



CAIXA POSTAL | CADASTRO | AJUDA

FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR (Sair)

> Bem-vindo > Peticionamento Eletrônico > Peticionamento E [Acessar nova versão do e-SAJ](#)

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau

MENU

Peticionamento Intermediário - Primeiro Grau



Atenção

- Prezado FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR, todos documentos foram assinados e protocolados com sucesso. O processo foi protocolado com o número **WEB1.20.01334869-8** em **17/07/2020 12:10:20**.
- Não foi possível enviar o e-mail de confirmação. Se necessário, você pode consultar o serviço "Caixa Postal" para conferência.

Orientações

- Após a sua petição ser recebida e encaminhada pelo Tribunal, será possível acompanhar o andamento do processo através da **Consulta de Processos Online** existente no portal.

Peticionante

Nome : FÁBIO POMPEU PEQUENO JÚNIOR

Protocolo

Foro : Fortaleza - Fórum Clóvis Beviláqua
Processo : 0236810-47.2020.8.06.0001
Protocolo : WEB1.20.01334869-8
Tipo da petição : Contestação
Assunto principal : Seguro
Data/Hora : 17/07/2020 12:10:20

Partes

Solicitante : Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

Documentos Protocolados

 Exibindo 3 documentos >> [Exibir todos](#)

Alguns dos documentos peticionados foram segmentados para manter o padrão de tamanho definido pelo Tribunal.

Petição* : 2735803_CONTESTACAO_01 - 1-13.pdf
Procuração/Substabelecimento: SUBSTABELECIMENTO_SUPERVISAO_2018 - 1-2.pdf
Documentação : 2735803_CONTESTACAO_Anexo_02 - 1-10.pdf

Downloads

Anexar documentos : [Realizar download dos documentos da petição](#)
Recibo : [Realizar download do recibo](#)

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA 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):

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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 resíduo patrimonial? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

Carimbo de segurança

Exibindo o **PIN** e o **CVV** no seu cartão

Para controlar o **PIN** e o **CVV**, entre em contato com a sua agência.

Código seguro e aprovado



5090 0035 6750 5205

01/22

5099 7

0070175 0 02 00

VÁLIDO ATÉ

AGÊNCIA

CÓDIGO

DIG. 1

DIG. 2

elo

JOSE AURILO JERONIMO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009413/20

Vítima: JOSE AURILO JERONIMO

CPF: 301.142.173-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AURILO JERONIMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE AURILO JERONIMO : 301.142.173-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/01/2020
Nome: JOSE AURILO JERONIMO
CPF: 301.142.173-00

JOSE AURILO JERONIMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200010354

Cidade: Caridade

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: JOSE AURILO JERONIMO

Data do acidente: 05/02/2019

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: Fratura do maléolo lateral à esquerda com lesão de partes moles associada.

Descrição do exame físico: Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo esquerdo.

Resultados terapêuticos: O periciado apresentou na fase aguda das lesões fratura do maléolo lateral à esquerda com lesão de partes moles associada, conforme documentos de pronto atendimento de 05/02/2019. Como medida terapêutica, restou submetido a tratamento cirúrgico. Atualmente, o estágio clínico demonstra que as lesões consolidaram com sequelas, isto é, existe déficit funcional permanente no tornozelo esquerdo. Inexistem medidas terapêuticas disponíveis, estando as lesões consolidadas.

Sequelas permanentes: Perda funcional, parcial e incompleta do tornozelo esquerdo, em grau intenso, em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 23/01/2020

Conduta mantida:

Observações:

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Total			18,75 %	R\$ 2.531,25

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0009413/20

Vítima: JOSE AURILO JERONIMO

CPF: 301.142.173-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AURILO JERONIMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE AURILO JERONIMO : 301.142.173-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 08/01/2020
Nome: JOSE AURILO JERONIMO
CPF: 301.142.173-00

JOSE AURILO JERONIMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA
CPF: 041.838.663-32

PABLO OLIVEIRA DE MENDONCA

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MÂRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 22/02/2019 10:13:57	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705207408560372	NOME: JOSE AURILO JERONIMO			Registro: 5601715			
CPF: 30114217300	RG: 2006099108938	D. NASC: 01/03/1954	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA ZENEIDE AMORIM			NOME DO PAI: ESPEDITO JERONIMO				
TIPO DE LOGRADOURO: Distrito	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAMPOS BELOS		Nº: S/N	BARRIO: ZONA RURAL			
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: CARIDADE		UF: CE	CEP: 62730000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: JOSE AURILO JERONIMO		PARENTESCO:		TELEFONE: 991507103			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAEB:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista							
OUXUAS: PERDA DE SUBSTÂNCIA NO CALCANHAR, HA 15 DIAS							
OBSERVAÇÕES: PROBL. DE EXTREMIDADES, DOR LEVE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala da Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: SANTA CASA DE CANINDE
Convênio: SUS AMBULATORIO
Dados do Paciente

GUIA:
Usuário do Cadastro: VIRGINIAH
Usuário do Atendimento: FRANCISCO

Nome: JOSE AURILO JERONIMO

Paciente: 57709

Atendimento
1395104

Nome da Mãe: MARIA ZENEIDA AMORIM

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 01/03/1954

Idade: 64 Anos / 11 Meses / 4 Dias

Endereço: RUA CORONEL JOSE SAMPAIO

Bairro: CAMPOS BELO

Cidade: CARIDADE

CEP: 62730000

Telefone:

Número: 248

Dados do Atendimento

Prestador Médico: ANTONIO VALDECI GOMES FREIRE

Data: 05/02/2019

Hora: 21:49:08

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Serviço: CIRURGIA GERAL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: 2006099108838

Queixas:

T:

PA: 160/100

P:

IMACONVIGILANCIA Alérgica: () Sim () Não A que?

Anamnese: *Exposições com o corpo de febre
e com o corpo de febre e febre
Avaliação de risco*

Exame Físico:

*Exatidão: Pouco exposto em um exame,
foi possível com o corpo de febre e febre
de febre e febre de febre e febre
e febre e febre e febre*

Hipótese Diagnóstica:

Cód. COD 10

☐ Irradiação

☐ Labirintite

☐ Outros

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/COREN



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente JOSE AURILO JERONIMO, foi submetido a tratamento cirúrgico. Necessita de 30 (trinta) dias de afastamento de suas atividades.

CID: S91.3

Dr. Hayato Corrêa
Cirurgião Plástico
Médico Residente
CRM/MEC 17943

Fortaleza, 18/04/2019.

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80
RUA SENADOR POMPEU, 1757
Bairro: Centro Fone: 3255.5000
Fortaleza-CE CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

PACIENTE: JOSE AURILO JERONIMO

ENDEREÇO: RUA SENADOR POMPEU, 1757

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1) Cefalexina 500mg 28 comp.
Tomar 01 comprimido, de 6/6h, por 07 dias.

2) Diprofona 500mg 20 comp.
Tomar 01 comprimido até de 6/6h, por 05 dias.

Dr. Heraldo Corrêa
Ocupação: médica
Médico Responsável
CREMEC 17945

Data: 18/04/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

ENDEREÇO:

FORNECEDOR

DATA: _/_/_

FORNECEDOR:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80
RUA SENADOR POMPEU, 1757
Bairro: Centro Fone: 3255.5000
Fortaleza-CE CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

PACIENTE: JOSE AURILO JERONIMO

ENDEREÇO: RUA SENADOR POMPEU, 1757

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1) Cefalexina 500mg 28 comp.
Tomar 01 comprimido, de 6/6h, por 07 dias.

2) Diprofona 500mg 20 comp.
Tomar 01 comprimido até de 6/6h, por 05 dias.

Dr. Heraldo Corrêa
Ocupação: médica
Médico Responsável
CREMEC 17945

Data: 18/04/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

RG:

ENDEREÇO:

FORNECEDOR

DATA: _/_/_

FORNECEDOR:



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA

Nome: JOSE AURILO JERONIMO

Prontuário: 5601715

Unidade: 15

Leito: 03

RESUMO CLÍNICO: Paciente com perda de substância em calcâneo esquerdo, realizou retalho fasciocutâneo dia 22/03/2019, evoluindo com necrose. Foi realizado debridamento e enxerto dia 13/04/2019. Evolui com bom aspecto, em boas condições de alta hospitalar.

Diagnóstico Principal:

Sequelas apresentadas: (não se aplica)

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: (X) SIM () NÃO

1.1- CIRURGIA REALIZADA:

1.2- CIRURGIÃO:

1.3- TIPO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO:

1.4- DATA:

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: (X) SIM () NÃO

1.1- CIRURGIA REALIZADA:

1.2- CIRURGIÃO:

1.3- TIPO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO:

1.4- DATA:

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em: _____

Observações:

Marcar consulta no ambulatório da Cirurgia Plástica, AGENDAR RETORNO Dr. Roberto Cezar com 1 semana, extra.

Trocar curativo a cada 2 dias, no posto de saúde / upa.

Tomar medicações prescritas.

Não deixar calcâneo esquerdo em contato com chão ou com a cama

Data: 18/04/2019


Médico

CRM/Carimbo

In. 09.08.54

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Nome: Jose Aurilio Brito
Cartão do SUS: 162381573300028 Telefone: _____
Idade: 64 PESO: _____ Horário: 21:12 Data: 05/08/12
PA: 140x80 T: _____ PULSO: _____ RESP: _____ DX: _____
Mãe: Mrs. Zaida Brito
Pai: Exelito Brito
Endereço: R. Zelas
ACIDENTE DE TRABALHO: () Sim () Não
EMITIR A CAT: () Sim () Não NOTIFICAR () Sim () Não

Evolução Médica e Conduta realizada: De acordo com
perda de tecido celular
subcutâneo no coto
após amputação de
extremidade inferior

Evolução de Enfermagem: Curativos e
medicamentos
com o paciente

PACIENTE

MÉDICO (A)



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIDADE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Cartão dos SUS: _____ Telefone: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: CARIDADE

Nome: João Augusto Fernandes Prontuário nº _____

Sexo: M (☒) F () Idade: 64 anos Ocupação: _____

Endereço: Campes Belo - Caridade

Motivo do Encaminhamento: Doença crônica, com perda de tecido celular subcutâneo no colo do pescoço. Sólido conduto
Resultado do Exame: Exame do líquido de aspiração - K66 - grande

Conduta Já Realizada: Genética

Impressão Diagnóstica: Doença de tipo glândula Esc.

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro _____ Função _____ Data 01/10/19 Hora 11:20

AGENDAMENTO

Encaminhamento p/ Atendimento: Ambulatorial () Hospital () Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento: _____ Profissional: Cirurgião

Unidade de Referência: HSE (Caridade) Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário nº _____ Data: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do Exame: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID _____

Secundário 1 _____ CID _____

Secundário 2 _____ CID _____

Conduta realizada: _____

Proposta de Consulta p/ Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim () Não ()

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data 1/10/20 Hora _____



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

2 - CNES

2527413

4 - CNES

2527413

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente

JOSE AURILO JERONIMO

7 - Cartão Nacional do SUS

162381573300008

8 - Data de Nascimento

01/03/1954

9 - Sexo

X 1

10 - Raça/Cor

02 - Parda

6 - Nº Formulário

57704

10.1 - Etia

0:00 - Não Se Aplica

12 - Telefone do Contato

5533432110

14 - Telefone do Contato

0

11 - Nome da Mãe

MARIA ZENEIDA AMORIM

13 - Nome Responsável

JOSE AURILO JERONIMO

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)

RUA CORONEL JOSE SAMPAIO, 248 - CAMPOS BELO

16 - Município

CARIDADE

17 - IBGE

290300

18 - UF

CE

19 - CEP

62730030

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - Causas 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

27 - Descrição do Procedimento Solicitado

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - Especialidade

30 - Caracter de Atendimento

31 - Documento

(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente

20034055260008

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

34 - Data da Solicitação

06/02/2010

35 - Assinatura e Carimbo (Nº do Registro do Conselho)

DR. MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

CRM: 5557 / CFE: 44447 / 00000

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

39 - CNPJ Seguradora

40 - Nº Bihete

41 - Série

37 - () Acid. Trabalho Típico

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CIGR

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador

AURELIO PARENTE BARBOSA

47 - Cod. Orgão Emissor

M230280001

52 - Nº da Autorização de Internação Hospitalar (AII)

48 - Documento

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador

(X) CNS () CPF

201560652950007

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

Código do Laudo:

1395161



SANTA CASA DE CARIDADE

Data de Impressão: 06/02/2019 08:34:56

Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro:

VIRGINIA R

Paciente: 57709

CNS: 162381573300008

Idade: 64 Anos / 11 Meses / 5 Dias

Nome da Paciente: JOSE AURILO JERONIMO

Data Nascimento: 1/3/1954

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

Religião:

Profissão: AGRICULTOR

Naturalidade: CARIDADE

Endereço: RUA CORONEL JOSE SAMPAIO

Número: 248

Bairro: CAMPOS BELO

Cidade: CARIDADE

CEP: 62730000

Telefone: 0

Identidade: 2006099108836

CPF: 30114217300

Nome da Mãe: MARIA ZENEIDA AMORIM

Nome do Pai: ESPEDITO JERONIMO

Dados do Responsável

Nome: JOSE AURILO JERONIMO

Parentesco: MESMO(A)

Fone: 0

Endereço: RUA CORONEL JOSE SAMPAIO

Número: 248

Complemento:

CEP: 62730000

20383405526

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento:

IRANIC

Número: 1395161



Data: 06/02/2019 Hora: 08:32:38

Origem: INTERNACAO SUS

Tipo: ORTOPEDIA

Unidade de Internação: POSTO 4

Leito: APTO E1

Médico do Atendimento: 24 MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

Conselho: CRM-C-5557

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CNS: 203834055260008

Convênio: 1 SUS INTERNACAO

Plano: SUS INTERNACAO

Cobertura:

Gelo:

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Alodicação: APARTAMENTO

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CID:

Procedimento principal:

Local de Procedência:

Observação:

Paciente/Responsável

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

CRM-CE 5557



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.550/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shs@foralnet.com.br



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente: José Aurélio Jerônimo

Prontuário

Data da Cirurgia: 06/02/19

Internária

Diagnóstico Pré-Operatório:

Cirurgia Proposta:

Cirurgia Realizada:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgião: Dr. Marcus

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesiologista: Dr. Aplecio

Circulante:

Instrumentador:

Tipo de Anestesia:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Veio a ser descrito o
caso de um paciente de
60 anos, com diagnóstico
de câncer de
estômago, com
metástase para o fígado.
Foi realizada a
colectomia com
reseção de 1/3 do
estômago e linfadenectomia
periférica. Foi realizada
a anastomose
jejuno-jejunal.

DR. MARCUS JUSSEF SOUZA DUARTE
MÉDICO
CRM 15571 / R. 474.947.083-20



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

CNPJ: 07.113.558/0001-22

Praça Frei Aurélio, 1397 - Tele/Fax: (085) 3343-2110 - Canindé - Ceará



BOLETIM DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: José Aurélio Ferreira
IDADE: 64 anos TIPO SANGÜÍNEO: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____
CIRURGIA REALIZADA: _____
TIPO DE ANESTESIA: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: 10:30 TÉRMINO: 10:50 DURAÇÃO: 30 min
CIRURGIÃO: _____ CRM _____
1º AUXILIAR: _____ CRM _____
2º AUXILIAR: _____ CRM _____
ANESTESISTA: _____ CRM _____

MEDICAMENTO ANESTÉSICO DROGAS E INFUSÕES.

• SANGUE: _____	• KETALAR: _____	• ADRENALINA: _____
• PLASMA: _____	• FLAXEDIL: _____	• AMINOFILINA: _____
• S. GLICO FISIOLÓGICO	• DOLANTINA: _____	• FENERGAN: _____
• RINGER LACT.: <u>01</u>	• ATROPINA: <u>04</u>	• ERGOTRATE
• S. FISIOL.: <u>01</u>	• PROSTIGMINE: _____	• ETRANE
• S. GLICOSADO: _____	• VÁLIUM 10: _____	• HALOTANO: _____
• THIONEMBUTAL: _____	• PLASIL: _____	• OXIGÊNIO: _____
• INOVAL: _____	• FLEBOCORTID: _____	• XILOCAÍNA 5%: _____
• FENTANIL: _____	• EFORTIL: <u>01</u>	• MARCAÍNA 0,5%: <u>01</u>
• SOLUÇÃO DE MANITOL	• LIDOCAÍNA 2% _____	• XILOCAÍNA FRASCO AMP. _____
• DORMONID	• PAVULON	• QUELICIN
• ORASTINA	• MAGNOPIROL	• DIMORF: <u>01</u>
• VOLTAREN	• TAGAMET	• GENTAMICINA
• CLORANFENICOL	• AMPICILINA	• BICARB. DE SÓDIO
• LASIX	• CLORETO DE POTÁSSIO	• GARDENAL
• SULFATO DE MAGNÉSIO	• TRANSAMI	• VIT K
• TROFODERMIN	• FURACIN	• CICATRENE
• OUTROS: <u>Apeloban 1/2 02</u>	• PROFENID	• TILATIL

Apeloban 1/2 02 gra del. ct.

