMENTAR. COM DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. ACEITA BEM A DIETA FORNECIDA E NÃO CONCILIOU BEM O CICLO SONO VIGILIA. REFERE DOR DE LEVE INTENSIDADE NA REGIÃO OPERATÓRIA. NEGA FEBRE, VÔMITO E OUTRAS QUEIXAS.

#EXAME FÍSICO :ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, CORADO, HIDRATADO, AAA. EUPNÉICO.

- AR: MV+. SRA.

- ACV: RCR. 2T. SS.

- ABD: FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, SVMG, INDOLOR À PALPAÇÃO RHA+.

-EXT: SEGUE COM MEMBRO SUPERIOR ENFAIXADO.

CD: MANTENHO SUPORTE CLÍNICO

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



Paciente: 00481400FABIO GOMES DA SILVA
Atendimento: 03674710
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

20/08/019 08 :00 H PACIENTE, COM DRENO HEMOVAC E CURATIVO EM MSD, AFERIDO SINAIS VITAIS, MEDICADO CONFORME A PRESCRIÇÃO MEDICA, SEGUE AO CUIDADO DE ENFERMAGEM.

PA=100/60 mmHg T= °C P= 78bpm.

14 :00 H PACIENTE ESTAVÉL, AFERIDO SINAIS VITAIS, MEDICADO CONFORME A PRESCRIÇÃO.

PA=100/70 mmHg T=36,5 °C P=82 bpm.

Maria Nilzete de Sales
MARIA NILZETE DE SALES
COREN= 676355.



Paciente: 00481400FABIO GOMES DA SILVA
Atendimento: 03674710
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

20/08/2019 20HS PACIENTE MANTÉM DRENO HEMOVAC E CURATIVO EM MSD, RELATA ALGIAS LOCAL, MEDICADO EM HORÁRIO.

PA=130/80mmHg T=36,8°C FC=82bpm

05HS PACIENTE DORMIU BEM.

DRENO HEMOVAC NÃO HOUE DÉBITO.


LOURDES SILVINO SILVA
COREN 357021



PRESCRIÇÃO.: 1314954 DATA: 21/08/2019 12:00
USUÁRIO....: JGVASCONCELOS
ATENDIMENTO: 3674710 DT NASC: 24/03/1973 (46A 4M 28D)
CONVÊNIO....: SUS - INTERNACAO
PACIENTE....: 481400 - FABIO GOMES DA SILVA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 19/08/2019 07:33 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
UNID. INT...: BLOCO IV LEITO...: ENF 29-4 COBERTURA: ENFERMARIA 6 LEITOS
CID.....: S524 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÔBITO [ULNA] CICLO...: /
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

3674710

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1		RETIRAR DRENO SUCTOR			Agora	[21/08]	12

PROCEDIMENTO DE ALTA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2		ALTA MEDICA					


ALUNO ACADEMICO
CRM: 000000



Paciente: 00481400FABIO GOMES DA SILVA
Atendimento: 03674710

Convênio: SUS -
INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF
29-4
Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Evolução Médica

EVOLUÇÃO - ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA- 21/08/2019

#ID: FABIO GOMES DA SILVA, 46 ANOS

HD: 2º DPO DE SÍNTESE EM ANTEBRAÇO D.

EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE, RESPIRANDO BEM EM AR AMBIENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. ACEITA BEM A DIETA FORNECIDA. REFERE NÃO CONCILIAR BEM O CICLO SONO VIGILIA. NEGA DOR FEBRE, VÔMITO E OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO :ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, CORADO, HIDRATADO, AAA, EUPNÉICO.

- AR: MV+, SRA.

- ACV: RCR, 2T, SS.

- ABD: FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, SVMG, INDOLOR À PALPAÇÃO RHA+.

-EXT: MEMBRO SUPERIOR ENFAIXADO.

CD: ALTA MÉDICA.

Dr. Cassio Murilo da Silva
Ortopedia / traumatologia
CRM - 6002
CPF - 34631348372

ALUNO ACADEMICO
CRM - 000000



Paciente: 00481400FABIO GOMES DA SILVA
Atendimento: 03674710
Unidade: ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO IV, ENF 29-4
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

21/08/19 8:00 PACIENTE ESTAVEL, AFERIDO SINAIS VITAIS, MANTEM DRENO EM MSE, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, REALIZADO CURATIVO EM MID.

PA=120/80mmHg T=35.6°C FC=81bpm

9:00 PACIENTE RECEBEU ALTA MEDICA, RETIRADO DRENO HEMOVC, PELA ENFER: TAMIRES, EM SEGUIDA FOI PARA CASA, ACOMPANHADO POR FAMILIARES.


ERICA RAQUEL MELO DOS SANTOS
COREN=487019

Atendimento: 3674710

Dt Atendimento: 19/08/2019 - 07:33

Dt Alta: 21/08/2019 - 06:55

Paciente: 481400 FABIO GOMES DA SILVA

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 181 ENF 29-4

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: JGVASCONCELOS

CID: S524 FRATURA DAS DIÁFISES DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento de Alta 0408020423 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DIAFISARIA DE AMBOS OS OSSOS DO ANTEB

Observação de Alta

HD: 2º DPO DE SÍNTESE DE ANTEBRAÇO D.

EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE, RESPIRANDO BEM EM AR AMBIENTE. DIURESE E EVACUAÇÃO PRESENTES. ACEITA BEM A DIETA FORNECIDA. REFERE NÃO CONCILIAR BEM O CICLO SONO VIGILIA. NEGA DOR, FEBRE, VÔMITO E OUTRAS QUEIXAS.

EXAME FÍSICO: ORIENTADO EM TEMPO E ESPAÇO, CORADO, HIDRATADO, AAA, EUPNÉICO.

- AR: MV+, SRA.

- ACV: RCR, 2T, SS.

- ABD: FLÁCIDO, DEPRESSÍVEL, SVMG, INDOLOR À PALPAÇÃO RHA+.

-EXT: MEMBRO SUPERIOR ENFAIXADO.



Dr (a) CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

CRM: C6002

x Antonio Carlos

Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



PACIENTE: Fabio Gomes da Silva CONVENIO Sus

LEITO: 29.4 ATENDIMENTO: 3622710 IDADE: 46 PESO: _____

PROCEDIMENTO PROGRAMADO: Fratura do fêmur "MSD"

DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: _____ HORA DO ENCAMINHAMENTO: _____

() ALERGIAS: _____

HÁ RISCO DE GRANDES PERDAS SANGUÍNAS? (Superior a 500 ml)

() SIM () NÃO

() RESERVA DE SANGUE DISPONÍVEL- C H Quantos? _____ () PLASMA -Quantos? _____

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO _____

JEJUM A PARTIR DAS 06:00 HS do DIA 19/8/19

RESERVA DE VAGA EM UTI () DATA: ____/____/____ VAGA EM SETOR () DATA: ____/____/____

COMORBIDADES: () HIPERTENSO () DIABÉTICO () TOSSE () FEBRE () NEOPLASIAS

OUTRAS: _____

() TABAGISTA () FERIDAS/ INFECÇÕES DE PELE- Local _____

() CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO () BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA

() RETIRADA DE ÓRESES, PRÓTESES E ADORNOS () TRICOTOMIA

() SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO () AVALIAÇÃO PRÉ - ANESTÉSICA

() CIRURGIA PRÉVIA. QUAL? _____

EXAMES COMPLEMENTARES E IMAGENS: ☒ ECG () RX DE TORAX () USG () ECO

☒ PARECER CARDIOLOGISTA (RISCO CIRÚRGICO) _____ () USG DOPPLER

OUTROS: RX ante laço

HEMOGRAMA: HB: 11.5 HT: 35.2 LEUCÓCITOS: 9.000 PLAQUETAS: 226

TAP: TEMPO: _____ ATIVIDADE: _____ INR: _____

Na: _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glicemia: 88.1

GRUPO SANGÜÍNEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

ACESSO VENOSO: () AVP () AVC JELCO Nº: _____ MEMBRO: _____ () NÃO POSSUI AV

SINAIS VITAIS: PA: 190/90 PULSO: 82 TEMP: 36.4 FR: _____

DOCUMENTOS ENCAMINHADOS: () INTERNAMENTO + AIH () EXAMES PRÉ-OPERATÓRIO

() SAME Nº _____ OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: duro

COREN _____ () ENFERMEIRO () TEC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: duro



TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÃO DE SANGUE E SEUS DERIVADOS



PACIENTE: <u>Fabio Gomes da Silva</u>	PRONTUÁRIO:
DN: <u>24/03/23</u> ENF/LEITO: <u>29-4</u> - RG: <u>1</u>	ORGÃO EXPEDIDOR:
NOME DA MÃE:	
(☒ PACIENTE () RESPONSÁVEL / REPRESENTANTE LEGAL / GRAU DE PARENTESCO:	
REPRESENTANTE LEGAL:	
NOME:	IDADE:
RG:	ORGÃO EXPEDIDOR:

AUTORIZAÇÃO

Eurlyne Gomes da Silva
ESTANDO EM PLENO GOZO DE MINHAS FACULDADES MENTAIS, AUTORIZO REALIZAR O TRATAMENTO HEMOTERÁPICO, QUE INCLUI A TRANSFUSÃO DE CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, PLASMA, PLAQUETAS E/OU CRIOPRECIPITADO INDICADO PELO (A) DR. (A) _____ CRM _____.

FUI ORIENTADO QUE A TRANSFUSÃO DE SANGUE E SEUS DERIVADOS PODEM TRAZER BENEFÍCIOS, MAS TAMBÉM RISCOS, CAUSANDO REAÇÕES, TAIS COMO FEBRE, CALAFRIOS, ALERGIAS, PROBLEMAS PULMONARES E CARDIACOS. ESTOU CIENTE DE QUE, MESMO COM A REALIZAÇÃO DE TODOS OS EXAMES SOROLÓGICOS PREVISTOS EM LEI (PORTARIA Nº1353, DE 13 DE JUNHO DE 2011 E RDC Nº 57, DE 16 DE DEZEMBRO DE 2010), PARA GARANTIR A SEGURANÇA TRANSFUSIONAL, VOU ME SUBMETER A UM RISCO MÍNIMO DE ADQUIRIR ALGUMA DESSAS DOENÇAS INFECCIOSAS APÓS A TRANSFUSÃO DE SANGUE E SEUS COMPONENTES, COMO HEPATITE B e C, HIV, CHAGAS, SÍFILIS E HTLV. EU TAMBÉM CONCORDO QUE ESTE TERMO DE CONSENTIMENTO PARA TRANSFUSÃO DE SANGUE E SEUS DERIVADOS POSSA SERVIR PARA A REALIZAÇÃO DE TRANSFUSÕES ADICIONAIS QUE SEJAM NECESSÁRIAS NO TEMPO EM QUE PERMANECER NESTA HOSPITALIZAÇÃO. CERTIFICO QUE ESTE TERMO FOI EXPLICADO E LIDO PARA MIM E ME FAÇO CIENTE DO SEU CONTEÚDO, AUTORIZANDO A REALIZAÇÃO DO PROCEDIMENTO.

AUTORIZAÇÃO

BARBALHA, CE 19 DE Aberto 20 19

HORA: _____ H

Fabio Gomes da Silva
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

REVOGAÇÃO

BARBALHA, CE _____ DE _____ 20 _____

HORA: _____ H

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Protocolo de Admissão

Data: 21/08/2019 09:16:01

Paciente : 00481400 - FABIO GOMES DA SILVA
Atendimento : 03674710
Unidade : ENFERMARIA 6 LEITOS
Médico : CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio : SUS - INTERNACAO
Leito : , BLOCO IV, ENF 29-4
Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

PROTOCOLO DE ADMISSÃO

Procedência: PS Acomp. ☐ Sim ☒ Não

Idade :

PROCEDIMENTO	DATA	TROCA	TROCA	TROCA	TROCA	RETIRADO
Acesso venoso central						
Acesso venoso periférico	19/08					21/08
Cateter: Diálise						
PICC						
Port-a-Cath						
Umbilical						
Drenos: Penrose						
Tubular						
Keer						
Hemovac	19/08					21/08
Torácico						
Black						
Percutâneo						
Ferida Operatória						
Hemotransusão: Plasma						
Plaquetas						
Hemáceas						
Intubação Orotraqueal						
Lesão por pressão: Estágio 1						
Estágio 2						
Estágio 3						
Estágio 4						
Não Estadiada						
Lesão Assoc. Dermatite (DAI)						
Lesão Assoc. Adesivo						
Lesão em dobras (DIT)						
Lesão de Pele Diversas						
Ostomia para alimentação:						
☐ Gastro ☐ Jejuno						
Ostomia para eliminação:						
☐ Colo ☐ Ilio ☐ Uro						
Oxigenoterapia: Cateter Nasal						
Masc. Venturi						
VNI						
Macronebulização						
Pressão Arterial Média - PAM						
Pressão Venosa Central - PVC						
Pressão Intra Abdominal - PIA						
Sonda: Orogástrica						
Nasogástrica						
Nasoenteral						
Sonda Vesical de Demora						
Traqueostomia						

OBSERVAÇÃO:



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Paciente Fabio Gomes da Silva Bloco 11/
Leito 29-11 Atendimento 3674710

Pelo presente termo, Eu, Fabio Gomes da Silva

(☒) Paciente () Responsável pelo paciente

Autorizo a realização do(s) seguinte(s) procedimento(s) invasivo(s) e/ou cirurgia(s):

1. A proposta do procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que serei submetido(a), seus benefícios, riscos, complicações potenciais e alternativas me foram explicadas claramente. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas satisfatoriamente. Entendo que não exista garantia absoluta sobre os resultados a serem obtidos.