OBSERVAÇÕES: _____

João Manoel P. de Lucena
Médico
CRM 10.535-CE

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

CANINDÉ-CE, _____ DE _____ DE 20 _____

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



BOLETIM CIRÚRGICO

Cirurgia: Quimioterapia Oncológica Data: 06/02/18
Paciente: Jose Rivaldo Proença
Cirurgião: Dr. Anderson Leito: 03
1º Auxiliar: 10:10 2º Auxiliar: 10:40 3º Auxiliar: 30 min
Início: 10:10 Fim: 10:40 Duração: 30 min
Anestesia: Local Início: 10:10 Fim: 10:40 Duração: 30 min

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.	CONSIGNAÇÃO	QTD.
Adalat xl	CAP		Azul de Metileno	ML		Adaptador Cirúrgico	
Adnocard	AMP		Agulha Descartável (40x12,25x7,13x4)	UN		Ataca Inter-Cambivel	
Adrenalina	AMP		Algodão Ortopédico	CM		Canal de Bisturi	
Água Destilada 10ml	AMP		Agulha Descartável Pandural	UN		Canal de Anotação p/ CEC	
Água Destilada 500ml	UB		Agulha Descartável Raqui	UN		Canal de Anotação p/ Endoscopia Art. Venosa	
Albumina Humana	FR		Abocath 17	UN		Cateter Arterial	
Alloferine	AMP		Aparelho p/ Tricotomia (desc)	UN		Cateter Urinário Venoso	
Amicacina	AMP		Alcool	ML		Cureta Ortopédica	
Aminofilina	AMP		Alcool Iodado	ML		Cureta p/ Angioma	
Ampicilina	AMP		Água Oxigenada	ML		Cureta p/ Hidrocele Basso Perfil	
Antak	AMP		Assepsol	ML		Cureta Transiluzante	
ramin	AMP		Atadura de Crepon (10cm; 15cm)	UN		Cureta	
flansil	AMP		Atadura de Crepon (20cm; 25cm)	UN		Cureta Fino	
Atropina	AMP		Atadura Gessada (10cm; 15cm)	UN		Cureta p/ Sutura (Ponta de Agulha)	
Bicarbonato de Sódio	AMP		Atadura Gessada (20cm; 25cm)	UN		Cureta p/ Sutura	
Buscopan	AMP		Algodão	GR		Cureta Art. de PTFE (por cm)	
Catalan Sup	UN		Bolsa p/ Colostomia	UN		Cureta Art. Tubular Inorgânica Bifurcada	
Godilande	AMP		Cal Sodado	GR		Cureta Bot. Tubular Inorgânica	
Cefalotina	AMP		Cateter Pandural	UN		Cureta - Trocar - 10 mm	
Cefamezin	AMP		Cabon	CM		Filtro Vena Arterial	
Cefestona	AMP		Cera de Osso	UN		Filtro p/ Cardioplegia	
Cisforan	AMP		Cidex	ML		Fio de Aço	
Cixane	AMP		Chumaca	UN		Fio de Kirschner	
Cloralenicol	AMP		Coletor Urina Sistema Fechado	UN		Fio de Sigmam	
Cloreto de Potássio	AMP		Coletor de Urina Urofix	UN		Fio de Sutura da Antebraço	
Cloreto de Sódio	AMP		Compressa Cirúrgica Pequena	UN		Fio de Sutura Dinâmica de Fêmur	
Clordrila de Nalafina	AMP		Compressa Cirúrgica Média	UN		Fio de Sutura Dinâmica de Tibia	
Complexo B	AMP		Cateter p/ Oxigênio	UN		Fio de Sutura Dinâmica de Uterio	
Decadron	AMP		Cânula p/ Traqueostomia	UN		Ganchos	
Dilacoron	AMP		Dreno de Keel	UN		Ganchos de Blau	
Dimorf	AMP		Dreno Penrose	UN		Haste de Harrington	
Diprona	AMP		Espandrapo	CM		Haste de Luck	
Diprona Suposítora	UN		Eletrodo Descartável (Com)	UN		Haste Femoral	
Diprona	AMP		Equipo p/ Bomba de Infusão	UN		Hemioacessorio	
Diprosopan	AMP		Equipo p/ Infusão	UN		Hemioacessorio Tipo Cirúrgico	
Dubolux	AMP		Equipo p/ Transfusão	UN		Hemioacessorio	
Duonina	AMP		Equipo Microscópio	UN		Hemioacessorio	
Duonid	AMP		Equipo Bureta	UN		Hemioacessorio de Boitas	
Dropanol	AMP		Equipo Fotossensível	UN		Hemioacessorio de Membrana	
Eclat	AMP		Equipo p/ PVC	UN		Parafuso Corticósteo	
Enjotrate	AMP		Elar	ML		Parafuso Especializado	
Esmeton	AMP		Fita Cardíaca	ENV		Patch Inorgânico (por cm - Bovino)	
Ethamolin	AMP		Formal	ML		Parafuso Metálico	
Élran	ML		Fibrase	GR		Patch Inorgânico (por cm - Diacon)	
Fentanil 03 ml	AMP		Fio Cat Gut Simple	ENV		Pino	
Fentanil 10 ml	AMP		Fio Cat Gut Cromado S/G	ENV		Pino Desluzante	
Flagyl 500 mg	FR		Fio Cat Gut Cromado C/G	ENV		Placa Angular	
Flaxedil	AMP		Fio Cat Gut Cromado	ENV		Placa DCF pequenos fragmentos	
Forane	ML		Fio Cat Gut Cromado Leçado	ENV		Placa DCF grandes fragmentos	
Fortez	AMP		Fio Monocron	ENV		Placa de Richard	
Fraxiparina 0,3 ml	AMP		Fio Absorção S/G	ENV		Placa Tubular	
Fraxiparina 0,8 ml	AMP		Fio Algodão C/G	ENV		Placa p/ Bisturi	
Furacil	GR		Fio Mononylon	ENV		Proteção Bipolar	
Garzamicina (40,60 mg)	AMP		Fio Proteína Cardíaca / II	ENV		Proteção Vascular Mecânica de Basso Perfil	
Garzone	GR		Fio Proleno	ENV		Proteção Vascular Epilógica	
Glicose (25%; 50%)	AMP		Fio Seta	ENV		Reservatório Cardioplegia	
Glucosato de Cálcio	AMP		Fio Vicryl	ENV		Reservatório Cardioplegia	
Haemscet	FR		Fio Maxon	ENV		Saleta de Gesso	
Halotano	ML		Fio Valvokil	ENV		Saleta de Gesso	
Heparina	AMP		Fio Elitubond	ENV		Sistema p/ Drenagem Mediastinal	
Hidantal	AMP		Gilete	UN		Sistema p/ Drenagem Torácica	
Hypaque	AMP		Gelofan	UN		Solução Cardioplegia de Indução	
Hypnamidate	AMP		Gase Alcochoado	UN		Solução Cardioplegia de Manutenção	
Inoval	AMP		Gorro Descartável	UN		Tela de malha	
Ipsilon	AMP		Gase	UN		Valvula p/ Hidrocefalia	
Inuxol	GR		Intracath	UN			

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shsfc@foralnet.com.br



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente: *Jose Aurilio pereira*

Prontuário:

Data da Cirurgia: *12/02/19*

Enfermaria:

Leito:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Cirurgia Proposta:

Cirurgia Realizada:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgião: *M. A. A. A.*

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesiologista: *M. A. A. A.*

Circulante: *Helis*

Instrumentador: *Juliano*

Tipo de Anestesia: *Rapida*

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Realizada a cirurgia de
extirpação de tumor
na região da
perna esquerda
do paciente
com o uso de
anestesia geral
e curativo





HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

CNPJ: 07.113.558/0001-22

Praça Frei Aurélio, 1397 - Telef/Fax: (085) 3343-2110 - Canindé - Ceará



BOLETIM DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Jose Aurilio pereira
IDADE: 64 anos TIPO SANGÜÍNEO: A+
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Prostata
CIRURGIA REALIZADA: Prostatectomia
TIPO DE ANESTESIA: RA ANESTÉSICO: RA
INÍCIO: 14h TÉRMINO: 15h DURAÇÃO: 1h
CIRURGIÃO: Dr. José Aurílio Pereira CRM: 5154
1º AUXILIAR: Dr. José Aurílio Pereira CRM: 5154
2º AUXILIAR: Dr. José Aurílio Pereira CRM: 5154
ANESTESISTA: Dr. José Aurílio Pereira CRM: 5154

MEDICAMENTO ANESTÉSICO DROGAS E INFUSÕES.

• SANGUE:	• KETALAR:	• ADRENALINA:
• PLASMA:	• FLAXEDIL:	• AMINOFILINA:
• S. GLICO FISIOLÓGICO	• DOLANTINA:	• FENERGAN:
• RINGER LACT:	• ATROPINA:	• ERGOTRATE
• S. FISIOL:	• PROSTIGMINE:	• ETRANE
• S. GLICOSADO:	• VÁLIUM 10:	• HALOTANO:
• THIONEMBUTAL:	• PLASIL:	• OXIGÊNIO:
• INOVAL:	• FLEBOCORTID:	• XILOCAÍNA 5%:
• FENTANIL:	• EFORTIL:	• MARCAÍNA 0,5%:
• SOLUÇÃO DE MANITO DE:	• LIDOCAÍNA 2%:	• XILOCAÍNA FRASCO AMP.
• DORMONID	• PAVULON	• QUELICIN
• ORASTINA	• MAGNOPIROL	• DIMORF
• VOLTAREN	• TAGAMET	• GENTAMICINA
• CLORANFENICOL	• AMPICILINA	• BICARB. DE SÓDIO
• LASIX	• CLORETO DE POTÁSSIO	• GARDENAL
• SULFATO DE MAGNÉSIO	• TRANSAMI	• VIT K
• TROFODERMIN	• FURACIN	• CICATRENE
• OUTROS:	• PROFENID	• TILATIL

OBSERVAÇÕES:

DR. MARTINHO JANSSEN DE CARVALHO
CRM: 1620 / 2014-14-72

CANINDÉ-CE

DE

DE 20

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

• OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME: <i>Jose Luis Perreira</i>	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
------------------------------------	---------------	------	-------

NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO, CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ.

[illegible]



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ
Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará
CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfe@fortalnet.com.br



NOME:	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
Jose Guido Peronimo			
NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO, CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ.			
DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA	
10/02/19			
11/02/19			
12/02/19			

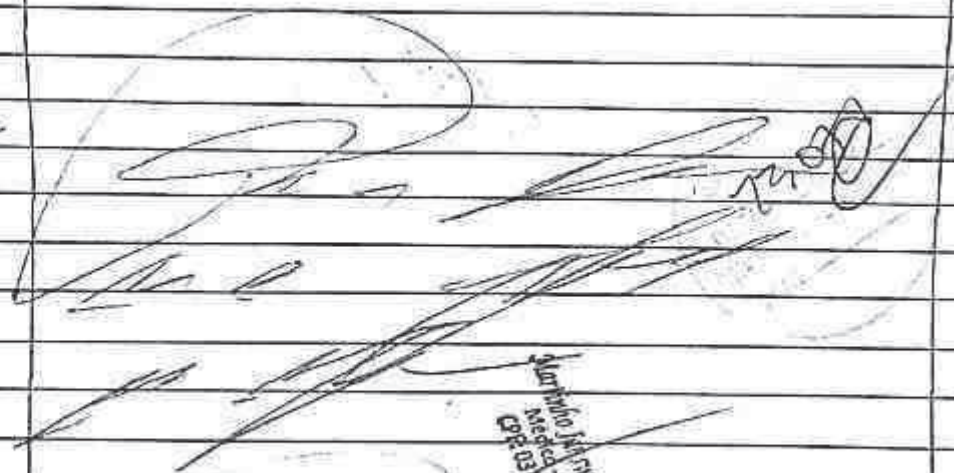
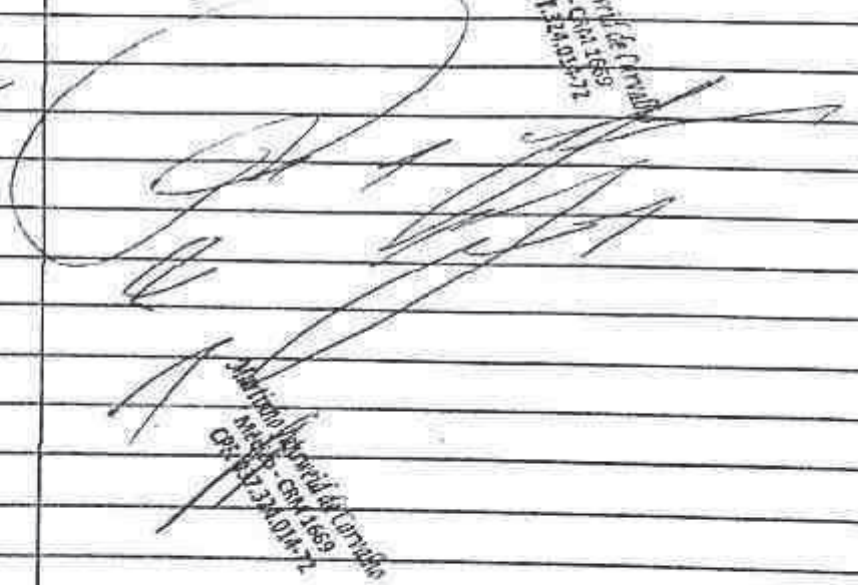
Justino Justino de Carvalho
Médico - CRM 1569
CPF: 087.324.045-72

Justino Justino de Carvalho
Médico - CRM 1569
CPF: 087.324.045-72

DR. MARCOS JUSTINO SOUZA DUARTE
Médico - CRM 1569
CPF: 087.324.045-72

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
13/02/19		
14/02/19		
15/02/19		
16/02/19		

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
	Muito melhor em P.V. grande profunda. (aprox 15 gl. sang. 15 em 140.18 cm)	
	T 36 por 98% em cm. te T.C. 72 h P.V. 18 cm	
	Comunidade de coléctos sang + foto de tipo (em sec.)	Empregado 63428
18 02 19		
19 02 19	 Mário José de Almeida Med. Cir. 169 CRP 33.011-72	



HOSPITAL E MATERNUIDADE REGIONAL SÃO JOSÉ DE SANTA CASA DE CARIDADE

Prça Frei Aurelio, 1397 - Centro - Curitiba - Paraná
Fone: (41) 3343.2110



MT-1395161

NOME

Ce. Humberto Francisco

LEITO

1395161

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO MEDICAMENTOS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

20/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Prescrição de 100mg de 19/07/2016

Scanned by CamScanner

PRESCRIÇÃO.: 166546 DATA: 06/02/2019 09:00
USUÁRIO.....: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 9D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE.....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 4 LEITO...: APTO E1
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
COBERTURA: APARTAMENTO

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 DIETA GERAL

IEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA	2		6/6 hs	[06/02] . 12 . 18
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						[07/02] . 00 . 06
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO/AM	2		6/6 hs	[06/02] . 12 . 18
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						[07/02] . 00 . 06
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA	2		12/12 hs	[06/02] . 12
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						[07/02] . 00
5 DÍPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	5	2	4/4 hs	
Obs.: DÍPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR						

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4857

SANTA CASA DE CANINDE INFORMATIZANDO PARA MELHOR SERVIR

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: sasfc@fortalnet.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO	
Jesé Augusto fernandes						219	
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80			36,1			Maria Helena enfermeira
13:00	120/80	-	-	36,0			
19:00	130/80	-	-	36,6	-	140/100	

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
07/02/19	As 07:00 paciente 24 anos no 1º PO de CC+ extubada de torácico e calcanhar, a mesma, ainda consciente, orientada sem sujeira, apresentando elancado, sigla para extubação. As 13:00 Cliente ainda consciente, orientada verbalmente no 1º P.O. CC+ extubada de torácico e calcanhar, segue aos cuidados da equipe - 686486.
07.02.19	Cliente 24 anos, consciente, orientado no 1º P.O. de CC+ extubada de torácico e calcanhar. Sem sujeira, aos cuidados da equipe.