2. Autorizo qualquer outro procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia, incluindo transfusão de sangue e hemoderivados, em situações imprevistas que possam ocorrer e necessitem de cuidados diferentes daqueles inicialmente propostos.

3. Autorizo que qualquer órgão ou tecido removido cirurgicamente seja encaminhado para exames complementares, desde que necessário para o esclarecimento diagnóstico ou tratamento.

4. Para as cirurgias **NEUROLÓGICAS** os possíveis riscos são: cegueira, surdez, perda da fala (afasia), paralisias de uma parte ou do corpo todo (paraplegia, hemiplegia, quadriplegia), perda de sensibilidade, alterações da consciência, coma e até o risco de morte.

5. Confirmando que recebi explicações, li, compreendi e concordo com os itens acima referidos e que me foi dada a oportunidade para anular quaisquer espaços em branco, parágrafos ou palavras com os quais não concordasse.

Nome Legível: _____

Assinatura: Fabio Gomes da Silva

Grau de Parentesco: _____ RG: _____

Testemunha 1: _____ RG: _____

Testemunha 2: _____ RG: _____

Barbáha, ____/____/____ Hora: ____:____

Deve ser Preenchido pelo médico

Expliquei todo o procedimento, exame, tratamento e/ou cirurgia a que o paciente acima referido está sujeito, ao próprio paciente e/ou seu responsável, sobre os benefícios, riscos e alternativas, tendo respondido às perguntas formuladas pelos mesmos. De acordo com o meu entendimento, o paciente e/ou seu responsável, está em condições de compreender o que lhes foi informado

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, Fabio Gomes da Silva Identidade Nº _____

responsabilizo-me por acompanhar o paciente acima após o procedimento cirúrgico ambulatorial realizado no Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, até sua residência.

Barbáha, ____/____/____ Hora: ____:____ Assinatura: _____



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA
TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA PROCEDIMENTOS ANESTÉSICOS

Leia atentamente o seu Boletim de Informação sobre Anestesia e caso tenha dúvidas, contate com seu anestesiológico o mais breve possível.

Paciente Fátima Gomes da Silva Bloco 11
Leito 21-4-9 Atendimento 20/07/10

1. Por determinação explícita de minha vontade e em consideração ao meu interesse pessoal, eu,

() Paciente () Responsável pelo paciente, por este termo, autorizo o Dr. _____

CREMEC _____ e todos os demais profissionais vinculados ao Serviço de Anestesiologia do Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, a realizar procedimentos necessários para a realização da cirurgia a qual, no momento, me proponho a realizar.

2. Foi claramente exposto a mim que as condutas propostas serão conduzidas de acordo com princípios éticos básicos de respeito pelo ser humano, da maximização de benefícios e minimização de danos ou prejuízos esperados e pela obrigação de tratamento moralmente certo e adequado, buscando sempre dar a cada um aquilo que é de direito.

3. Por decisão voluntária, tomada após um processo informativo e deliberativo sobre a natureza, consequências e riscos dos procedimentos a serem realizados, aceito o fato de que qualquer procedimento anestésico poderá necessitar de procedimentos complementares, apesar dos cuidados, esforços e perícia dos profissionais responsáveis envolvidos bem como, em princípio, não existem anestésias mais ou menos simples, pois todas representam, embora de forma relativa, risco de morte ou complicação temporária / permanente.

4. Os seguintes pontos me foram esclarecidos:

Poderá ocorrer dor de garganta, fraturas nos dentes, dor de cabeça, dores lombares, tonturas, dificuldade respiratória, transtornos de comportamento afetivo e memória, dor nos locais de acesso venoso, ardência nos olhos, úlceras de córnea, frio, tremores, áreas com falta de sensibilidade por vícios de postura ou após a realização de bloqueios, que poderão ser parciais ou totais por um período indeterminado de tempo e, mesmo raros, poderão ser permanentes.

5. Aceito o fato de que o tabagismo, o uso de álcool ou de drogas ilícitas são fatores que, embora não impeçam a realização de anestésias, podem determinar a incidência maior das complicações descritas acima.

6. Reconheço que, durante o curso do ato anestésico, existem aspectos que não podem ser previamente identificados e, por isso, eventualmente necessitam procedimentos adicionais e diferentes dos inicialmente programados e combinados. Por isto, estou ciente e autorizo o médico anestesiológico responsável a realizar qualquer técnica ou tratamento necessário para a condução do ato anestésico.

7. Concordo em cooperar com os médicos responsáveis pelo meu tratamento até o meu reestabelecimento completo, aceitando e observando as determinações que me forem recomendadas, verbalmente e/ou por escrito, pois assim não o fazendo poderei provocar a frustração dos fins desejados.

8. Autorizo o registro em prontuário médico dos procedimentos necessários para a realização da anestesia proposta, sendo que todas as informações serão mantidas em estrito sigilo e divulgadas apenas àqueles que necessitem ou tem direito legal às mesmas.

Paciente/ Responsável

Assinatura Fátima Gomes da Silva

Testemunha
Assinatura

Testemunha
Assinatura

Médico Anestesiológico

Barbalha - CE, ____ de ____ de 20 ____

- ESTE DOCUMENTO DEVE FAZER PARTE DO PRONTUÁRIO MÉDICO DO PACIENTE -



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3666291
481400 - FABIO GOMES DA SILVA
Paciente.....:
Solicitante.....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: PARTICULAR - PLANO FUNERARIO
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido....: 912949
Idade.....: 46a 5m 6d
Atendido.: 08/08/2019
Laudado...: 08/08/2019

RX DIGITAL DO ANTEBRAÇO DIREITO

ACHADOS:

Partes moles sem alterações radiológicas.

Fratura completa no terço médio do rádio.

Interlinhas superfícies articulares íntegras.

Não se observa luxação.


MED. IMAGEM
Dr. Gustavo Sarinva Campos
RADIOLOGISTA
CRM - 6782



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3674710
481400 - FABIO GOMES DA SILVA

Pedido...: 914906
Idade.....: 46a 5m 6d

Paciente.....:
Solicitante.....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - INTERNACAO
Bloco.....: BLOCO IV - CLIN MEDICA

Atendido.: 19/08/2019
Laudado...: 19/08/2019

RX DIGITAL DO ANTEBRAÇO DIREITO (02 INC.)

ACHADOS:

Controle de fratura no terço médio do rádio fixada por placa e parafusos metálicos.