Entidade de Referência: Prefeitura Municipal/Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.554/94 e Federal, Lei n.º 9135, Decreto 80,517/95

OBS: ESTE FORMULÁRIO DE NOTIFICAÇÃO PARA A CERTIFICAÇÃO DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CARIDADE

PRESCRIÇÃO.: 166606 DATA: 08/02/2019 07:51
USUÁRIO....: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 10D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

EDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA	FC 2	6/6 hs	[08/02] . 12 . 18	
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS					[09/02] . 00 . 06	
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO 7 AM	2	6/6 hs	[08/02] . 12 . 18	
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS					[09/02] . 00 . 06	
4 CETOPROFENO 100MG PÓ -EV (PROFENID)	1	AMPOLA	2	12/12 hs	[08/02] . 12	
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS					[09/02] . 00	
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	S 2	4/4 hs		
Obs.: DAPIRONA 12/8 EV DS 4/4 HS SE FEBPE OU DOR						

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidades SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

DR. MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM: 5557 / CPF: 044.547.043-20
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM/CE: 5557

SANTA CASA DE CANINDE INFORMATIZANDO PARA MELHOR SERVIR



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 - E-mail: shsfe@portalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Jose Amado			24

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80	-	-	36,2	-	-	Mateia
13:00	140/80	-	-				ffm
19:45	130/80			36,5			ffm

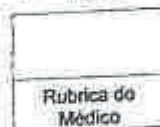
DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
08.02.19	Cliente 64 anos, conhecido, orientado e bem a- 07:00 cliza no 2º P.O. de 10 + 0,5 insulina de Ternozelo e Calceirão E. Sem queixas co- muidades da enfermagem.
08/	13:00 cliza, segue no 2º P.O. P.O. e antes m. m. e. Ternozelo. anjando 19. Sem queixas a enfermagem no pulso de.
	De Casas Marinho Técnico de Enfermagem CBO 312.010
	Em 19:15 cliza, cliente 64 anos, conhecido, orientado no 2º P.O. de 10 + 0,5 insulina de Ternozelo e Calceirão E. Sem queixas co- muidades da enfermagem.
	De Casas Marinho Técnico de Enfermagem CBO 312.010

SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1/1
Emitido Por: CÍDIANES
Data: 09/02/2019 09:38

PRESCRIÇÃO.: 166704 DATA: 09/02/2019 09:38
USUÁRIO....: CÍDIANES
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 11D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 3 DIAS(S) INT

1ª VIA



MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

903

DIETA

1 DIETA GERAL

MEDICAMENTOS

- | Qtd | Unidade | SN | Ap | Frequência | Data | Horários |
|-----|--------------------------------------|----|-------------|------------|----------|--|
| 2 | OXACILINA 500 MG | 4 | AMPOLA | 2 | 8/6 hs | [09/02] . 12 . 18
[10/02] . 00 . 06 |
| 3 | CEFALOTINA 1G | 1 | FRASCO / AM | 2 | 6/6 hs | [09/02] . 12 . 18
[10/02] . 00 . 06 |
| 4 | CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID) | 1 | AMPOLA | 2 | 12/12 hs | [09/02] . 12
[10/02] . 00 |
| 5 | DIPIRONA 500 MG/ML AMP | 1 | AMPOLA | S 2 | 4/4 hs | |
- Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS
Obs.: DIPIRONA 12;8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Martinho Janssuel de Carvalho
Médico - CRM 1669
CPF: 037.314.014-72
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO		ENFERMARIA		LEITO	
Jose Amilo Junior								219	
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA		
07:00	110x70	-	-	36.6			[Signature]		
13:00	120x70	-	-	36.6			[Signature]		
19:00	120x80			37			[Signature]		

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
09/02	As 07:00 Chege 64 anos, no 3º D.I.H. para (diagn) 3º P.O. de D.O. + osteomielite do fêmur e do úmero "C" para os exames da ref. 686486.
19	As 13:00 Chege novamente orientado, no momento em que se encontra no quarto de observação, de acordo com a ref. 686486.
19.02.19	Chege no 3º P.O. de L.C. + osteomielite de fêmur e úmero. Exames de rotina em equilíbrio no período de observação.

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.554/94 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/61

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

PRESCRIÇÃO.: 166806 DATA: 11/02/2019 07:41
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 13D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 5 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

203

DIETA

DIETA GERAL

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 OXACILINA 500 MG	2	AMPOLA		2	6/6 hs	[11/02] . 12 . 18 [12/02] . 00 . 06
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO / AM		2	6/6 hs	[11/02] . 12 . 18 [12/02] . 00 . 06
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						
4 CETOPROFENO 100MG PÔ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA		2	12/12 hs	[11/02] . 12 [12/02] . 00
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	S	2	4/4 hs	
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR						

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Martinho Jansweid de Carvalho
Médico - CRM 1669
CPF: 037.324.014-72
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ
Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará
CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: slsfc@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Frei Aurélio J. J. J.			903

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	130/80	80	20	36°C	—	—	J. J. J.
13:30	140/80	81	16	36°C	—	—	J. J. J.
19:46	130/80	—	—	36,4	—	—	J. J. J.

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
11-02-19	07:00 - Paciente 64 anos, masculino, admitido em UTI, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Recebeu 500mg de Clopidogrel e 100mg de Aspirina. Foi realizado o exame físico e a ausculta pulmonar, com ruídos crepitantes e roncos bibasais. Foi coletado o ECG e o exame mostrou alterações compatíveis com doença coronariana. Foi coletada a glicemia de jejum e o resultado foi 128 mg/dL. Foi coletada a creatinina e o resultado foi 1,2 mg/dL. Foi coletada a hemoglobina e o resultado foi 12,5 g/dL. Foi coletada a hematócrito e o resultado foi 38%. Foi coletada a hemoglobina e o resultado foi 12,5 g/dL. Foi coletada a hematócrito e o resultado foi 38%.
	On 13:10 - Paciente com evolução satisfatória, mantendo-se estável. Foi realizado o exame físico e a ausculta pulmonar, com ruídos crepitantes e roncos bibasais. Foi coletado o ECG e o exame mostrou alterações compatíveis com doença coronariana. Foi coletada a glicemia de jejum e o resultado foi 128 mg/dL. Foi coletada a creatinina e o resultado foi 1,2 mg/dL. Foi coletada a hemoglobina e o resultado foi 12,5 g/dL. Foi coletada a hematócrito e o resultado foi 38%.

11-02-19	On 19:46 - Paciente 64 anos, masculino, admitido em UTI, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Recebeu 500mg de Clopidogrel e 100mg de Aspirina. Foi realizado o exame físico e a ausculta pulmonar, com ruídos crepitantes e roncos bibasais. Foi coletado o ECG e o exame mostrou alterações compatíveis com doença coronariana. Foi coletada a glicemia de jejum e o resultado foi 128 mg/dL. Foi coletada a creatinina e o resultado foi 1,2 mg/dL. Foi coletada a hemoglobina e o resultado foi 12,5 g/dL. Foi coletada a hematócrito e o resultado foi 38%.
----------	---

Dr. João Silva Lima
Residência Médica
Cepha 333-435

PRESCRIÇÃO: 166671 DATA: 12/02/2019 09:05
 USUÁRIO: LYVIANE
 ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 14D)
 CONVÊNIO: SUS INTERNAÇÃO
 PACIENTE: 57709 - JOSE ADILDO JERONIMO
 PERIO: ALTA: SUP. COORDENADOR
 INTERNAÇÃO: 06/02/2019 08:12 6 DIAS(8) INT

1ª VIA

Prescrição Médica

MÉDICO: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 UNID. INT.: PORTO 2 - CLÍNICA CIRÚRGICA
 CID: C17.0
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/PRÓTESE
 LEITO: 219 ORIENTAÇÃO: EVOLUÇÃO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA ZERO

MEDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: CEFALOTINA 1G EV DE 6/6 HS

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SP 0,2% EV DE 12/12 HS

5 DIFENIDOL 500 MG/ML AMP

Obs.: DIFENIDOL 12/8 EV DE 4/4 HS DE FERRE OU DOR

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

SANTA CASA DE CANINDE
 CRM-CE: 1

A Pedido de:

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 CRM-CE: 5557

Martinho Jansseld de Carvalho
 Médico CRM/1544
 CPF: 037.324.014/72



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.559/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfr@fortalnet.com.br



NOME					Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Jéssy Dantas							203
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	120/80			36°			Larissa
14:00	105/70	-	-	36°			Larissa
15:00	105/70	-	-	36°			Larissa
19:28	120/70	-	-	36,8°	-	-	Ph

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
12/02/19	As 07:00 paciente foi admitida no QTAI por via de LC + Osteomielite do terço médio + síndrome de choque séptico. Apresenta sinais vitais estáveis, sem alterações, sendo a evolução satisfatória. As 11:45 cliente deu entrada no CC para ser submetida a uma intervenção cirúrgica de limpeza da ferida no Calcâneo. Quest = Dr. Prontuário 12080000. Res = paciente As 12:15 Cliente para o CC com uma cura curativa com RA = 120/80 mmHg. Ateli: Maria das Neves Tel: 3343-2110 COREN-CE 67167.690
12/02/19	Cliente foi admitida no CC por via de LC + Osteomielite do terço médio + síndrome de choque séptico. Apresenta sinais vitais estáveis, sendo a evolução satisfatória. Quest = Dr. Prontuário 12080000. Res = paciente As 12:15 Cliente para o CC com uma cura curativa com RA = 120/80 mmHg. Ateli: Maria das Neves Tel: 3343-2110 COREN-CE 67167.690
12/02/19	As 13:00 cliente em QTAI de LC com síndrome de choque séptico, sendo a evolução satisfatória. Quest = Dr. Prontuário 12080000. Res = paciente As 12:15 Cliente para o CC com uma cura curativa com RA = 120/80 mmHg. Ateli: Maria das Neves Tel: 3343-2110 COREN-CE 67167.690
12/02/19	As 19:40, Cliente admitida no QTAI de LC + Osteomielite do terço médio + síndrome de choque séptico. Apresenta sinais vitais estáveis, sendo a evolução satisfatória. Quest = Dr. Prontuário 12080000. Res = paciente As 12:15 Cliente para o CC com uma cura curativa com RA = 120/80 mmHg. Ateli: Maria das Neves Tel: 3343-2110 COREN-CE 67167.690

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.316/94, Estadual, Lei n.º 12.534/91 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.617/61

DES: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

PRESCRIÇÃO.: 166939 DATA: 13/02/2019 07:58
USUÁRIO...: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 15D)
CONVÊNIO...: SUS INTERNACAO
PACIENTE...: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO...: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 7 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO...: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID...: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

203

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

MEDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

4	AMPOLA		2	6/6 hs	[13/02]	12 . 18
---	--------	--	---	--------	---------	---------

3 CEFALOTINA 1G
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

1	FRASCO / AM		2	6/6 hs	[13/02]	12 . 18
---	-------------	--	---	--------	---------	---------

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

1	AMPOLA		2	12/12 hs	[13/02]	12
---	--------	--	---	----------	---------	----

5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

1	AMPOLA		S 2	4/4 hs	[13/02]	12
---	--------	--	-----	--------	---------	----

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
-----	---------	----	-----	------------	------	----------

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4637

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CARIDADE

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfe@formalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Roberto Assis			203

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
13:15	120/80			36°C			Bocheta
14:00	130/70			36°C			Bocheta

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
30.02.19	P.A. 40 x 20 milha T 36°C Discreto
7:40	consciente, aceita dieta, no P.O. de bônus Cirurgião no observação 'E', sem queixas no período. 108.64. 374064.
	On 13:15' cliente consciente, orientado evoluindo bem queixas no J-P.O. de L.E. no talco e. Segue as cuidados da equipe. 160531
	On 19:00HS paciente segue consciente, orientado, repõe dor no devorador PE, M.E.P.M., as cuidados da equipe. 752505

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.554/94 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/61

Obs: Este formulário é de uso exclusivo nas dependências do Hospital Regional São Francisco de Calvete.

PRESCRIÇÃO.: 166977 DATA: 14/02/2019 07:36
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 16D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 8 DIAS(S) INT

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

203

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

EDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA	2	6/6 hs	✓	[14/02] . 12 . 18 [15/02] . 00 . 06
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO/AM	2	6/6 hs	✓	[14/02] . 12 . 18 [15/02] . 00 . 06
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA	2	12/12 hs	✓	[14/02] . 12 [15/02] . 00
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	S 2	4/4 hs		
Obs.: DAPIRONA 12/8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR						

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4637

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDE

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2116 / E-mail: sbsfe@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
1915 Dúmila			23

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/90			36°			  
13:00	160x90	-	-	36°			
19:30	150/90	-	-	36°			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
14/02/19	às 07:00 paciente G. em no 2 PO de IC no colapso "E" evolui com consciência, orientada sem queixas, chumbado com febre, segue com chumbado. às 13:00 Paciente evolui com consciência, orientada, verbaliza, no momento, sem queixas em P.O de D.C no colapso "E", segue com chumbado e a equipe. 16/02/19
14/02/19	às 19:20 Paciente consciente sem queixas no período.

PRESCRIÇÃO.: 167043 DATA: 15/02/2019 07:18
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO.: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 17D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO.: 06/02/2019 08:32 9 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLÍNICA CIRURGICA
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

MEDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
4 AMPOLA 2 6/6 hs [15/02] . 12 . 18

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

12: 18: 00: 06: [16/02] . 00 . 06

1 FRASCO/AM 2 6/6 hs [15/02] . 12 . 18

12: 18: 00: 06: [16/02] . 00 . 06

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

1 AMPOLA 2 12/12 hs [15/02] . 12

12: 18: 00: 06: [16/02] . 00

5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

1 AMPOLA S 2 4/4 hs

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

8 SSV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

DR. MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
MÉDICO
CRM: 5557 | CPF: 48.734.734-20
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.553/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME		Nº PRONTUÁRIO		ENFERMARIA		LEITO	
Joaquim						203	
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80			36,5			Assinatura
13:00	140/80	-	-	36,5			
19:00	140/80			36,5			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
15/02/2019	On 07:00 paciente 64 anos, sexo masculino, em PO de 1º grau, na enfermagem "E", evolui com sinais e sintomas de hipotensão, segue sob observação.
	On 13:00 paciente consciente, orientado, evoluindo com PO de 1º grau, na enfermagem "E", evolui com sinais e sintomas de hipotensão, segue sob observação.
	On 19:00 paciente segue insuflado, orientado, evoluindo com PO de 1º grau, na enfermagem "E", evolui com sinais e sintomas de hipotensão, segue sob observação.