MEDIMAGEN
Dr. Gustavo Saraiva Campos
RADIOLOGISTA
CRM - 8782



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão: 03/07/2019

Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro: SCOSTA

Paciente: 481400 Idade: 46 Anos / 3 Meses / 9 Dias
Nome do Paciente: **FABIO GOMES DA SILVA** Data Nascimento: 24/03/1973
Sexo: MASCULINO Estado Civil: SOLTEIRO Religião:
Profissão: MOTOCICLISTA Naturalidade: JUAZEIRO DO NORTE
Endereço: SÍTIO BARRO VERMELHO Número: 0
Bairro: RURAL Cidade: BARBALHA
CEP: 63180000 Telefone:
Identidade: 20161055251 CPF: 69266905372 CNS: 704204285644180
Nome da Mãe: ADERITA GOMES DA SILVA
Nome do Pai:
Profissão Declarada: MOTOCICLISTA

Dados do Responsável

Nome: JOSE GOMES DA SILVA Parentesco: IRMAO Fone:
Endereço: SÍTIO BARRO VERMELHO Número: 0
Complemento: CEP: 63180000

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Número: **3637940** Data: 03/07/2019 Hora: 15:53:23

3637940

Origem: INTERNACAO Tipo: INTERNACAO CIRURGICA URG
Unidade de Internação: BLOCO I Leito: ENF L8-2

Médico do Atendimento: 570 CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
Conselho: CRM -C6002 Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG CPF: 34631348372

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO Plano: PLANO UNICO
Cadeira: Guia: Dias Autorizados: Horas Autorizadas:
Acomodação: APARTAMENTO SIMPLES

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
CID: S822 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
Procedimento principal: 0408050500
Local de Procedência:

Motivos

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002

Jose Gomes da Silva
Paciente/Responsável



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2564211
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES
HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO	2564211

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente	6 - Nº Prontuário			
FABIO GOMES DA SILVA	481400			
7 - Cartão Nacional do SUS	8 - Data de Nascimento	9 - Sexo	10 - Raça/Cor	10.1 - Etnia
704204285644180	24/03/1973	☒ Masculino ☐ Feminino	03 - Parda	0000 - Não Se Aplica
11 - Nome da Mãe	12 - Telefone de Contato			
ADERITA GOMES DA SILVA	8899202417			
13 - Nome Responsável	14 - Telefone de Contato			
JOSE GOMES DA SILVA				
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)	17 - IBGE	18 - UF	19 - CEP	
SITIO BARRO VERMELHO, 0 - RURAL	230190	CE	63180000	
16 - Município				
BARBALHA				

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos	21 - Condições que justificam a internação	22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas	23 - Diagnóstico Inicial / Código	24 - CID 10 Principal	25 - CID 10 Secundário	26 - CID 10 Causas Associadas
	Do	MDA + R	700 em fibr	S-827		

Dr. Antônio Helton Viana de Brito
Diretor Técnico
CRIMMEX 6034
CPF 430.571.113-72

PROCEDIMENTO SOLICITADO

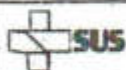
27 - Descrição do Procedimento Solicitado	28 - Código do Procedimento		
Res. e tr. - traq. endoscópico de base da digestão da tórax	0408050500		
29 - Especialidade	30 - Caracter de Atendimento	31 - Documento	32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
Endoscopia		(X) CNS () CPF	128368744590001
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente	34 - Data da Solicitação	35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)	C6002
CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)	03/07/2019		

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Bilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeiro			
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 (AIH)
	M230190101	
48 - Documento	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador	
() CNS () CPF		
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE MUDANÇA DE PROCEDIMENTO E DE PROCEDIMENTO(S) ESPECIAL(AIS)

Folha
1/2

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

2 - CNES

2564211

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

4 - CNES

2564211

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Fabio Gomes da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

8 - DATA DE NASCIMENTO

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fm. ☒ 2

10 - RAÇA/COR

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

11 - NOME DA MÃE

Adelino Gomes da Silva

12 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

Adelino Gomes da Silva

14 - TELEFONE DE CONTATO

DDD 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Bom Jardim, Várzea

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Barcelos

17 - CDD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - NÚMERO DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

MODIFICAÇÃO DE PROCEDIMENTO

21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - ANTERIOR

22 - CDD. DO PROCEDIMENTO - ANTERIOR

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO - MUDANÇA

24 - CDD. DO PROCEDIMENTO - MUDANÇA

25 - DIAGNÓSTICO INICIAL

26 - CID 10 PRINCIPAL

27 - CID 10 SECUNDÁRIO

28 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

SOLICITAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

29 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

30 - CDD. DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

31 - SOLICITAÇÃO DE DIÁRIA DE UTI E/OU DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE ACOMPANHANTE



DIÁRIA DE UTI TIPO I



DIÁRIA DE UTI TIPO II



DIÁRIA DE UTI TIPO III

32 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

33 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

34 - QTD.

35 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

36 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

37 - QTD.

38 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

39 - CDD. DO PROCEDIMENTO ESPECIAL

40 - QTD.

41 - JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Paciente com fratura necessitando de cirurgia

PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

43 - DATA DA SOLICITAÇÃO

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

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

() CNS () CPF

L.P.



03/07/2019
Data de Emissão

Ficha de Anamnese de Internação

Unidade Prestadora : HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

SENHA :

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro : SCOSTA
Usuário do Atendimento : LJUNIOR

Nome : **FABIO GOMES DA SILVA**

Paciente : 481400

Atendimento

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 24/03/1973

Idade: 46 Anos / 3 Meses / 9 Dias



3637940

Nome da Mãe : ADERITA GOMES DA SILVA

Nome do Pai:

Endereço : SÍTIO BARRO VERMELHO

Número : 0

Bairro : RURAL

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180000

Telefone :

Profissão Declarada : MOTOCICLISTA

Dados do Atendimento

Data : 03/07/2019

Hora : 15:53:23

Convênio: SUS - INTERNACAO

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

SAME : 3315396

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Unidade : BLOCO I

Leito : ENF L8-2

Fabio Gomes da Silva
Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

Historia da doença atual:

trauma em tibia

Antecedentes:

I.S.

Exame Físico...

Dr

Hipótese Diagnóstica:

trauma em tibia @

Diagnóstico Definitivo:

0 mm

Alta em: 10/07/19

Condições de Alta:



CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULC

Data de Emissão 03/07/2019

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Usuário do Cadastro :

SCOSTA

Nome : FABIO GOMES DA SILVA

Unidade : BLOCO I

Identidade : 20161055251

Leito : ENF L8-2

Paciente : 481400

CPF : 69266905372

Atendimento



363794

Nome da Mãe : ADERITA GOMES DA SILVA

Dados do Responsável

Nome : JOSE GOMES DA SILVA

Parentesco : IRMAO

Fone :

Endereço : SITIO BARRO VERMELHO

Número : 0

TERMO DE RESPONSABILIDADE - MAIOR E CAPAZ

1- Disposições gerais:

a) O presente termo dispõe sobre direitos e deveres recíprocos entre o paciente, o profissional de saúde responsável pelo seu tratamento e o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo, tendo como base o Código de Ética Médica e o Código de Defesa do Consumidor.

b) O Hospital Maternidade São Vicente de Paulo é uma instituição filantrópica de assistência social que mantém convênio com a Universidade Federal do Ceará e com a Universidade Regional do Cariri - URCA para dar apoio às suas atividades de ensino. O seu Corpo Clínico é composto por Médicos, Professores de Medicina e seus aprimorandos.

2- Dos deveres e salvaguarda de direitos:

a) O paciente será tratado por meios adequados e disponíveis, devendo a relação mútua entre profissionais da saúde e paciente ser baseada na dignidade e no respeito.

b) O profissional de saúde tem garantida a sua autonomia ao indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas reconhecidamente aceitas.

c) O médico informará ao paciente, de forma clara e em linguagem acessível, sobre o seu estado de saúde, diagnóstico, tratamento e evolução provável de sua doença.

d) Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos serão executados com a prévia concordância do paciente, após ter sido esclarecido quanto aos seus riscos e benefícios;

e) Quando houver discordância quanto à aplicação de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, esta deverá ser registrada no prontuário do paciente.

f) O paciente tem o direito de revogar o seu consentimento a qualquer tempo, por decisão livre, consciente e esclarecida, sem que lhe sejam imputadas sanções morais ou legais.

g) No caso de revogação do consentimento, o paciente se manifestará por escrito ou na presença de duas testemunhas, devendo este termo ser arquivado junto ao seu respectivo prontuário.

h) Quando o paciente se recusar a aceitar os métodos diagnósticos e terapêuticos propostos e deixar o Hospital cessarão para o médico e para a instituição quanto às consequências que este fato trazer.

3- Da incapacidade:

a) No caso do paciente, durante o tratamento, tornar-se incapaz de tomar decisões sobre sua saúde, desde já ficará responsável como seu REPRESENTANTE INDICADO para representá-lo junto à Instituição e Corpo Clínico.

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____

b) O Representante Indicado será a pessoa de confiança do paciente, podendo ser seu parente ou não, cabendo ao paciente a sua notificação sobre esta indicação.

c) Em caso de iminente risco de vida ou de perda da qualidade de vida, encontrando-se o paciente incapacitado de tomar decisões (e na ausência do seu Representante Indicado) o médico estará autorizado a adotar as condutas que achar necessárias para resguardar a sua saúde.

d) Estando ausente o médico assistente do paciente e ocorrendo eventos que coloquem em risco a sua saúde a Instituição lhe garantirá a assistência emergencial necessária através dos seus médicos plantonistas.

4- Do Prontuário:

a) Conforme preceituam as normas em vigor o Prontuário do paciente será elaborado de forma legível, completa e atualizada. O seu manuseio será permitido apenas pelos profissionais envolvidos no seu atendimento, ressaltando-se o sigilo ético sobre as informações ali contidas.

b) Cabe à Instituição a guarda do prontuário pelo tempo previsto em lei.

c) O paciente tem o direito de obter relatório contendo informações registradas no seu prontuário, mediante solicitação prévia e por escrito ao Setor de Arquivo Médico e Estatística;

d) O paciente tem garantida e respeitada a confidencialidade sobre seus dados pessoais e clínicos, podendo serem revelados apenas com sua autorização, salvo em casos de imposição legal.

5- Disposições Finais.

a) Após a alta médica o paciente deverá deixar as dependências do Hospital no prazo de até 24 (vinte e quatro horas), após as quais serão adotadas as medidas legais cabíveis.

b) O atendimento eletivo será prestado nos limites e dentro das regras do convênio a que pertença o paciente, fora dos quais o paciente e seus familiares ficarão responsáveis pelo ressarcimento ao Hospital.

O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME

Barbilha-CE, ____/____/____

PAC. OU RESP.:

NY S. GOMES DA SILVA

Data da Alta: ____/____/____

Assinatura _____

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 104473
Paciente : 481400
Convênio Atend. : 1
Leito : 255
Dt. Início : 08/07/2019 14:35
Cid Pré-Operatório : S822
Cid Pós-Operatório :
Sala : 0004
FABIO GOMES DA SILVA
SUS - INTERNACAO
ENF 8-2
Dt. Fim : 08/07/2019 16:40
FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA
SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)
Atendimento : 3637940
Carteira :
Idade : 46 Anos 17 Dias 10 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0408050500
Convênio: 001
Anestesia: 05
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (PRINCIPAL)
SUS - INTERNACAO
RAQUI ANESTESIA

Equipe Médica

CIRURGIAO
ANESTESISTA
6002 CASSIO MURILO DA SILVA
9238 FRANCISCO DAS CHAGAS LUNA DANTAS

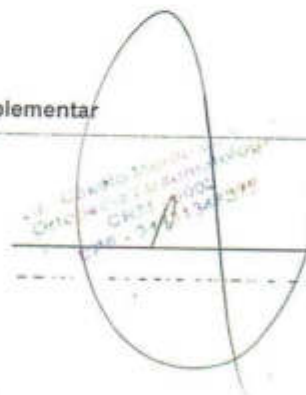
Descrição

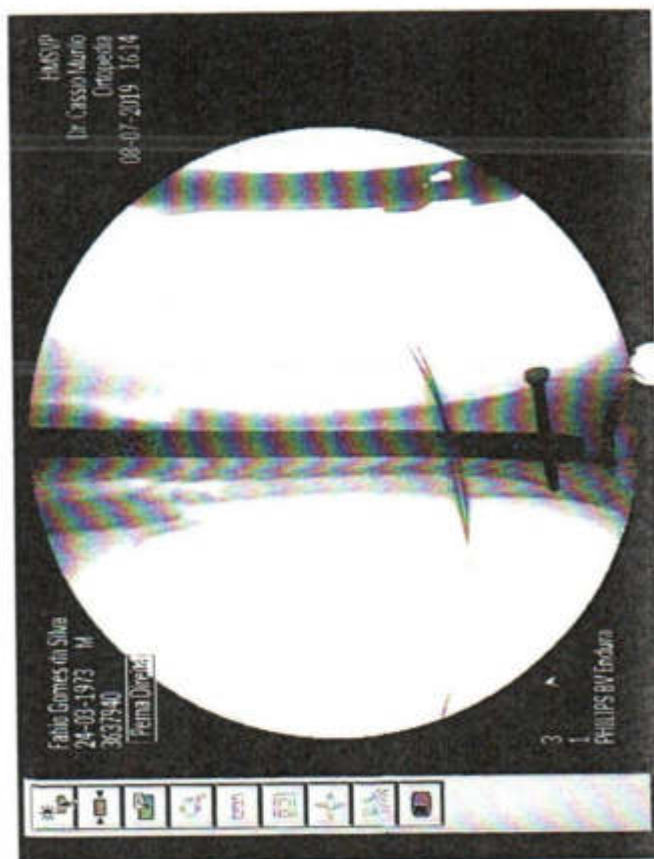
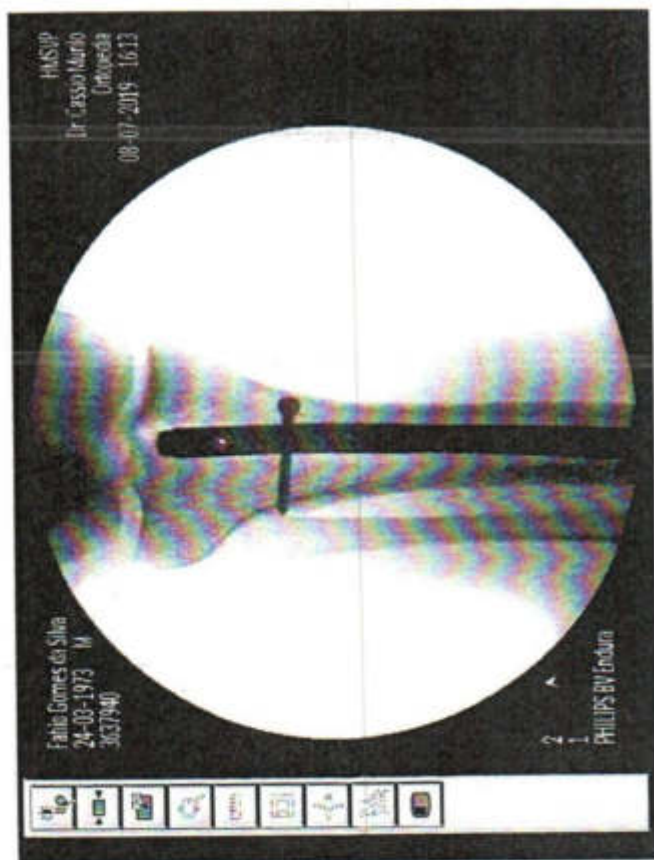
Descrição Cirúrgica :