Prescrição: 167115 DATA: 16/03/2019 07:33
 USUARIO: LIVING
 ATENDIMENTO: 1383161 DT NAC: 01/03/1964 (60A, 11M, 1D)
 COVENIO: SUS INTERMUNICACAO
 PACIENTE: 57109 - JOSE / BRILLO JESSE DINO
 FESQ: ALTERNA: SUP. COMEC. ENVI
 INTERMUNICACAO: 06/02/2019 (4:32 10 DIAS (4) INT
 MEDICO: MARCOS JUSSEN SILVA QUARTE
 UNID. INT.: NOSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
 CID: E10.00 - DIABETES MELLITUS
 DIAGNOSTICO: E10.00 - DIABETES MELLITUS
 PRONOSTICO: E10.00 - DIABETES MELLITUS
 CLASSIFICACAO DE RISCO:

1ª VIA
 Assinatura do Médico

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Ord. Unid.: SN: Aut. Frequência: Data: Horário:

DIETAS

2 OXACILINA 500 MG

Obs: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

3 CEFALOTINA 1G

Obs: CEFALOTINA 1G EV DE 6/6 HS

4 CETOPIROFENO 100MG PO - EV PROFENID

Obs: CETOPIROFENO 100MG + 100MG, SE 0,91 EV DE 12/12 HS

5 DIPIRONA 500 MG ML AMP

Obs: DIPIRONA 500 MG ML AMP

Ord. Unid.	SN	Aut.	Frequência	Data	Horário
2	1	1	6/6hs	11/03/21	12:18
3	1	1	6/6hs	11/03/21	00:09
4	1	1	12/12hs	11/03/21	12:18
5	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
6	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
7	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
8	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
9	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
10	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
11	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
12	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
13	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
14	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
15	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
16	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
17	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
18	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
19	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
20	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
21	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
22	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
23	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
24	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
25	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
26	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
27	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
28	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12
29	1	1	12/12hs	11/03/21	00:06
30	1	1	12/12hs	11/03/21	12:12

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Ord. Unid.: SN: Aut. Frequência: Data: Horário:

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
 CRMACE 1

DR. MARCOS JUSSEN SILVA QUARTE
 MÉDICO
 MARCOS JUSSEN SILVA QUARTE
 CRMACE 5591

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfe@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
JOSE ALMEIDA			209

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	120/80			36			120/80
15:30	120/80	80	20	36	-	-	120/80
19:00	130/80	73	19	36			130/80

[illegible]

Laryssa Barbosa Miranda
Tecnica em Enfermagem
Fones: (11) 4011-1663/32

[Signature]

PRESCRIÇÃO.: 167187 DATA: 17/02/2019 09:21
USUÁRIO..... CIDIANES
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 19D)
CONVÊNIO.... SUS INTERNACAO
PACIENTE.... 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 11 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO..... MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT... POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID..... CICLO... 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO... LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

203
213

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

EDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
4 AMPOLA 2 6/6 hs [17/02] . 12 . 18
[18/02] . 00 . 06

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 FRASCO/AM 2 6/6 hs [17/02] . 12 . 18
[18/02] . 00 . 06

0.02

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 AMPOLA 2 12/12 hs [17/02] . 12
[18/02] . 00

sove

5 DIPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DIPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 AMPOLA S 2 4/4 hs

Sn

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

A Pedido de:

Martinho Janssens de Carvalho
Médico - CRM 1669
CPF: 037.324.014-72
PLANTONISTA
CRM-CE: SHSFC

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDE
Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Caninde - Ceará
CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.413.558/0001-22
Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shisfe@fortalinet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Jose Eduardo			205

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	SINASSINATURA
07:00	110x80	-	-	36°			 _____ FORTIN
13:00	110	-	-	36.5			
19:00	130x90			36			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
17/02/19	As 07:00, Paciente 69 anos, no 11º DIT por alergo. 3º P.O. de B.C no Colapso "E", reage consciente, orientado, verbaliza, mel, mantendo sem queixas ou evoluções. B364886.
18/02/19	As 08:00 hs, Paciente segue sem alterações no período. ————— Téc. de Enfermagem COREN - CE 322.389
17.02.19	Paciente segue no 11º P.O. por 7 e no Colapso 19:00 esquerda devida consciente orientado sem queixas no período dos cuidados na 1ª Téc. de Enfermagem COREN: 543.493

ENTRADA DE UNIDADE DE CUIDADO ESPECIAL, Lei n.º 1.218/94, Estadual, Lei n.º 12.554/14 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 60.517/61
OBS: ESTE TERMO DE TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CALDAS

PRESCRIÇÃO.: 167327 DATA: 18/02/2019 07:39
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 20D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 12 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLÍNICA CIRURGICA
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1EDICAMENTOS

OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
4 AMPOLA 2 6/6 hs [18/02] . 12 . 18
[19/02] . 00 . 06

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

1 FRASCO/AM 2 6/6 hs [18/02] . 12 . 18
[19/02] . 00 . 06

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DS 12/12 HS

1 AMPOLA 2 12/12 hs [18/02] . 12
[19/02] . 00

5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DAPIRONA 12/8 EV DE 4/4 HS SE FICAR COM DOR

1 AMPOLA 5 2 4/4 hs

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

DR. MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
MÉDICO
CRM: 5557 | CPF: 498.747.033-20
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

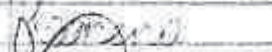
Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsic@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Jose Luis de Geronimo			213

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
12:00	140/90	-	-	36.4	-	-	
13:00	140/90	-	-	36.4	-	-	
15:00	140/80	-	-	36.4	-	-	

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
12/02/19	In F.O) sem 2 24 horas no 5º de LC no ambulatório "selecção cirúrgica", com quiosque, álcool, e outros procedimentos segui aos cuidados Letícia Barbosa Almeida Téc. em Enfermagem COREN-CE 001.165.032
	Às 13:00 Cliente consciente, orientado, ambulatório, com furo de calcanhar "BC" no membro direito ag. febre e RL. aos cuidados de equipe. 6884030
18/02/19	Às 10:56 Cliente consciente, sem febre no período. Rita da Cunha Vieira Téc. de Enfermagem COREN-CE 001.029.399

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.554/94 e Federal, (Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/61

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDE

PRESCRIÇÃO.: 167305 DATA: 19/02/2019 08:33
USUÁRIO....: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 21D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 13 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

MEDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
4 AMPOLA 2 6/6 hs [19/02] . 12 . 18
[20/02] . 00 . 06

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 FRASCO/AM 2 6/6 hs [19/02] . 12 . 18
[20/02] . 00 . 06

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 AMPOLA 2 12/12 hs [19/02] . 12
[20/02] . 00

5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DAPIRONA 12,8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 AMPOLA S. 2 4/4 hs

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

Martinho Jussier de Carvalho
Médico - CRM 15669
CPF: 037.324.014-72



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Prça Frei Aurelio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefones: (85) 3343-2110 E-mail: ahsf@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
JOÃO CARLOS			913

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
13:00	140/80	-	-	36,3	-	-	Natália
19:00	130/80			36,2			Andréa

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
10.02.19	em C-OT, evoluindo 3º mês de internamento e sendo consciente, orientado e bem avaliada. Upo 7 - PP de NE em equilíbrio com queixo, os cuidados da equipe.
10.02.19	paciente 64 anos, consciente, orientado, verbaliza, não usa, os cuidados da equipe.

Lorena Barbosa Miranda
R. 100 Enfermagem
Coton-SE 091 165.032

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.554/94 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/81
OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

2ª VIA

Rubrica do Médico

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM
PRESCRIÇÃO LEITO 1618 DATA: 20/02/2019 07:25
USUÁRIO....: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 22D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 14 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCUS JOSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

EDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS
Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
4 AMPOLA 2 6/6 hs [20/02] . 12 . 18
[21/02] . 00 . 06
3 CEFALOTINA 1G
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS
1 FRASCO / AM 2 6/6 hs [20/02] . 12 . 18
[21/02] . 00 . 06
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SE 0,9% EV DE 12/12 HS
1 AMPOLA 2 12/12 hs [20/02] . 12
[21/02] . 00
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR
1 AMPOLA S 2 4/4 hs

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4637



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Maternidade de Santa Casas de Canindé
Praça Frei Aurelio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará
CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.533/0001-02
Telefone: (85) 3343-2140 E-mail: rh@ahsfcaninde.com.br



NOME		Nº PRONTUÁRIO		ENFERMARIA	LEITO		
Liliane					112		
DATA	HR	GLUC	PR	EMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
18.08	13:15			36.4			[Signature]

DATA: 18.08.2018
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente em CITA, apresentando sinais vitais estáveis, sem alterações significativas. Evolução satisfatória com melhora da condição clínica.

Larissa Barbosa Almeida
Enf. em Enfermagem
Supl. 061/05.032

18.08.18
= Paciente estável, consciente, refre e dor discreta no local.

18.08.18
Paciente em CITA, apresentando sinais vitais estáveis, sem alterações significativas. Evolução satisfatória com melhora da condição clínica.

Nei Inês Silva Lima
Enf. Enfermagem
Supl. 333-435

PRESCRIÇÃO.: 167380 DATA: 21/02/2019 07:32
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 23D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 15 DIAS(3) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

EDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4	AMPOLA	✓	✓	8/8 hs	[21/02] . 12 . 18
✓	✓	✓	✓	✓	[22/02] . 00 . 06

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	FRASCO / AM	✓	✓	6/6 hs	[21/02] . 12 . 18
✓	✓	✓	✓	✓	[22/02] . 00 . 06

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	AMPOLA	✓	✓	12/12 hs	[21/02] . 12
✓	✓	✓	✓	✓	[22/02] . 00

5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DAPIRONA 12;8 EV DE 4/4 HS SE FERRE OU DOR

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	AMPOLA	✓	✓	4/4 hs	

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Martinho Janssweid de Carvalho
Médico - CRM 1669
CPF: 037.046.100-04
AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4637



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Associação de Santa Casa de Canindé

Rua Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.555/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 E-mail: shfco@fortalizer.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO	
Mrs. Damião						515	
DATA	HR	PR	TR	EMP	GLUCEMIA	INSULINA	ASSINATURA
13/03	18:00			360			Daiana
13/03	19:30			360			Equipe

DATA: 13/03/2019
EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
Do 13:25, cliente consciente, orientado, em repouso, sem queixas, com glicemia de 360 mg/dL. Siga os cuidados da equipe. Assinatura: Daiana/605337

Do 19:30, paciente 64 anos com evolução em glicemia de 360 mg/dL. Siga os cuidados da equipe. Assinatura: Equipe/605337

PRESCRIÇÃO.: 167447 DATA: 22/02/2019 07:44
USUÁRIO....: LYVIAG
ATENDIMENTO.: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 24D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 16 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1ª VIA

Rubrica do Médico

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 DIETA GERAL

medicamentos

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

2 OXACILINA 500 MG

4 AMPOLA 2 6/6 hs [22/02] 12 18

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

12 13 00 06 [23/02] 00 06

3 CEFALOTINA 1G

1 FRASCOTAM 2 6/6 hs [22/02] 12 18

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

12 13 00 06 [23/02] 00 08

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

1 AMPOLA 2 12/12 hs [22/02] 12

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

12 13 00 06 [23/02] 00

5 DÍPIRONA 500 MG/ML AMP

1 AMPOLA S 2 4/4 hs

Obs.: DÍPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Marcus Jussier de Carvalho
Médico - CRM 16.39
CPF: 037.324.014-72
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1/1
Emitido Por: CIBIANES
Data: 23/02/2019 09:29
Emitido Por: CIBIANES
Data: 23/02/2019 09:29

1ª VIA
1ª VIA

PRESCRIÇÃO.: 167519 DATA: 23/02/2019 09:28
USUÁRIO....: CIBIANES
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 25D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO.: 06/02/2019 08:32 17 DIAS(S) INT

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

23/02/19

213

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
1 DIETA GERAL							
EDICAMENTOS							
2 OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA	2		6/6 hs	[23/02]	. 12 . 18
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS	12	18:00	06			[24/02]	. 00 . 06
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO / AM	2		6/6 hs	[23/02]	. 12 . 18
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS	12	18:00	06			[24/02]	. 00 . 06
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA	2		12/12 hs	[23/02]	. 12
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS	10	22				[24/02]	. 00
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	S 2		4/4 hs		
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR							

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Martinho Jussier de Carvalho
Médico CRM 1669
CPF: 037.374.014-72
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CASINDE

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2410 / E-mail: shsfe@foralab.com.br

[illegible]

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.532/94 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/95.
OESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CARLOS

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO PARA _____

149 200 330 + 3



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO - 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - MUNICÍPIO: CANINDÉ

NOME: Tos. J. Silva Junior PRONTUÁRIO Nº _____
SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ TELEFONE: _____
END.: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: 19

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: para o tratamento
de uma lesão no membro superior direito
RESULTADO DO(S) EXAME(S): exame de pele

CONDUTA JÁ REALIZADA: _____
IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: ferimento aberto
ASSINATURA DO ENCAMINHANTE: [assinatura] Nº REGISTRO: _____ FUNÇÃO: _____ DATA: 18/02/19 CID: _____ HORA: _____

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐
PROCEDIMENTO: curativo PROFSSIONAL: _____
UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ PRONTUÁRIO Nº _____ ALTA: ____/____/____
MUNICÍPIO: _____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DO(S) EXAME(S): _____

DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL _____ CID: _____
SECUNDÁRIO 1 _____ CID: _____
SECUNDÁRIO 2 _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE: Nº REGISTRO: _____ FUNÇÃO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente Jozé Avelino
Jerônimo Sobrinho, 42 anos, portador de
lesão grave do Acorão
1º grau, em 05/02/2019,
submetido a neurocirurgia
cirúrgica e encontrando com
função funcional do tornozelo
de 1º grau 40% perder a
mobilização + limitação
dos movimentos e dor
distal e definitiva.

Dr. João Batista Gomes da Silva
Médico - CRM: 5155
CPF: 228.775.923-91

Fortaleza, 07/07/2020

**LAUDO DE AVALIAÇÃO MÉDICA PARA FINS DE VERIFICAÇÃO E
QUANTIFICAÇÃO DE LESÕES PERMANENTES EM VÍTIMAS DO SEGURO DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: 3200010354

Nome do(a) Examinado(a): JOSE AURILO JERONIMO

Endereço do(a) Examinado(a): R JOSE SAMPAIO, 248, , 62.730-000, CENTRO INHUPORANGA, Caridade/CE

Identificação – Órgão Emissor UF / Número: SSP CE / 2006099108836

Data e local do acidente: 05/02/2019 - Caridade/CE

Data e local do exame: 23/01/2020 - Fortaleza/CE

Coordenadas Geográficas:

RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

Fratura do maléolo lateral à esquerda com lesão de partes moles associada.

II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

Conforme apurado na anamnese e exame físico, foram adotadas as medidas terapêuticas cabíveis com tratamento cirúrgico. A avaliação física aponta para a existência de sequelas permanentes no tornozelo esquerdo, após o esgotamento das medidas terapêuticas disponíveis para as lesões do periciado.

III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

Ao exame físico do tornozelo esquerdo apresenta flexão dorsal aos 5°, flexão plantar aos 15°, presença de atrofia no segmento, marcha com claudicação, agachamento alterado, sem encurtamento, mobilização passiva anormal, cicatriz operatória aparente. Apresenta na região observada sensibilidade anormal, coloração normal, temperatura normal, sinais inflamatórios inexistentes, presença de alterações da musculatura do segmento, presença de alteração motora do segmento, sem amputação. Cumpre frisar que, conforme o exame físico, o periciado possui um déficit funcional de grau intenso no tornozelo esquerdo.

IV. Nexa de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

Sim

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)

Sim

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente

Perda funcional, parcial e incompleta do tornozelo esquerdo em decorrência da diminuição da mobilidade e força.

Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a".

Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b".

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*)

() "Vítima em tratamento"

() "Sem sequela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Tornozelo Esquerdo - Intenso - 75%

VIII. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal:


Dr. Grete Freitas Casabande
Médico - CRM 9050
Assinatura e carimbo do médico

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



José Ariberto Jerônimo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

14-2-1964

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2006099108836

9/8/2006

JOSE AURILIO JERONIMO

ESPEDITO JERONIMO E MARIA ZENEI
DA AMORIM

CARIDADE-CE

1/3/1954

CERT. CASAM. 307 L B 02 F

125 INHUPORANGA-CARIDADE-CE

30114217300 ID. ANT. 167557488

PORTALIZACE

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA 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):

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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 resíduo patrimonial? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIDADE
Impresso nº 2019533637



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 434 - 234 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **05/08/2019 11:20:34**
Data / Hora da Ocorrência: **05/02/2019 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSÉ SAMPAIO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **CARIDADE/CE**
Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **JOSE AURILIO JERONIMO**
Nascimento: **01/03/1954** CPF: **301.142.173-00**
RG: **2006099108836** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA ZENEIDA AMORIM**
ESPEDITO JERONIMO
Endereço: **RUA CORONEL JOSÉ SAMPAIO, 248**
Bairro: **DISTRITO DE CAMPO BELOS** CEP:
Município: **CARIDADE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYW3696** Uf: **CE** Município: **PACAJUS** Chassi:
9C2JC30708R641795 Renavam: **979243750** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2008 Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **MARIA DAS DORES DA SILVA JERONIMO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a esta Unidade Policial, o queixoso, informando que no dia, horas e local acima citado, encontrava-se pilotando a sua motocicleta acima citada, na Av. José Sampaio, quando o pneu dianteiro bateu em uma pedra, perdeu o controle da moto e veio a cair ao solo, desta queda teve um grande corte na perna esquerda, foi socorrido para o hospital desta cidade, transferido para Canindé, onde passou vinte dias hospitalizado, depois foi transferido para o IJF em Fortaleza, passou dois meses hospitalizados, foi submetido a quatro intervenções cirúrgicas, duas em Canindé e duas no IJF. Nada mais havendo, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIDADE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CLÁUDIO SÉRGIO LAMIM BARROCKAS - MAT.: 028488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Aurilio Jeronimo

VISTO DO DELEGADO(A):

DANIEL ARAGAO MOTA - MAT.: 300591-1-5

DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIDADE

Pág. 1 de 1

Rio de Janeiro, 01 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010354

Vítima: JOSE AURILO JERONIMO

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JOSE AURILO JERONIMO

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\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%	
Graduação: Em grau intenso 75%	
% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%	
Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 =	R\$ 2.531,25

Recebedor: JOSE AURILO JERONIMO

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 237

Agência: 000005099-7

Conta: 0000070175-0

Tipo: CONTA CORRENTE

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: ☐ DAME (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA 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):

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:

☐ RECLUSO 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 (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: (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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 resíduo patrimonial? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



Bradesco

Carimbo de segurança

Exibindo o **PIN** e o **CVV** no seu cartão
em todas as máquinas de cartão de crédito.