- PC EM DECUBITO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISSEPSIA
- APOSIÇÃO DE CAMPOS
- ABORDAGEM PARA PATELAR INTERNO
- FRESAGEM MANUAL
- INTRODUÇÃO DE FIO GUIA GUIADO POR RADIOSCOPIA
- FRESAGEM A MOTOR
- INTRODUÇÃO DE HASTE INTRA MEDULAR
- BLOQUEIO DISTAL E PROXIMAL
- CERCLAGEM
- SINTESE POR PLANOS
- CURATIVO
- CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar







ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: <u>Ítalo Gomes Da Silva</u>		ATENDIMENTO: <u>3637940.</u>	
Admissão no centro cirúrgico			
DATA: <u>08/07/2019</u>	HORÁRIO: <u>14:30</u>	Procedência: ☒ Enfermaria () Externo () UTI () Apto. () Joutro	
Prótese dentária: ☒ não () sim:		Adornos: ☒ não () sim:	
Jejum: () não () sim: desde as <u> </u> h		Roupa íntima: ☒ não () sim:	
Procedimento Realizado: <u>Sutura de tibia D.</u>			
Evolução na Sala Operatória			
Punção venosa: ☒ veia periférica JELCO Nº: <u>18</u> () A.V.C () dissecação venosa LOCAL:			
Posição para cirurgia: () Ginecológica () Litotômica ☒ D.Dorsal () D.Ventral () D.Lateral D/E			
Sonda Vesical: ☒ não () sim Tipo: () demora () alívio Número: <u> </u> Presença diurese: () não () sim			
Placa Bisturi: ☒ não () sim Local: () panturrilha D/E () dorso ombro D/E () coxa D/E			
Anestesia: ☒ Bloqueio Qual: <u>Raque</u> () Geral () Sedação () Local			
HF**OTRANSFUSÃO ☒ não () sim C.H () PLASMA FRESCO () PLAQUETAS ()			
Drenos: ☒ não () sim Tipo: () Tórax D/E () tubular/laminar () penrouse () Kher () sucção () outros			
COMPRESSAS OFERECIDAS: () não () sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: () não ☒ sim:	
GRANDES: <u>20</u>	PEQUENAS: <u>-X-</u>	GRANDES: <u>10</u>	PEQUENAS: <u>-X-</u>
CIRURGIA: INÍCIO: <u>14:30 h</u>		TÉRMINO: <u>16:45 h</u>	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS		VIA	DOSE
1. <u>Cefazolina</u>		<u>E.v.</u>	<u>2g</u>
2. <u>ondansetona</u>		<u>E.v.</u>	<u>4mg</u>
3. <u>dexametasona</u>		<u>E.v.</u>	<u>6mg</u>
4. <u>dipirona</u>		<u>E.v.</u>	<u>2g</u>
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
HGT			
Encaminhado peça para exame: ☒ não () sim: qual:			
INTERCORRÊNCIAS: <u>Não</u>			
Alta da sala operatória as: <u>17:00 h</u> Destino: () RPA () UTI AD. () UTINEO () UTIPED ☒ Enfermaria () Apto. () Necrotério			
<u>M. Siqueira</u> CIRCULANTE DA SALA - ASS./COREN		<u>Adriano</u> INSTRUMENTADOR - ASS./COREN	
Recuperação Pós - Anestésico - RPA			
Admissão: nível consciência: () acordado () sonolento () acorda quando chama () dormindo () TOT			
Queixas: () sem queixas			
Respiração: () ndn () com necessidade de suplementação O ₂			
Local cirúrgico: () ndn () alterado			
SNG: () não () sim SNE: () não () sim Sonda Vesical Demora: () não () sim			
Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: () não () sim Qual: () uso O ₂ l/min			
ESTOMA: () não () sim: ASPECTO:			

58.284



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

Av. Cel. João Coelho, 299 Fone: (88) 3532 - 7100

CNPJ:03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: 3637940 Cliente: Fabio Gomes Da Silva
Idade: 46 ASA: I Data: 08.07.19
Clínica: Bloco I Quarto: 8-2 Categoria: Sus.
Cirurgião: Dr. Cassio Muniz
Diagnóstico: _____
Procedimento realizado: C Síntese de tibia

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

Cx. Peq. Cirurgia

RESP. PREPARO:

Paula

DATA ESTERILIZAÇÃO:

02-07-19

NÚMERO DO LOTE:

A1050207191809

DATA DO USO:

08-07-19

HORA:

14:30 as 16:45

S.O.

C.

CIRURGIÃO:

Dr. Cassio Muniz

OBS:

Eletora

55.937

~~CX HASTE BLOQ. TIBIA-TRAUMABONE~~

~~Lote: A1030507191566~~

~~Cx. Peq. Cirurgia~~

~~A1050207191809~~

~~33 P. C. Paulo~~
~~Marcelo~~



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AV. CER. JOÃO COELHO, 299 FONE: (68) 3532 7100
CNPJ: 08.284.505/0001-13

Entrada: 14:20
Saída: 17:00

caixa: 1

peg. cirurgia
CUSTO DE SALA

Atend.: 3637920
Pac.: 481400

NOME DO PACIENTE: Paulo Gomes da Silva
DATA: 08/04/99 INÍCIO: 14:30 TERMINO: 16:45
CIRURGIA: Catelectomia de fíbula D.

CONVÊNIO: SCS

MATERIAIS		QUANT.		MATERIAIS		QUANT.		CÓDIGO CIRURGIA PRINCIPAL:		SOLUÇÕES		SALA: 1		QUANT	
UNID	ML	UNID	ML	UNID	ML	UNID	ML	UNID	ML	UNID	ML	UNID	ML	UNID	ML
Agua Oxigenada				Gorro Descartável				UNID	08	Agua Destilada		UNID		UNID	
Agulha Descartável 3x17	02	40x1x1	01	Intracath				UNID		Agua Destilada		UNID		UNID	
Agulha Descartável 25x2	02			Irigoplas (Equipo 4 vias)				UNID		Soro Fisiológico 500 ML		UNID		UNID	
Agulha Peridural (Perifix)				Lâmina p/ Ercerto				UNID		Clorexidine Alcolica		UNID		UNID	
Agulha p/ Raqui	01	(Nº 26)		Lâmina bisturi				UNID		Clorexidine Degermiante		UNID		UNID	
Agulha Stimuloplex				Ligatip (Clip de Video)				UNID		Etar		UNID		UNID	
Alcool Etílico				Luvas Descartáveis 4				UNID		Formol 10%		UNID		UNID	
Algodão Hidrófilo	30	PI 000020		Máscara Descartável				UNID		Povidone		UNID		UNID	
Algodão Ortopédico	03			Perfusor Set				UNID		Vaselina Líquida/Pomada		UNID		UNID	
Arruela de Mont/Eletrodo	04			Plastibél				UNID		Xylocaina Spray		UNID		UNID	
Atadura de Crepon 15	05			Placa de Bisturi Descartável				UNID		Xylocaina Geléia		UNID		UNID	
Atadura Gessada 1	02			Propies/Bolais Descartáveis				UNID		FIOS CIRURGICOS		UNID		UNID	
Bolsa de colostomia				Scalp				UNID		Calgut (Simples/Cromado)		UNID		UNID	
Cânula Endotraqueal				(Armadada)				UNID		Ethilon (Nylon Duplo)		UNID		UNID	
Cânula Endotraqueal				(Nº)				UNID		Policot		UNID		UNID	
Catelect Duplo J				Seringa Perifix				UNID		Policot		UNID		UNID	
Catelect p/ Oxigênio				Seringa Descartável 1ml				UNID		Prolene		UNID		UNID	
Catelect Jato				Seringa Descartável 3ml				UNID		PDS II		UNID		UNID	
Catelect Peridural	01			Seringa Descartável 5ml				UNID		Mononylon 3.0 137L		UNID		UNID	
Catelect Duplo/Mono Lúmen	02			Seringa Descartável 10ml				UNID		Monocryl		UNID		UNID	
Capa de Video				Seringa Descartável 20ml				UNID		Vicryl 3 + 375		UNID		UNID	
Caneta de Bisturi Descartável				Seringa Descartável 60ml				UNID		APARELHOS/IG. MEDICINA		UNID		UNID	
Compressa Cirúrg. Pequena				Sonda Gástrica				UNID		Aparelho p/ Stimuloplex		UNID		UNID	
Compressa Cirúrg. Grande	05			Sonda p/ Gastrostomia				UNID		Ap. Videolaparoscópico		UNID		UNID	
Coloneta / Cotonóide				Sonda Uretral				UNID		Aspirador Cirúrgico		UNID		UNID	
Cord Clamp				Sonda Naso enteral				UNID		Bomba Infusão/ Seringa		UNID		UNID	
Coletor de Urina Simples				Sonda Foley 2 vias				UNID		Berço Aqueroso		UNID		UNID	
Coletor Urina S. Fechado				Sonda Foley 3 vias				UNID		Bisturi elétrico		UNID		UNID	
Curativo IV FIX				Surgeol				UNID		Capnógrafo		UNID		UNID	
Extensor Fix (60/120 cm)	01			Translumo bomba de infusão				UNID		Int. de Imagem/ Arco Cirúrg.		UNID		UNID	
Dreno de Tórax				Transofix				UNID		Monitor Multiparamétrico		UNID		UNID	
Dreno Sucção / Penrose				Traqueostomia				UNID		Gas Carbonico		UNID		UNID	
Equipo Simples/Inj. lateral				Tree-way / Dupla via				UNID		Ar Comprimido - l/min		UNID		UNID	
Equipo p/ Sanguie	01			HA SCS CALCULADO 30				UNID		Oxigênio - l/min		UNID		UNID	
Espandrapo				HA SCS INTRUM. BLOQUEIA 10x340mm = 0				UNID		Oxido Nitroso - l/min		UNID		UNID	
Espandrapo Microporo	40			HA SCS INTRUM. BLOQUEIA 10x340mm = 0				UNID				UNID		UNID	
Escova Descartável				HA SCS INTRUM. BLOQUEIA 10x340mm = 0				UNID				UNID		UNID	
Gaze 7,5x7,5	05			HA SCS INTRUM. BLOQUEIA 10x340mm = 0				UNID				UNID		UNID	
Gedfram	50			HA SCS INTRUM. BLOQUEIA 10x340mm = 0				UNID				UNID		UNID	

CIRURGIÃO (A) DR. Carlos Mendes
1º AUXILIAR DR. Carlos Mendes
2º AUXILIAR DR. Carlos Mendes

ANESTESISTA: DR. Thiago
PEDIATRA:
INSTRUMENTADOR (A): Colnaldo

CIRCULANTE: Nunes + Faisman
BERÇARISTA:
TEC. RADIOLOGIA: Colnaldo + Faisman



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Sistema de Emissão de Laudos - Laboratório de Análises Clínicas
C.N.P.J 03.284.505/0001-13



Atendimento: 3637940
Paciente: 481400 FÁBIO GOMES DA SILVA
Nome da Mãe: ADERITA GOMES DA SILVA
Solicitante: ALUNO ACADÊMICO
Convênio: SUS - INTERNAÇÃO

Pedido: 811818
Idade: 464 An 15d
Atendido: 04/07/2019
Laudos: 04 de 04/07/2019
Bloco: 811818 - 04/07/2019

HEMOGRAMA

Liberado em: 04/07/2019 - 10:39:21

ERITROGRAMA

Hemácias 4,48 milhões/mm³
Hemoglobina 11,5 g/dL
Hematócrito 35,2 %
VCM 78,6 fL
HCM 25,7 pg
CHCM 32,7 g/dL
RDW 14,2 %

Valores de referência

4,50 - 5,50 milhões/mm³
12,0 - 16,0 g/dL
41,0 - 53,0 %
80,0 - 100,0 fL
26,0 - 34,0 pg
31,0 - 37,0 g/dL
10 - 16 %

Observações: Hemácias normocíticas e normocromas.