Para controlar o **PIN** e o **CVV**,
entre em contato com a sua agência.

Código seguro e aprovado.



5090 0035 6750 5205

01/22

5099 7

0070175 0 02 00

VÁLIDO ATÉ

AGÊNCIA

CÓDIGO

DIG. 1

DIG. 2

elo

JOSE AURILO JERONIMO

VÁLIDO SOMENTE NO BRASIL

Rio de Janeiro, 14 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010354

Vítima: JOSE AURILO JERONIMO

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JOSE AURILO JERONIMO

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 09 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200010354

Vítima: JOSE AURILO JERONIMO

Data do Acidente: 05/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE AURILO JERONIMO

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



BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JOSE AURILO JERONIMO

BANCO: 237

AGÊNCIA: 05099-7

CONTA: 000000070175-0

Nr. Autenticação

BRADESCO300120200500000000023705099000000070175253125 PAGO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416810/19

Vítima: JOSE AURILO JERONIMO

CPF: 301.142.173-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AURILO JERONIMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE AURILO JERONIMO : 301.142.173-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: JOSE AURILO JERONIMO
CPF: 301.142.173-00

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

JOSE AURILO JERONIMO

ALANA DA SILVA DE MATOS

Registro de Atendimento Emergencial

Por: MÂRCIA REJANE PEREIRA DE MORAIS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 22/02/2019 16:13:57	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 705207408563372	NOME: JOSE AURILO JERONIMO			Registro: 5601715			
CPF: 30114217300	RG: 2006099108836	D. NASC: 01/03/1954	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA ZENEIDE AMORIM			NOME DO PAI: ESPEDITO JERONIMO				
TIPO DE LOGRADOURO: Distrito	ENDEREÇO DO PACIENTE: CAMPOS BELOS		Nº: S/N:	BARRIO: ZONA RURAL			
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: CARIDADE		UF: CE	CEP: 62730000		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: JOSE AURILO JERONIMO		PARENTESCO:		TELEFONE: 991507103			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CRO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAEB:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista							
QUEIXAS: PERDA DE SUBSTÂNCIA NO CALCANHAR, HA 15 DIAS							
OBSERVAÇÕES: PROBL. DE EXTREMIDADES, DOR LEVE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala da Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora: SANTA CASA DE CANINDE
Convênio: SUS AMBULATORIO
Dados do Paciente

GUIA:
Usuário do Cadastro: VIRGINIAH
Usuário do Atendimento: FRANCISCO

Nome: JOSE AURILO JERONIMO

Paciente: 57709

Atendimento
1395104

Nome da Mãe: MARIA ZENEIDA AMORIM

Sexo: MASCULINO

Data Nascimento: 01/03/1954

Idade: 64 Anos / 11 Meses / 4 Dias

Endereço: RUA CORONEL JOSE SAMPAIO

Bairro: CAMPOS BELO

Cidade: CARIDADE

CEP: 62730000

Telefone:

Número: 248

Dados do Atendimento

Prestador Médico: ANTONIO VALDECI GOMES FREIRE

Data: 05/02/2019

Hora: 21:49:08

Especialidade: CIRURGIA GERAL

Serviço: CIRURGIA GERAL

Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: 2006099108836

Queixas:

T:

PA: 160/100

P:

IMACOVIGILÂNCIA Alérgica: () Sim () Não A que?

Anamnese: *Exposições com o corpo de febre
e com o corpo de febre aguda.
Avaliação de intestino e pele*

Exame Físico:

*ENTRADA: Paciente com febre em intervalos,
foi portador com prurido de pele e febre com
de prurido prurido de febre e febre com
e febre com febre e febre*

Hipótese Diagnóstica:

Cód. COD 10

Carimbo/Assinatura Médico-CRM
Dr. Antonio Valdeci Gomes Freire
CRM 57709

☐ Irritação

☐ Laceração

☐ Outros

Medicação

Carimbo/Assinatura
Enfermagem/COREN



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

Atestado Médico

Atesto para os devidos fins que o paciente JOSE AURILO JERONIMO, foi submetido a tratamento cirúrgico. Necessita de 30 (trinta) dias de afastamento de suas atividades.

CID: S91.3

Dr. Hayato Corrêa
Grupo Cirúrgico
Médico Residente
CRM 17943

Fortaleza, 18/04/2019

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80
RUA SENADOR POMPEU, 1757
Bairro: Centro Fone: 3255.5000
Fortaleza- CE CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

PACIENTE: JOSE AURILO JERONIMO

ENDEREÇO: RUA SENADOR POMPEU, 1757

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1) Cefalexina 500mg 28 comp.
Tomar 01 comprimido, de 6/6h, por 07 dias.

2) Daptoma 500mg 20 comp.
Tomar 01 comprimido até de 6/6h, por 05 dias.

Dr. Hayato Corrêa
Otorrinolaringologista
Médico Responsável
CREMEC 17945

Data: 18/04/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

ENDEREÇO:

FORNECEDOR

DATA: _/_/_

FORNECEDOR:

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Instituto Dr. José Frota
CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80
RUA SENADOR POMPEU, 1757
Bairro: Centro Fone: 3255.5000
Fortaleza- CE CEP: 60025-001

1ª VIA- FARMÁCIA

2ª VIA- PACIENTE

PACIENTE: JOSE AURILO JERONIMO

ENDEREÇO: RUA SENADOR POMPEU, 1757

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

1) Cefalexina 500mg 28 comp.
Tomar 01 comprimido, de 6/6h, por 07 dias.

2) Daptoma 500mg 20 comp.
Tomar 01 comprimido até de 6/6h, por 05 dias.

Dr. Hayato Corrêa
Otorrinolaringologista
Médico Responsável
CREMEC 17945

Data: 18/04/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME:

RG:

ENDEREÇO

FORNECEDOR

DATA: _/_/_

FORNECEDOR:



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA DA CIRURGIA PLÁSTICA

Nome: JOSE AURILO JERONIMO

Prontuário: 5601715

Unidade: 15

Leito: 03

RESUMO CLÍNICO: Paciente com perda de substância em calcâneo esquerdo, realizou retalho fasciocutâneo dia 22/03/2019, evoluindo com necrose. Foi realizado debridamento e enxerto dia 13/04/2019. Evolui com bom aspecto, em boas condições de alta hospitalar.

Diagnóstico Principal:

Sequelas apresentadas: (não se aplica)

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: (X) SIM () NÃO

1.1- CIRURGIA REALIZADA:

1.2- CIRURGIÃO:

1.3- TIPO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO:

1.4- DATA:

PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS: (X) SIM () NÃO

1.1- CIRURGIA REALIZADA:

1.2- CIRURGIÃO:

1.3- TIPO DE ANESTESIA/SEDAÇÃO:

1.4- DATA:

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em: _____

Observações:

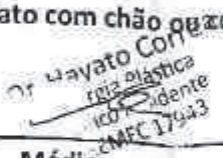
Marcar consulta no ambulatório da Cirurgia Plástica, AGENDAR RETORNO Dr. Roberto Cezar com 1 semana, extra.

Trocar curativo a cada 2 dias, no posto de saúde / upa.

Tomar medicações prescritas.

Não deixar calcâneo esquerdo em contato com chão ou com a cama

Data: 18/04/2019


Médico

CRM/Carimbo

In. 09.08.54

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA

Nome: Jose Aurilio Leonino
Cartão do SUS: 162381373300028 Telefone: _____
Idade: 64 PESO: _____ Horário: 21:15 Data: 05/08/12
PA: 140x80 T: _____ PULSO: _____ RESP: _____ DX: _____
Mãe: Mrs Zenilda Leonino
Pai: Exatito Leonino
Endereço: R. Zelas
ACIDENTE DE TRABALHO: () Sim () Não
EMITIR A CAT: () Sim () Não NOTIFICAR () Sim () Não

Evolução Médica e Conduta realizada: De acordo com
perda de tecido celular
subcutâneo no coto
após amputação de
mão direita (1º e 2º)

Evolução de Enfermagem: Curativos e
medicamentos
com o paciente

PACIENTE

MÉDICO (A)



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIDADE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

1. Preencher esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2 vias ao usuário, orientando-o com a 1ª via à Unidade de Origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Cartão dos SUS: _____ Telefone: _____

Distrito Sanitário: _____ Município: CARIDADE

Nome: José Augusto Fernandes Prontuário nº _____

Sexo: M (☒) F () Idade: 64 anos Ocupação: _____

Endereço: Campes Belo - Caridade

Motivo do Encaminhamento: Doença crônica, com perda de tecido celular subcutâneo no calcâneo esquerdo. Sólido conduto
Resultado do Exame: Exame do glândulas - Relat - grande

Conduta Já Realizada: Genética

Impressão Diagnóstico: Doença de tipo glândulas Esq.

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro _____ Função _____ Data 01/10/2019 Hora 11:20

AGENDAMENTO

Encaminhamento p/ Atendimento: Ambulatorial () Hospital () Auxílio Diagnóstico ()

Procedimento: _____ Profissional: Cirurgião

Unidade de Referência: HSE (Caridade) Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário nº _____ Data: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do Exame: _____

Diagnóstico Principal: _____ CID _____

Secundário 1 _____ CID _____

Secundário 2 _____ CID _____

Conduta realizada: _____

Proposta de Consulta p/ Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim () Não ()

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim () Não ()

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____ Função _____ Data 1/10/20 Hora _____



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO

2 - CNES

2527413

Data: 27/02/19

4 - CNES

2527413

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente
JOSE AURILO JERONIMO

7 - Cartão Nacional do SUS
162381573300008

8 - Data de Nascimento
01/03/1954

9 - Sexo
Masculino ☒ Feminino ☐

10 - Raça/Cor
03 - Parda

11 - Nome da Mãe
MARIA ZENEIDA AMORIM

13 - Nome Responsável
JOSE AURILO JERONIMO

15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)
RUA CORONEL JOSE SAMPAIO, 248 - CAMPOS BELO

16 - Município
CARIDADE

17 - IBGE
290300

18 - UF
CE

19 - CEP
62730030

10.1 - Etnia
0:00 - Não Se Aplica

12 - Telefone da Contato
5533432110

14 - Telefone da Contato
0

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
do paciente apresentando sinais de insuficiência cardíaca congestiva, com dispnéia progressiva, tosse com expectoração branca, edema de membros inferiores, fígado aumentado, etc.

21 - Condições que justificam a internação
Falta de controle da insuficiência cardíaca congestiva.

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
Exames de sangue e urina normais.

23 - Diagnóstico Inicial / Código
Insuficiência cardíaca congestiva.

24 - CID 10 Principal
I50.9

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
Procedimento de internação para tratamento da insuficiência cardíaca congestiva.

29 - Especialidade
Cardiologia

30 - Caracter de Atendimento
Ambulatorial

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
20034055260008

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

34 - Data da Solicitação
06/02/2019

35 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-5557 / CFE-49347 (RJ-25)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito

37 - () Acid. Trabalho Típico

38 - () Acid. Trabalho Trajeto

39 - CNPJ Seguradora

40 - R* Bihete

41 - Série

42 - CNPJ / Empresa

43 - CNAE / Empresa

44 - CÍOR

45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador
AURELIO PARENTE BARBOSA

47 - Cod. Orgão Emissor
M230280001

48 - Documento
(X) CNS () CPF

49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
201560652950007

50 - Data da Autorização

51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)

52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AII)

Código do Laudo: 1395161



SANTA CASA DE CARIDADE

Data de Impressão: 06/2/2019 08:34:56

Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro:

VIRGINIA R

Paciente: 57709

CNS: 162381573300008

Idade: 64 Anos / 11 Meses / 5 Dias

Nome do Paciente: JOSE AURILO JERONIMO

Data Nascimento: 1/3/1954

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: CASADO

Religião:

Profissão: AGRICULTOR

Naturalidade: CARIDADE

Endereço: RUA CORONEL JOSE SAMPAIO

Número: 248

Bairro: CAMPOS BELO

Cidade: CARIDADE

CEP: 62730000

Telefone: 0

Identidade: 2006099108836

CPF: 30114217300

Nome da Mãe: MARIA ZENEIDA AMORIM

Nome do Pai: ESPEDITO JERONIMO

Dados do Responsável

Nome: JOSE AURILO JERONIMO

Parentesco: MESMO(A)

Fone: 0

Endereço: RUA CORONEL JOSE SAMPAIO

Número: 248

Complemento:

CEP: 62730000

20383405526

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento:

IRANIC

Número: 1395161



Data: 06/02/2019 Hora: 08:32:38

Origem: INTERNACAO SUS

Unidade de Internação: POSTO 4

Tipo: ORTOPEDIA

Leito: APTO E1

Médico do Atendimento: 24 MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

Conselho: CRM-C-5557

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CNS: 203834055260008

Convênio: 1 SUS INTERNACAO

Plano: SUS INTERNACAO

Carteira:

Gula:

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Alodação: APARTAMENTO

Serviço: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

CID:

Procedimento principal:

Local de Procedência:

Observação:

Paciente/Responsável

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE 5557



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shs@fortalnet.com.br



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente: José Aurélio Jerônimo

Prontuário

Data da Cirurgia: 06/02/19

Enfermaria

Leito

Diagnóstico Pré-Operatório:

Cirurgia Proposta:

Cirurgia Realizada:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgião: Dr. Marcus

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesiista: Dr. Aplecio

Circulante: Helio

Instrumentador: Helio

Tipo de Anestesia: Raquí

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Realizada a cirurgia de
substituição da válvula
DA - a válvula de 15D
O cel. de
O D. de 15D e D. de 15D
após a colocação da válvula
O fud. p. p.

DR. MARCUS JUSSE
MÉDICO
CRM 4557 / 1 - 06 - 474 947 083-20



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

CNPJ: 07.113.558/0001-22

Praça Frei Aurélio, 1397 - Tele/Fax: (085) 3343-2110 - Canindé - Ceará



BOLETIM DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Jose Aurilio ferreira
IDADE: 64 anos TIPO SANGUÍNEO: _____
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____
CIRURGIA REALIZADA: _____
TIPO DE ANESTESIA: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: 10:20 TÉRMINO: 10:50 DURAÇÃO: 30 min
CIRURGIÃO: _____ CRM _____
1º AUXILIAR: _____ CRM _____
2º AUXILIAR: _____ CRM _____
ANESTESISTA: _____ CRM _____

MEDICAMENTO ANESTÉSICO DROGAS E INFUSÕES.

• SANGUE: _____	• KETALAR: _____	• ADRENALINA: _____
• PLASMA: _____	• FLAXEDIL: _____	• AMINOFILINA: _____
• S. GLICO FISIOLÓGICO	• DOLANTINA: _____	• FENERGAN: _____
• RINGER LACT.: <u>01</u>	• ATROPINA: <u>04</u>	• ERGOTRATE _____
• S. FISIOL.: <u>01</u>	• PROSTIGMINE: _____	• ETRANE _____
• S. GLICOSADO: _____	• VÁLIUM 10: _____	• HALOTANO: _____
• THIONEMBUTAL: _____	• PLASIL: _____	• OXIGÊNIO: _____
• INOVAL: _____	• FLEBOCORTID: _____	• XILOCAÍNA 5%: _____
• FENTANIL: _____	• EFORTIL: <u>01</u>	• MARCAÍNA 0,5%: <u>01</u>
• SOLUÇÃO DE MANITOL _____	• LIDOCAÍNA 2% _____	• XILOCAÍNA FRASCO AMP. _____
• DORMONID _____	• PAVULON _____	• QUELICIN _____
• ORASTINA _____	• MAGNOPIROL _____	• DIMORF: <u>01</u>
• VOLTAREN _____	• TAGAMET _____	• GENTAMICINA _____
• CLORANFENICOL _____	• AMPICILINA _____	• BICARB. DE SÓDIO _____
• LASIX _____	• CLORETO DE POTÁSSIO _____	• GARDENAL _____
• SULFATO DE MAGNÉSIO _____	• TRANSAMI _____	• VIT K _____
• TROFODERMIN _____	• FURACIN _____	• CICATRENE _____
• OUTROS: <u>Apulone 1/2</u>	• PROFENID _____	• TILATIL _____

OBSERVAÇÕES: _____

João Malcides de Lucena
Médico
CRM 12.345-CE

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

CANINDÉ-CE, _____ DE _____ DE 20 _____

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



BOLETIM CIRÚRGICO

Cirurgia: Quimica Púrpura Torácica Data: 06/02/18
Paciente: Jose Ruydo Proença
Cirurgião: Dr. Moisés Leito: Convênio:
1º Auxiliar: 2º Auxiliar: 3º Auxiliar:
Início: 10:10 Fim: 10:40 Duração: 30 min
Anestesia: Local Início: Fim: Duração:

MEDICAMENTOS	UNID.	QTD.	MATERIAIS	UNID.	QTD.	CONSIGNAÇÃO	QTD.
Adalat 5l	CAP		Azul de Metileno	ML		Óxido de Croma	
Adnocard	AMP		Agulha Descartável (40x12,25x7,13x4)	UN		Placa Inter-Cambrayel	
Adrenalina	AMP		Algodão Ortopédico	CM		Canal de Biston	
Água Destilada 10ml	AMP	03	Agulha Descartável Pandural	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Água Destilada 500ml	TB		Agulha Descartável Raqui	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Albumina Humana	FR		Abocath H'	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Alloferine	AMP		Aparelho p/ Tricotomia (desc)	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Amicacina	AMP		Alcool	ML		Canal de Ayta p/ CEC	
Aminoflita	AMP		Alcool Iodado	ML		Canal de Ayta p/ CEC	
Ampicilina	AMP		Água Oxigenada	ML		Canal de Ayta p/ CEC	
Antak	AMP		Assepsol	ML		Canal de Ayta p/ CEC	
amin	AMP		Atadura de Crepon (10cm; 15cm)	UN	02	Canal de Ayta p/ CEC	
ansil	AMP		Atadura de Crepon (20cm; 25cm)	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Atropina	AMP		Atadura Gessada (10cm; 15cm)	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Bicarbonato de Sódio	AMP		Atadura Gessada (20cm; 25cm)	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Bucopon	AMP		Algodão	GR		Canal de Ayta p/ CEC	
Catalan Sup	UN		Bolsa p/ Colostomia	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Codeína	AMP		Cal Sodado	GR		Canal de Ayta p/ CEC	
Cefalotina	AMP		Cateter Pandural	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Cefamezin	AMP		Cabon	CM		Canal de Ayta p/ CEC	
Cefestoro	AMP		Cera de Osso	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Ceforan	AMP		Cidaz	ML		Canal de Ayta p/ CEC	
Cielexa	AMP		Chumaca	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Cloralenicol	AMP		Coletor Urina Sistema Fechado	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Cloro de Potássio	AMP		Coletor de Urina Urofix	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Cloro de Sódio	AMP		Compressa Cirúrgica Pequena	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Clordrila de Nalafina	AMP		Compressa Cirúrgica Média	UN	06	Canal de Ayta p/ CEC	
Complexo B	AMP		Cateter p/ Oxigênio	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Decadron	AMP		Cânula p/ Traqueostomia	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Dilacorin	AMP		Dreno de Keel	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Dimorf	AMP	01	Dreno Penrose	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Diprona	AMP		Espandrapo	CM		Canal de Ayta p/ CEC	
Diprona Suposítora	UN		Eletrodo Descartável (Conj.)	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Diprona	AMP		Equipo p/ Bomba de Infusão	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Diprospon	AMP		Equipo p/ Infusão	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Dubotrex	AMP		Equipo p/ Transfusão	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
doanina	AMP		Equipo Microscópio	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Domonid	AMP	01	Equipo Bureta	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Dropendol	AMP		Equipo Fotossensível	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Efortil	AMP	01	Equipo p/ PVC	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Enjotrate	AMP		Elar	ML		Canal de Ayta p/ CEC	
Esmeron	AMP		Fita Cardíaca	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Ethamolin	AMP		Formal	ML		Canal de Ayta p/ CEC	
Eirane	ML		Fibrase	GR		Canal de Ayta p/ CEC	
Fentanil 05 ml	AMP		Fio Cat Gut Simple	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Fentanil 10 ml	AMP		Fio Cat Gut Cromado S/G	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Flagyl 500 mg	FR		Fio Cat Gut Cromado C/G	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Flaxedil	AMP		Fio Cat Gut Cromado	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Forane	ML		Fio Cat Gut Cromado Leçado	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Fortaz	AMP		Fio Monicron	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Fraxiparina 0,3 ml	AMP		Fio Absorção S/G	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Fraxiparina 0,6 ml	AMP		Fio Algodão C/G	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Furacil	GR		Fio Mononylon	ENV	02	Canal de Ayta p/ CEC	
Garzamicina (40,60 mg)	AMP		Fio Profene Cardíaco / II	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Garasone	GR		Fio Prolene	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Glicose (25%; 50%)	AMP		Fio Seta	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Glucosato de Cálcio	AMP		Fio Vicryl	ENV	01	Canal de Ayta p/ CEC	
Haemscel	FR		Fio Maxon	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Halotano	ML		Fio Valvekil	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Heparina	AMP		Fio Elhibond	ENV		Canal de Ayta p/ CEC	
Hidantal	AMP		Gilete	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Hypaque	AMP		Gelfoan	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Hypnamidate	AMP		Gase Alcochoado	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Inoval	AMP		Gorro Descartável	UN		Canal de Ayta p/ CEC	
Ipsilon	AMP		Gase	UN	03	Canal de Ayta p/ CEC	
Irixol	GR		Intracath	UN		Canal de Ayta p/ CEC	

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente: *Jon Aurélio Peres*

Prontuário:

Data da Cirurgia: *12/02/19*

Enfermaria:

Leito:

Diagnóstico Pré-Operatório:

Cirurgia Proposta:

Cirurgia Realizada:

Diagnóstico Pós-Operatório:

Cirurgião: *M. A. A. A.*

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Anestesista: *M. A. A. A.*

Circulante: *Helis*

Instrumentador: *Juliana*

Tipo de Anestesia: *Rapida*

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Realizada a cirurgia de
extirpação de tumor
na região da
perna esquerda
do paciente
com o uso de
anestesia geral
e curativo





HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

CNPJ: 07.113.558/0001-22

Praça Frei Aurélio, 1397 - TeleFax: (085) 3343-2110 - Canindé - Ceará



BOLETIM DE ANESTESIA

NOME DO PACIENTE: Jose Aurilio pereira
IDADE: 64 anos TIPO SANGÜÍNEO: A+
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Infarto do miocárdio
CIRURGIA REALIZADA: Revascularização do miocárdio
TIPO DE ANESTESIA: Alveolar ANESTÉSICO: Propofol
INÍCIO: 14h TÉRMINO: 15h DURAÇÃO: 1h
CIRURGIÃO: Dr. João Carlos CRM: 5157
1º AUXILIAR: Dr. João Carlos CRM: 5157
2º AUXILIAR: Dr. João Carlos CRM: 5157
ANESTESISTA: Dr. João Carlos CRM: 5157

MEDICAMENTO ANESTÉSICO DROGAS E INFUSÕES.

• SANGUE:	• KETALAR:	• ADRENALINA:
• PLASMA:	• FLAXEDIL:	• AMINOFILINA:
• S. GLICO FISIOLÓGICO	• DOLANTINA:	• FENERGAN:
• RINGER LACT.:	• ATROPINA:	• ERGOTRATE
• S. FISIOL.:	• PROSTIGMINE:	• ETRANE
• S. GLICOSADO:	• VÁLIUM 10:	• HALOTANO:
• THIONEMBUTAL:	• PLASIL:	• OXIGÊNIO:
• INOVAL:	• FLEBOCORTID:	• XILOCAÍNA 5%:
• FENTANIL:	• EFORTIL:	• MARCAÍNA 0,5%:
• SOLUÇÃO DE MANTO:	• LIDOCAÍNA 2%:	• XILOCAÍNA FRASCO AMP.
• DORMONID	• PAVULON	• QUELICIN
• ORASTINA	• MAGNOPIROL	• DIMORF
• VOLTAREN	• TAGAMET	• GENTAMICINA
• CLORANFENICOL	• AMPICILINA	• BICARB. DE SÓDIO
• LASIX	• CLORETO DE POTÁSSIO	• GARDENAL
• SULFATO DE MAGNÉSIO	• TRANSAMI	• VIT K
• TROFODERMIN	• FURACIN	• CICATRENE
• OUTROS:	• PROFENID	• TILATIL

OBSERVAÇÕES:

DR. MARTINHO JANSSEN DE CARVALHO
CRM: 1620 / 2014-11-02

CANINDÉ-CE

DE

DE 20

ASSINATURA E CARIMBO DO ANESTESISTA

• OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ.

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME:	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
<i>João Paulo Perceira</i>			

NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO, CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
04/02/19	<i>Hoje Paulo chegou apresentando trauma no pé. É após acidente motociclístico. Exame físico, principalmente cirúrgico.</i>	
	<i>Exame de extensor do pé direito, com tendão rompido, e fratura de 5ª falange, atingindo, com probabilidade, um terço do comprimento do osso. Também há fratura de 1ª falange do pé esquerdo, tendo sido comunicada ao T&F local. Também nos pés não visto e não justificado o grau de ulteriores. Rolo, porém, procedente de lesão da articulação do pé esquerdo.</i>	

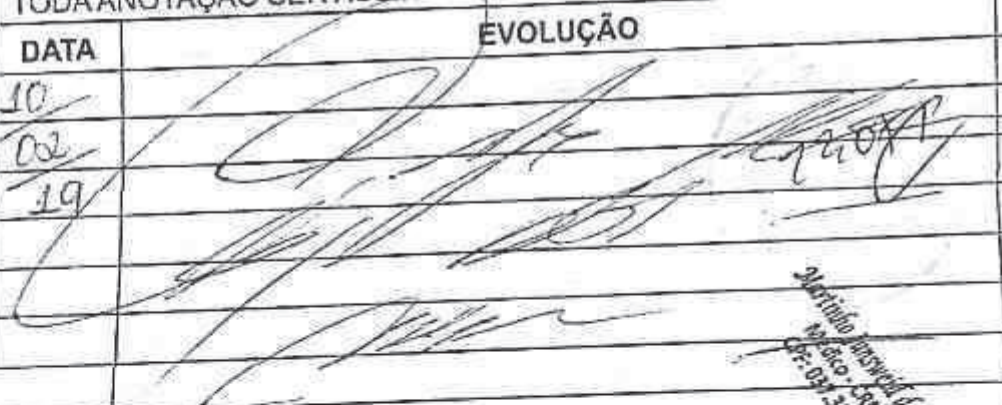
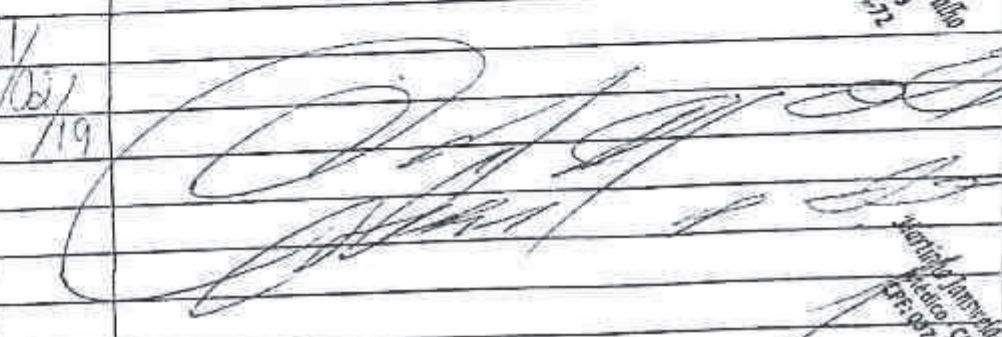
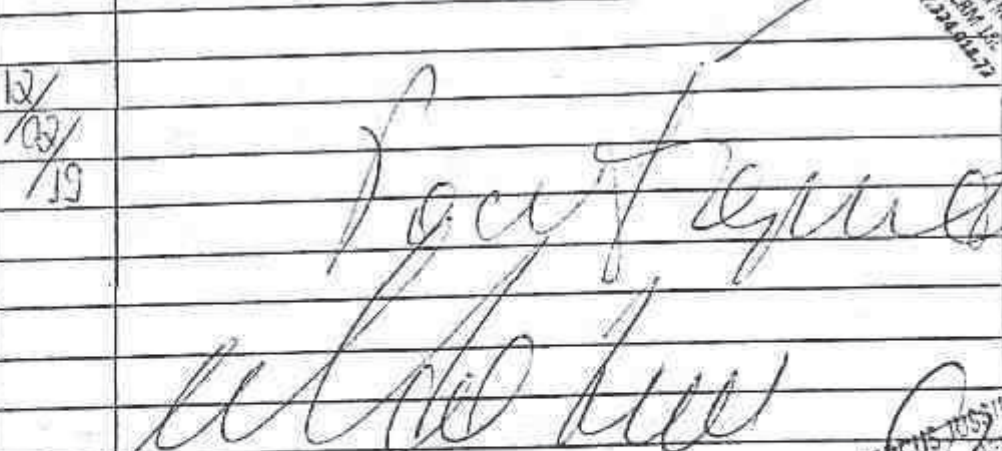
ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO DAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ
Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará
CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22
Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME:	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
Jose Guido Peronimo			
NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO, CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ.			
DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA	
10/02/19			
11/02/19			
12/02/19			

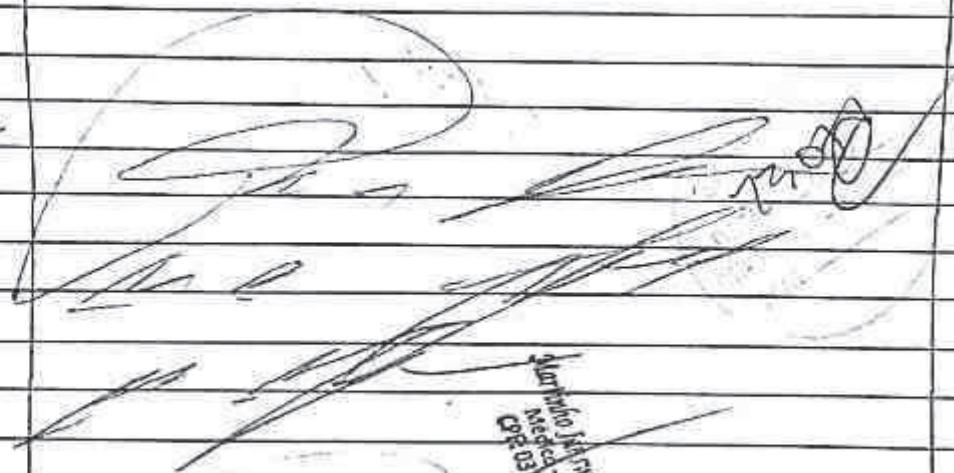
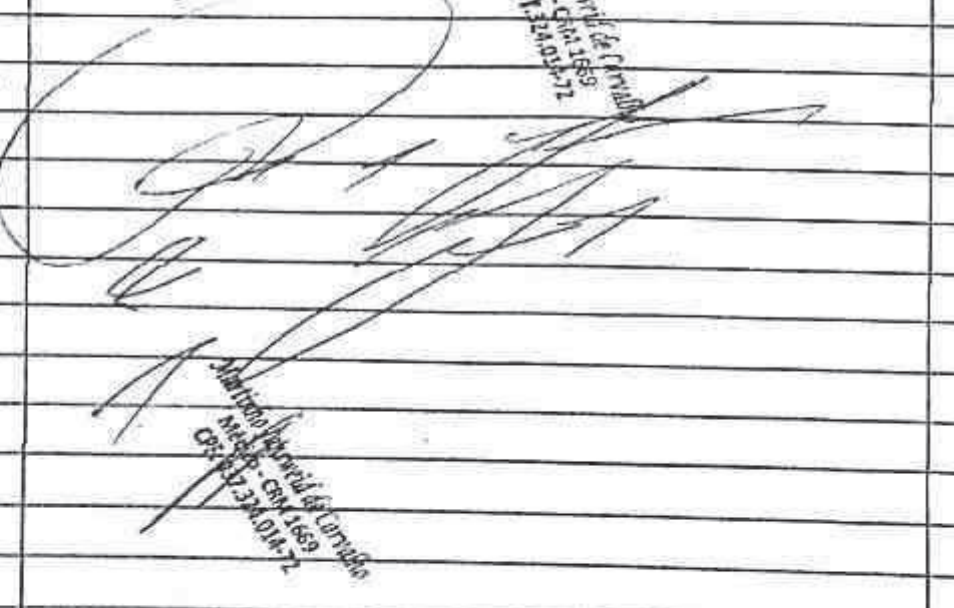
Marcelo Inácio de Carvalho
Médico - CRM 1569
CPF: 087.324.064-72