LEUCOGRAMA

Leucócitos 9.000/mm³
% /mm³
Neutrófilos 74 6.660
Linfócitos 23 2.070
Bastões 1 90
Eosinófilos 1 90
Basófilos 0 0
Linfócitos Típicos 19 1.710
Linfócitos Reativos 0 0
Monócitos 6 540
Promielócitos 0 0
Mielócitos 0 0
Metamielócitos 0 0
Plaquetas 0 0

Valores de referência

5.000 - 11.000 /mm³

% /mm³
40 - 70 2.000 - 7.000
40 - 70 2.000 - 7.000
0 - 4 100 - 400
0 - 2 100 - 400
0 - 4 200 - 800
0 - 1 100 - 400
0 - 1 100 - 400
0 - 1 100 - 400
0 - 1 100 - 400
0 - 1 100 - 400

Observações: Neutrofilia e linfopenia relativas. Presença de alguns neutrófilos hipergrânulosos.

CONTAGEM DE PLAQUETAS

Plaquetas 226 mil/mm³

Valores de referência

150 - 450 mil/mm³

Observações: Plaquetas morfologicamente normais.

Material: Sangue total com EDTA.

Exames anteriores

Hemácias
Hemoglobina
Hematócrito
Leucócitos
Plaquetas

Assinado e liberado eletronicamente por:

Dr. ANTONIO DE LIMA
CRM: 1000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Sistema de Emissão de Laudos - Laboratório de Análises Clínicas
C.N.P.J 03.284.505/0001-13



Atendimento: 3637940
Paciente: 481400 FABIO GOMES DA SILVA
Nome da Mãe: ADERITA GOMES DA SILVA
Solicitante: ALUNO ACADEMICO
Convênio: SUS - INTERNACAO

Pedido: 811818
Idade: 46a Anos
Atendido: 03/07/2015
Laudos: 04 de Julho de 2015
Bloco: BLOCO I - CLINICA CIRURGICA

CREATININA SÉRICA

1,03 mg/dL

Valores de Referência:

Crianças e Adolescentes 0,20 - 0,90 mg/dL
Adultos 0,40 - 1,30 mg/dL

Método: Cinético

Material: Soro

Resultados Anteriores

GLICEMIA - JEJUM

88,1 mg/dL

Valor de Referência: 65 a 99 mg/dL

Liberado em: 04/07/2015 - 15:11:05

Método: Colorimétrico Enzimático

Material: Soro

Resultados Anteriores

TEMPO DE PROTROMBINA

Valores de referência

TEMPO 15,3 s

70 - 100 %

ATIVIDADE 67,7 %

1,00 - 1,35

I.N.R. 1,25

2,00 - 3,50 Terapia com anticoagulantes orais

Liberado em: 04/07/2015 - 15:11:05

Método: Coagulométrico

Material: Plasma Citratado

Resultados anteriores

Tempo

Atividade

I.N.R.

Assinado e liberado eletronicamente por:

ANTONIO HENRIQUE LEITE
CRM: 0810



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Sistema de Emissão de Laudos - Laboratório de Análises Clínicas
C.N.P.J 03.284.505/0001-13



Atendimento: 3637940
Paciente: 461400 FABIO GOMES DA SILVA
Nome da Mãe: ADERITA GOMES DA SILVA
Solicitante: ALUNO ACADEMICO
Convênio: SUS - INTERNACAO

Pedido: 811818
Idade: 46a 3m 15d
Atendido: 03/07/2014
Laudos: 04 de JULHO de 2014
Bloco: BLOCO 1 - FILIO
CIRURGICA

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

32,80 segundos

Valor de referência: 25 - 40 segundos

Liberado em: 04/07/2014 14:00:00

Método: Coagulométrico
Material: Plasma Citratado

Resultados anteriores

URÉIA SÉRICA

42,2 mg/dL

Valores de Referência:
Crianças e Adolescentes 2 - 36 mg/dL
Adultos 15 - 40 mg/dL

Liberado em: 04/07/2014 14:00:00

Método: Cinético UV
Material: Soro

Resultados anteriores

Assinado e liberado eletronicamente por:


MÉDICO RESPONSÁVEL
12/002 1

25/07/19

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 2016105525 - 1
 DATA DE EMISSÃO: 08/04/2016
 NOME: **FABIO GOMES DA SILVA**
 NOME DO PAI: **CICERO LEANDRO DA SILVA**
 NOME DO MÃE: **ADRIANA GOMES DA SILVA**
 ENDEREÇO: **JUAZEIRO DO NORTE - CE**
 DATA DE NASCIMENTO: **24/03/1973**
 RG: **21324491**
 CPF: **692.669.053-72**
 CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 79575 FOLHA: 143 LIVRO: A-74 JUAZEIRO DO NORTE - CE
 LEI Nº 7.116 DE 2006

PROIBIDO PLASTIFICAR
 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA FEDERAL DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE REGISTRAÇÃO E IDENTIFICAÇÃO

Polegar Direito

Fabio Gomes da Silva
 CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
 Número
692.669.053-72
 Nome
FABIO GOMES DA SILVA
 Nascimento
24/03/1973
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS DEFESAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSMISSÃO
DE ENERGIA ELÉTRICA

CE

VALIDE EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1488555283

NOME
CICERO DANIEL DOS SANTOS SILVA

DOC. IDENTIDADE / OUTRO NOME DO
2001016014110 SSP CE

CPF
010.969.643-33

DATA NASCIMENTO
28/07/1984

PERIÓDO
DOMINGOS ANDRE DA
SILVA
CICERO MARIA DOS
SANTOS SILVA

RESERVAÇÃO
ACC
CELEBR

Nº REGISTRO
04882272497

VALIDADE
13/01/2022

EXPIRAÇÃO
11/02/2010

OBSERVAÇÕES
CMTX;
EAR;

ASSINATURA DO PORTADOR
O *Cicero Daniel dos Santos Silva*

IDM
BARBALHA, CE

DATA EMISSÃO
17/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
1000 Vitor
47910569729
CE158509579

CEARA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597421 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DO RÁDIO DIREITO. P12
FRATURA COMINUTIVA DO TERÇO MÉDIO DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITA. P3/11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E COM HASTE E PARAFUSOS NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. P14/15/29/62
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINA 9 DE OUTRA VÍTIMA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190597421 **Cidade:** Juazeiro do Norte **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: FABIO GOMES DA SILVA **Data do acidente:** 30/06/2019 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA NO TERÇO MÉDIO DO RÁDIO DIREITO. P12
FRATURA COMINUTIVA DO TERÇO MÉDIO DA TÍBIA E DA FÍBULA DIREITA. P3/11

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM PLACA E PARAFUSOS NO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E COM HASTE E PARAFUSOS NO MEMBRO INFERIOR DIREITO. P14/15/29/62
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E NO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR DIREITO E DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações: PÁGINA 9 DE OUTRA VÍTIMA.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um membro superior e de um membro inferior	100 %	Em grau leve - 25 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00