Marcelo Inácio de Carvalho
Médico - CRM 1569
CPF: 087.324.064-72

DR. MARCUS JOSÉ SOUZA DUARTE
Médico - CRM 1569
CPF: 087.324.064-72

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
13/ 02/ 19		
14/ 02/ 19		
15/ 02/ 19		
16/ 02/ 19		

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
	Muito melhor em P.V. grande profundo (aprox 15 cm) glândula 15 Pr. 140x80mm T=36 por 98% acurácia T.C. 72h Pr. 18mm Causas de do estômago sang + foto de fígado (ant. Sec.) Mortu.	Emprego de 63428
18/02/19		
19/02/19	 Mortuário Hospital de Curitiba Med. Carlos CR 031.340472 Mortuário Hospital de Curitiba Med. Carlos CR 031.340472	



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME:	Nº PRONTUÁRIO	ENF:	LEITO
Jose Aurilo frenume			

NOTAS SOBRE A EVOLUÇÃO DA DOENÇA, COMPLICAÇÕES CONSULTAS, MUDANÇAS DE DIAGNÓSTICO, CONDIÇÕES AO SER DADA ALTA, INSTRUÇÕES AO PACIENTE, DEVENDO TODA ANOTAÇÃO SER ASSINADA PELO PROFISSIONAL QUE A FEZ.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
20/02/19	<i>Admissão Hospitalar</i> <i>Transfusão</i> <i>Dr. Aurilo Frenume</i> <i>20.02.2019</i>	
21/02/19	Obtendo 5hs de Baudete e 6 horas 15° 24 por pressão corp. + 10.5 o ponto substituição em 10 relatório em 10.5 e 10.5 e 10.5 relatório em 10.5 e 10.5 e 10.5 após o período de 10.5 e 10.5 alente de 10.5 e 10.5 e 10.5 relatório em 10.5 e 10.5 e 10.5 em 10.5 e 10.5 e 10.5 no relatório em 10.5 e 10.5 e 10.5 Shirley 15. Dr. 160 x 90 mm R 36°C Pul. 119 mm R. 7.5h Apresenta melhora no hospital início de amparo plástico	

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

Dr. Sérgio Tavares
6347-5



HOSPITAL E MATERNUIDADE REGIONAL SAU

2ª Santa Casa de Caridade

Praça Frei Aurelio, 1397 - Centro - Curitiba - Paraná

Fone: (05) 3343.2110



MT-1395161

NOME

Carla de Jesus

LEITO

1395161

DATA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO MEDICAMENTOS

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

20/07/2007

20/07/2007

20/07/2007

MARCO JOSÉ ROCHA DUARTE

20/07/2007

20/07/2007

20/07/2007

20/07/2007

20/07/2007

20/07/2007

20/07/2007

20/07/2007

20/07/2007

20/07/2007

24 ✓

PRESCRIÇÃO.: 166546 DATA: 06/02/2019 09:00
USUÁRIO.....: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 9D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE.....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 4 LEITO...: APTO E1 COBERTURA: APARTAMENTO
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
COBERTURA: APARTAMENTO

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 DIETA GERAL

EDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA	2		6/6 hs	[06/02] . 12 . 18
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						[07/02] . 00 . 06
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO/AM	2		6/6 hs	[06/02] . 12 . 18
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						[07/02] . 00 . 06
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA	2		12/12 hs	[06/02] . 12
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						[07/02] . 00
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	5	2	4/4 hs	
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR						

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4857

SANTA CASA DE CANINDE INFORMATIZANDO PARA MELHOR SERVIR

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Administrația de Management a
Mantencărilor la SANTA CASA DE CANINDE

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: sasfc@fortalnet.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO	
José Danilo fernando						219	
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80			36,1			Handwritten signature Handwritten signature Handwritten signature
13:00	120/80	-	-	36,0			
19:00	132/80	-	-	36,6°	-	140x10	

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
07/02/19	Em 07:00 paciente 24 anos no 1º PO de CC+ extensor-intese de tornozelo e calcâneo, a mesma, avulso consciência preservada sem queixas,ambulando el auxílio, bgi De 13:00 Cliente mudou consciente, verbaliza no 1º P.O. CC+ extensor-intese de tornozelo e calcâneo, segue aos cuidados da equipe - 6864886.
07.02.19 19.02	Cliente 24 anos, consciente, orientado no 1º P.O. de CC+ extensor-intese de tornozelo e calcâneo. Sem queixas, ao cuidados da equipe.

PRESCRIÇÃO.: 166606 DATA: 08/02/2019 07:51
USUÁRIO....: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 10D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
1 DIETA GERAL							

EDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA		FC 2	6/6 hs	[08/02]	. 12 . 18
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						[09/02]	. 00 . 06
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO 7 AM		2	6/6 hs	[08/02]	. 12 . 18
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						[09/02]	. 00 . 06
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA		2	12/12 hs	[08/02]	. 12
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						[09/02]	. 00
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	S 2		4/4 hs		
Obs.: DAPIRONA 12/8 EV DS 4/4 HS SE FEBPE OU DOR							

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

DR. MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
MÉDICO
CRM: 5557 / CPF: 014.547.043-20
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM/CE: 5557

SANTA CASA DE CANINDE INFORMATIZANDO PARA MELHOR SERVIR



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDE

Praca Frei Aurelio, 1397 - Centro - Caninde - Ceará

CEP: 02700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 E-mail: sisfe2@portalnet.com.br



NOME		Nº PRONTUÁRIO		ENFERMARIA		LEITO	
José Augusto						24	
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80	-	-	36.2	-	-	Mateia
13:00	140/80	-	-				flam
19:45	130/80			36.5			flam

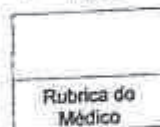
DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
08.02.19	07:00 Cliente 64 anos, consciente orientado e bem a- lizado. No 2º P.O. de 10 + 05 min. Intra de torçao e calcanhar E. Sem queixas co- municadas da equipe.
08/	13:00h Cliente, Sine No 2º P.O. L. e 19.02/ Antes mto de 10 min. gila. Sinais de 19. Sem queixas a equipe no período de.
	Dr. Carlos Matreiro Téc. de Enfermagem CBO 31.202.000
	Na 19:15h Cliente 64 anos, consciente orientado no 2º P.O. de 10 + 05 min. Intra de de torçao e calcanhar. S. Sem queixas comunicadas da equipe.
	Angela Maria Pereira Su Téc. de Enfermagem CBO 31.202.000

SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO
MV 2000 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
Relatório de Prescrição / Evolução

Página: 1/1
Emitido Por: CIDIANES
Data: 09/02/2019 09:38

PRESCRIÇÃO.: 166704 DATA: 09/02/2019 09:38
USUÁRIO....: CIDIANES
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 11D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 3 DIAS(S) INT

1ª VIA



MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data	Horários
2 OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA	2		6/6 hs	[09/02]	12 . 18
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						[10/02]	00 . 06
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO / AM	2		6/6 hs	[09/02]	12 . 18
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						[10/02]	00 . 06
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA	2		12/12 hs	[09/02]	12
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						[10/02]	00
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	S 2		4/4 hs		
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR							

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Martinho Janssens de Carvalho
Médico - CRM 1669
CPF: 037.314.014-72
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO		ENFERMARIA		LEITO	
Jose Quirilo Junior								219	
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA		
07:00	110x70	-	-	36.6			[Signature]		
13:00	120x70	-	-	36.6			[Signature]		
19:00	120x80			37			[Signature]		

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
09/	As 07:00 cliente 64 anos, no 3º D.I.H. por (diagn) 3º PO de D.O + osteomielite do fêmur esquerdo e valgo 16º graus, com abscesso da região 686/86.
19	As 13:00 cliente novamente orientada, no momento em operação, com afecções no aparelho, devida aos da região. 686/86.
19.02.19	Cliente segue no 3º PO de L.C + Osteomielite de fêmur e abscesso da região 686/86. Com ulcera no período 686/86.

PRESCRIÇÃO.: 166806 DATA: 11/02/2019 07:41
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO.: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 13D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 5 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

203

DIETA

DIETA GERAL

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 OXACILINA 500 MG	2	AMPOLA			6/6 hs	[11/02] . 12 . 18
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						[12/02] . 00 . 06
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO / AM			6/6 hs	[11/02] . 12 . 18
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						[12/02] . 00 . 06
4 CETOPROFENO 100MG PÔ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA			12/12 hs	[11/02] . 12
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						[12/02] . 00
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	S 2		4/4 hs	
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR						

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Martinho Jansweid de Carvalho
Médico - CRM 1669
CPF: 037.324.014-72
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 02700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: slsfc@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Frei Aurélio Jernozelo			903

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	130/80	80	20	36°C	—	—	Jernozelo
13:30	140/80	81	16	36°C	—	—	João da
19:46	130/80	—	—	36,4°C	—	—	João

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
11-02-19	07:00 - Paciente 64 anos, masculino, admitido em UTI, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Recebeu 500mg de Clopidogrel e 100mg de Aspirina. Foi realizado o cateterismo de Foley e a colocação de sonda nasogástrica. A medicação foi iniciada conforme prescrição médica.
	13:30 - Paciente consciente, orientado, com evolução satisfatória. Recebeu 500mg de Clopidogrel e 100mg de Aspirina. Foi realizado o cateterismo de Foley e a colocação de sonda nasogástrica. A medicação foi iniciada conforme prescrição médica.

11-02-19	19:46 - Paciente 64 anos, masculino, com diagnóstico de insuficiência cardíaca congestiva, hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus e doença renal crônica. Recebeu 500mg de Clopidogrel e 100mg de Aspirina. Foi realizado o cateterismo de Foley e a colocação de sonda nasogástrica. A medicação foi iniciada conforme prescrição médica.
----------	---

Entidade da Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.554/04 e Federal, Lei n.º 91/95, Decreto 50.517/01

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

PRESCRIÇÃO: 166671 DATA: 12/02/2019 09:05
 USUÁRIO: LYVIAN
 ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 14D)
 CONVÊNIO: SUS INTERNAÇÃO
 PACIENTE: 57709 - JOSE ADRIANO JERONIMO
 SEXO: M ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO: 06/02/2019 08:12 6 DIAS(6) INT

1ª VIA

Prescrição Médica

MÉDICO: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 UNID. INT.: PORTO 2 - CLÍNICA CIRÚRGICA
 CID: C17.0 CÍRCULO: 1/
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: GASTROENTEROENTEROLOGIA
 LEITO: 219 ORIENTAÇÃO: ADEQUADO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA ZERO

MEDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SP 0,2% EV DE 12/12 HS

5 DÍPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DÍPIRONA 12/8 EV DE 4/4 HS SE FEVER OU DOR

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

SANTA CASA DE CANINDE
 CRM-CE: 1

A Pedido de:

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 CRM-CE: 5557

Martinho Jansseld de Carvalho
 Médico CRM/164
 CPF: 037.324.014/72



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfr@fortalnet.com.br



NOME					Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
José Augusto							203
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	120/80			36°			Liana
14:00	105/70	-	-	36°			Liana
18:00	105/70	-	-	36°			Liana
19:28	120/70	-	-	36,8°	-	-	Liana

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
12/02/19	As 07:00 paciente G. Mendes no Q. 0141 por via. O.F.D. de LC + Osteoporose de tornozelo + calcâneo "E" com dor insuportável, em repouso com quitação, sigla nos cuidados. As 11:45 cliente deu entrada no CC por solicitação de uma internação compulsória de dependência química no Calceolus C. Quest = 01. Particularidade = 11. Medicamentos = 12. 150 Cliente para o CC com uma dose de insulina com RA = 120/80 mmHg. Atenc. Maria das Neves Téc. Enf. COREN-CE 016.7690
12/02/19	12:00 Cliente G. Mendes de LC Positivo, com dor insuportável no tornozelo e calcâneo "E" com dor insuportável, em repouso com quitação, sigla nos cuidados. P.O. 120/80 mmHg, 36,8°C. Atenc. Maria das Neves Téc. Enf. COREN-CE 016.7690
12/02/19	As 13:00 cliente com 120/80 de LC com calcâneo "E", com dor insuportável, em repouso com quitação, sigla nos cuidados. P.O. 120/80 mmHg, 36,8°C. Atenc. Maria das Neves Téc. Enf. COREN-CE 016.7690
12/02/19	As 19:40 Cliente com 120/80 de LC com calcâneo "E", com dor insuportável, em repouso com quitação, sigla nos cuidados. P.O. 120/80 mmHg, 36,8°C. Atenc. Maria das Neves Téc. Enf. COREN-CE 016.7690

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.316/94, Estadual, Lei n.º 12.534/91 e Federal, Lei n.º 9.125, Decreto 50.517/61

DES: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

PRESCRIÇÃO.: 166939 DATA: 13/02/2019 07:58
USUÁRIO....: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 15D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 7 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

203

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

MEDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

4 AMPOLA

2

6/6 hs

[13/02] . 12 . 18

[14/02] . 00 . 06

3 CEFALOTINA 1G
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

1 FRASCO / AM

2

6/6 hs

[13/02] . 12 . 18

[14/02] . 00 . 06

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

1 AMPOLA

2

12/12 hs

[13/02] . 12

[14/02] . 00

5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

1 AMPOLA

S 2

4 hs

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4637

SANTA CASA DE CANINDE INFORMATIZANDO PARA MELHOR SERVIR

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfe@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
João Azevedo			203

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
18:15	120/80			36°C			Bochella
19:00	130/70			36°C			Anchiera

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
30-02-13	P.A. 40 x 20 mmHg T 36,0 C Diária
7:40	consciente, aceita dieta, no P.O. de biópsia cirúrgica no osso "E", sem queixas na ferida - Medicação 374064.
13:15	cliente consciente, orientado evoluindo sem queixas no J.P.O. de PE no talco e. segue as cuidados da equipe. Fe de 165331
19:00	paciente segue consciente, orientado, repousa em decúbito PE, M.E.P.M., as cuidados da equipe. Fe 752505

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.550/94 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/61

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CAMPISTÊ.

PRESCRIÇÃO.: 166977 DATA: 14/02/2019 07:36
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 16D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 8 DIAS(S) INT

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1ª VIA

Rubrica do Médico

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

203

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

EDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA	2		6/6 hs	[14/02] . 12 . 18
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO/AM	2		6/6 hs	[14/02] . 12 . 18
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA	2		12/12 hs	[14/02] . 12
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	S 2		4/4 hs	[14/02] . 00
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR						

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4637

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDE

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: sbsfc@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
1915 D. Maria			253

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/90			36°			 
13:00	160x90	-	-	36°			
19:30	150/90	-	-	36°			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
14/02/19	às 07:00 Paciente G. em no 2 PO de IC no colono "E" evolui consciente, orientado sem sequelas, chumbado com fio, segue em chuchado. às 13:00 Paciente evolui consciente, orientado, verbaliza, no momento, sem sequelas em P.O. de D.C. no colono "E", segue com cuidados de higiene. B.P. 6/80
14/02/19	às 19:20 Paciente consciente sem sequelas no período.

PRESCRIÇÃO.: 167043 DATA: 15/02/2019 07:18
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO.: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 17D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 9 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLÍNICA CIRURGICA
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

MEDICAMENTOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA	2	✓	6/6 hs	[15/02] . 12 . 18 [16/02] . 00 . 06
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO/AM	2	✓	6/6 hs	[15/02] . 12 . 18 [16/02] . 00 . 06
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA	2	✓	12/12 hs	[15/02] . 12 [16/02] . 00
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA	S 2	✓	4/4 hs	
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR						

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

DR. MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
MÉDICO
CRM: 5557 | CPF: 429.842.843-20
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shisfc@fortalnet.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
João Amílcar						203

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80			36,5			Assinatura
13:00	140/80	-	-	36,5			
19:00	140/80			36,5			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
15/02/2019	On 07:00 paciente 64 anos, sexo masculino, em PO de Le na sala de espera "E", evolui com sintomas respiratórios, com dispnéia, segue sob observação.
	On 13:00 paciente consciente, orientado, verbaliza, com em PO de Edson de 4º grau, com dispnéia, segue sob observação.
	On 19:00 paciente segue insatisfeito, orientado verbalizando, nega dor, as unhas da extremidade.

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.554/94 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/61

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

Prescrição: 167115 DATA: 14/02/2019 07:33
 USUARIO: LIVING ATENDIMENTO: 1393161 DT NAC: 01/03/1954 (64A, 11M, 1D)
 COSEVEMIO: SUS INTERCOMUNICACAO PACIENTE: 57109 - JOSE / BRILLO JERO JHO
 FESD: ALTERNA: SUP. CORRECAO INTERCOMUNICACAO: 05/02/2019 (4:32 10 DIA) INT
 MEDICO: MARCOS JUSSELI SOUZA DUARTE
 CID: NOSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
 DIAGNOSTICO: CID: NOSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
 PRONTO-SOLU: CID: NOSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
 CLASSIFICACAO DE RISCO:

1ª VIA
 Rubrica do Medico

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Ord. Unid.: SN: Aut. Freqüência: Data: Horas:

DIAGNOSTICOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

3 CEFALOTINA 1G

Obs: CEFALOTINA 1G EV DE 6/6 HS

4 CETOPIROFENO 10MG PO - EV (PROFENID)

Obs: CETOPIROFENO 100MG + 100MG, SE 0,91 EV DE 12/12 HS

5 DIPIRONA 500 MG ML AMP

Obs: DIPIRONA 22,8 EV DE 4/4 HS

Ord. Unid.	SN	Aut.	Freqüência	Data	Horas
2	OXACILINA	2	65 hs	11/02	12.18
3	CEFALOTINA	2	65 hs	11/02	00.09
4	CETOPIROFENO	2	65 hs	11/02	12.18
5	DIPIRONA	2	65 hs	11/02	00.06

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSV - COLETA DE SÍMPLAS VITAIS

Ord. Unid.: SN: Aut. Freqüência: Data: Horas:

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
 CRMA-CE 1

DR. MARCOS JUSSELI SOUZA DUARTE
 MEDICO
 MARCOS JUSSELI SOUZA DUARTE
 CRMA-CE 559

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfe@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
JOÃO LINS			209

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	120/80			36			12/11/11
13:30	120x80	80	20	36	-	-	50000000
19:00	130x80	73	19	36			Bucina

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
15.02.19	08:00 paciente em repouso no 1º dia de internamento, com "E", sinais vitais estáveis, orientado, sem alterações, segue em observação. 16.02.19 13:00 Clínica 64 as Gostosa com 1/2 litro de leite, acido, 1/2 litro de leite, no 1º dia de internamento, com "E", sinais vitais estáveis, orientado, sem alterações, segue em observação. 16.02.19 13:00 Clínica 64 as Gostosa com 1/2 litro de leite, acido, 1/2 litro de leite, no 1º dia de internamento, com "E", sinais vitais estáveis, orientado, sem alterações, segue em observação. 16.02.19 13:00 Clínica 64 as Gostosa com 1/2 litro de leite, acido, 1/2 litro de leite, no 1º dia de internamento, com "E", sinais vitais estáveis, orientado, sem alterações, segue em observação.

Larissa Barbosa Miranda
Téc. em Enfermagem
Fones: (11) 001 165 032

Yusuf M. El-Qasbi
Diploma in Reframing
of the Islamic Law

PRESCRIÇÃO.: 167187 DATA: 17/02/2019 09:21
USUÁRIO.: CIDIANES
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 19D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 11 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

203
213

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

EDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
4 AMPOLA 2 6/6 hs [17/02] . 12 . 18
[18/02] . 00 . 06

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 FRASCO/AM 2 6/6 hs [17/02] . 12 . 18
[18/02] . 00 . 06

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 AMPOLA 2 12/12 hs [17/02] . 12
[18/02] . 00

5 DIPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DIPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários
1 AMPOLA S 2 4/4 hs

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

A Pedido de:

Martinho Janssens de Carvalho
Médico - CRM 1669
CPF: 037.374.014-72
PLANTONISTA
CRM-CE: SHSFC

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDE
Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará
CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.413.558/0001-22
Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfe@fortalnet.com.br



NOME	Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO
Jose Eduardo			205

HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	SINASSINATURA
07:00	110x80	-	-	36°			 Dr. [Signature] 00/00/00
13:00	110	-	-	36.5			
19:00	130x90			36			

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
17/02	As 07:00 Paciente 69 anos, no 11º DH por alugo. 3º P.O. de H.C no Colégio "E", acordado consciente, orientado, verbaliza, não, mantendo sem queixas ou sintomas. 696486.
19/02	As 13:00 hs, Paciente segue para exames no período. - Genitor - Sociedade de Assistência Técnica de Enfermagem COREN - CE 322.309
17.02.19	Paciente segue no 11º DH por 2º P.O. no Colégio 19:00 exames realizados. Paciente acordado, orientado, verbaliza, não, mantendo sem queixas no período dos exames. 696486.
	Luciene Sousa F. Queiroz Técnica de Enfermagem COREN: 543.693

Entidade de Origem: Polícia Militar, Lei n.º 1.110/04, Estadual, Lei n.º 12.554/04 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/61
OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO DAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CAMANDUÍ

PRESCRIÇÃO.: 167327 DATA: 18/02/2019 07:39
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 20D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 12 DIAS(S) INT

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLÍNICA CIRURGICA
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1ª VIA

Rubrica do Médico

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apt Frequência Data Horários

1EDICAMENTOS

OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd Unidade SN Apt Frequência Data Horários
4 AMPOLA 2 6/6 hs [18/02] . 12 . 18
[19/02] . 00 . 06

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

1 FRASCO / AM 2 6/6 hs [18/02] . 12 . 18
[19/02] . 00 . 06

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

1 AMPOLA 2 12/12 hs [18/02] . 12
[19/02] . 00

5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DAPIRONA 12/8 EV DE 4/4 HS SE FEVERE OU DOR

1 AMPOLA 5 2 4/4 hs

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apt Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE

CRM-CE: 1

DR. MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
MÉDICO
CRM: 5557 | CPF: 494.747.043-20
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsic@fortalnet.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO		ENFERMARIA	LEITO
Sora Aurile Zorionne							213
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/90	-	-	36.1°	-	-	
13:00	140/90	-	-	36.1°	-	-	
19:05	140/80	-	-	36.4°	-	-	

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
12/02/19	In F.O) apresenta 24 horas no 5º de LC no ambulatório "Sociedade Beneficente de Educação, Assistência, e Cultura de São Paulo" Seguindo as orientações. Letícia Barbosa Almeida Téc. em Enfermagem COREN-CE 001.165.032
	Às 13:00 Cliente consciente, orientado, ambulatório, com furo de calcanhar "BC" no membro direito ag. liberto C.R. das orientações de equipe. 6884086
18/02/19	Às 10:56 Cliente consciente, sem febre no período. Rita da Cunha Vieira Téc. de Enfermagem COREN-CE 001.029.399

Entidade de Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.554/94 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/61

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDE

PRESCRIÇÃO.: 167305 DATA: 19/02/2019 08:33
USUÁRIO....: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 21D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 13 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

MEDICAMENTOS

Qtd	Unidade	SN	Ap	Frequência	Data	Horários
2	OXACILINA 500 MG			6/6 hs	[19/02]	12 - 18
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS						
3	CEFALOTINA 1G			6/6 hs	[19/02]	12 - 18
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS						
4	CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)			12/12 hs	[19/02]	12
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS						
5	DIPIRONA 500 MG/ML AMP			4/4 hs	[20/02]	00
Obs.: DIPIRONA 12;8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR						

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

Martinho Jussier de Carvalho
Médico - CRM 1569
CPF: 037.324.014-72

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedores da SANTA CASA DE CANINDÉ.

Prça Frei Aurelio, 1397 - Centro • Canind - Cear

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefones: (85) 3343-2110 E-mail: disfeg@portalnet.com.br

[illegible]

Entidade de Unidade Pública Municipal, Lei n.º 1.310/94, Estadual, Lei n.º 12.554/94 e Federal, Lei n.º 91/35, Decreto 50.517/61

2ª VIA

Rubrica do Médico

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM
PRESCRIÇÃO DE LEITO: 210 DATA: 20/02/2019 07:25
USUÁRIO....: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 22D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNACAO.: 06/02/2019 08:32 14 DIAS(S) INT

MÉDICO.....: MARCUS JOSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPIEDIA/TRAUMATOLOGIA
LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

EDICAMENTOS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	OXACILINA 500 MG	4 AMPOLA	2	6/6 hs	[20/02] . 12 . 18 [21/02] . 00 . 06
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS					
3	CEFALOTINA 1G	1 FRASCO/AM	2	6/6 hs	[20/02] . 12 . 18 [21/02] . 00 . 06
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS					
4	CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1 AMPOLA	2	12/12 hs	[20/02] . 12 [21/02] . 00
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS					
5	DIPIRONA 500 MG/ML AMP	1 AMPOLA	S 2	4/4 hs	
Obs.: DIPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR					

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4637

PRESCRIÇÃO.: 167380 DATA: 21/02/2019 07:32
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 23D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 15 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

1 DIETA GERAL

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

EDICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4	AMPOLA	✓	✓	6/6 hs	[21/02] . 12 . 18
✓	✓	✓	✓	✓	[22/02] . 00 . 06

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	FRASCO / AM	✓	✓	6/6 hs	[21/02] . 12 . 18
✓	✓	✓	✓	✓	[22/02] . 00 . 06

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	AMPOLA	✓	✓	12/12 hs	[21/02] . 12
✓	✓	✓	✓	✓	[22/02] . 00

5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DAPIRONA 12;8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1	AMPOLA	✓	✓	4/4 hs	

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Martinho Janssweid de Carvalho
Médico - CRM 1669
CPF: 037.041.100-04
AURELIO PARENTE BARBOSA
CRM-CE: 4637



ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Via Santa Casa de Canindé

Rua Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.555/0001-22

Fone: (85) 3343-2110 E-mail: shfco@fortalinet.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO	ENFERMARIA	LEITO	
Mrs. Dora B						33	
DATA	DI	PO	PR	EMP	GLUCEMIA	INSULINA	ASSINATURA
13:25	18/09			360			Docilina
19:30	18/09			360			Equipe

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

13/09/2018 - Paciente 64 anos, 1,60m, 65kg, com diabetes tipo 2, em uso de insulina. Apresenta queixa de fome, náusea e vômito. Evoluiu bem, com melhora no 9º P.O. de L.C. em uso de insulina. Segue sob cuidados da Equipe. (Assinatura: Docilina/605337)

19/09/2018 - Ao 19:30, paciente 64 anos, com evolução bem, melhora no 9º P.O. de L.C. em uso de insulina. Segue sob cuidados da Equipe. (Assinatura: Equipe/605337)

PRESCRIÇÃO.: 167447 DATA: 22/02/2019 07:44
USUÁRIO.: LYVIAG
ATENDIMENTO.: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 24D)
CONVÊNIO.: SUS INTERNACAO
PACIENTE.: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 16 DIAS(S) INT

MÉDICO.: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT.: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.: CICLO.: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO.:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEdia/TRAUMATOLOGIA
LEITO.: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

1ª VIA

Rubrica do
Médico

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

1 DIETA GERAL

TRICAMENTOS

2 OXACILINA 500 MG

Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2	4 AMPOLA		2	6/6 hs	[22/02] . 12 . 18
12	13	00	06		[23/02] . 00 . 06

3 CEFALOTINA 1G

Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS

12	18	00	06		[22/02] . 12 . 18
					[23/02] . 00 . 08

4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)

Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS

1	AMPOLA	2	12/12 hs		[22/02] . 12
					[23/02] . 00

5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP

Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR

1	AMPOLA	S 2	4/4 hs		
---	--------	-----	--------	--	--

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

Qtd Unidade SN Apl Frequência Data Horários

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Martinho Janssens de Carvalho
Médico - CRM 16.39
CPF: 037.324.014-72
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenimento da SANTA CASA DE CASINDE

Praca Frei Aurélio, 1397 - Centro - Curitiba - Paraná

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (85) 3343-2110 / E-mail: shylfc@fortalacet.com.br



NOME				Nº PRONTUÁRIO		ENFERMARIA	LEITO
Jose Durlo							213
HORA	PA	PULSO	FR	TEMP	GLICEMIA	INSULINA	ASSINATURA
07:00	140/80			36°			Amorim
13:00	140/80	-	-	36°	-	-	Netalia
19:00							

DATA	EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM
22/02/19	As 07:00 paciente 64 anos, no 3º FO de LC em exames "E" agudizados. Paciente em CP, estável, consciente, orientada, sem queixas, segue em observação. <i>no</i> <i>Luana Barbosa Miranda</i> Enf. em Enfermagem CRP 58.101.163770
22.02.13.00	Cliente 64 anos, consciente, orientado sem alterações no momento. Paciente se dirigiu a farmácia para uma avaliação médica em hospital ferentino.
22.02.19	Cliente encontra-se em farmácia para realizar exames. <i>Luana Barbosa Miranda</i> Enfermeira CRP 58.101.163770

PRESCRIÇÃO.: 167519 D.TA: 23/02/2019 09:28
USUÁRIO....: CIBIANES
ATENDIMENTO: 1395161 DT NASC: 01/03/1954 (64A 11M 25D)
CONVÊNIO....: SUS INTERNACAO
PACIENTE....: 57709 - JOSE AURILO JERONIMO
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 06/02/2019 08:32 17 DIAS(S) INT

1ª VIA
1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO.....: MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
UNID. INT...: POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
CID.....: CICLO...: 1/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

SERVIÇO: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

LEITO...: LEITO 210 COBERTURA: APARTAMENTO

23/02/19

213

1395161

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA	Qtd	Unidade	SN	ApI	Frequência	Data	Horários
1 DIETA GERAL							
EDICAMENTOS							
2 OXACILINA 500 MG	4	AMPOLA		2	6/6 hs	[23/02]	. 12 . 18
Obs.: OXACILINA 2G EV DE 6/6 HS	12	18:00:06				[24/02]	. 00 . 06
3 CEFALOTINA 1G	1	FRASCO / AM		2	6/6 hs	[23/02]	. 12 . 18
Obs.: KEFLIN 1G EV DE 6/6 HS	12	18:00:06				[24/02]	. 00 . 06
4 CETOPROFENO 100MG PÓ - EV (PROFENID)	1	AMPOLA		2	12/12 hs	[23/02]	. 12
Obs.: PROFENID 100MG + 100ML SF 0,9% EV DE 12/12 HS	10	22				[24/02]	. 00
5 DAPIRONA 500 MG/ML AMP	1	AMPOLA		S 2	4/4 hs		
Obs.: DAPIRONA 12:8 EV DE 4/4 HS SE FEBRE OU DOR							

PROCEDIMENTO DE ENFERMAGEM

6 SSVV - COLETA DE SINAIS VITAIS

Transcrito Por:

A Pedido de:

SANTA CASA DE CANINDE
CRM-CE: 1

Martinho Jussier de Carvalho
Médico CRM 1669
CPF: 037.374.014-72
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
CRM-CE: 5557

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CASINDE

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telephone: (85) 3343-2110 / E-mail: shsfc@foralnet.com.br

[illegible]

Entidade da Utilidade Pública Municipal, Lei n.º 1.316/94, Estadual, Lei n.º 12.554/94 e Federal, Lei n.º 81/35, Decreto 50.517/61;
OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CARANGA

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO PARA _____

14920033073



HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL SÃO FRANCISCO

A Santa Casa de Canindé

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará - CEP: 62700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22
 Telefone: (085) 3343-2110 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ - FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE DE ORIGEM: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO - 5ª COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE - MUNICÍPIO: CANINDÉ

NOME: João da Silva PRONTUÁRIO Nº _____
 SEXO: M ☒ F ☐ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ TELEFONE: _____
 END.: _____ BAIRRO: _____ CIDADE: Canindé

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: paciente com dor abdominal
de origem desconhecida
 RESULTADO DO(S) EXAME(S): exame de fezes

CONDUTA JÁ REALIZADA: _____
 IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: Enterite aguda
 ASSINATURA DO ENCAMINHANTE: [assinatura] Nº REGISTRO: _____ FUNÇÃO: _____ DATA: 18/02/19 CID: _____ HORA: _____

AGENDAMENTO
 ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: AMBULATORIAL ☐ HOSPITALAR ☒ AUXÍLIO DIAGNÓSTICO ☐
 PROCEDIMENTO: Exame físico PROFSSIONAL: _____
 UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____ PRONTUÁRIO Nº _____ ALTA: ____/____/____
 MUNICÍPIO: _____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: _____
 RESULTADO DO(S) EXAME(S): _____
 DIAGNÓSTICO: PRINCIPAL _____ CID: _____
 SECUNDÁRIO 1 _____ CID: _____
 SECUNDÁRIO 2 _____ CID: _____

PROPOSTA DE CONSULTA PARA SEGUIMENTO: _____

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM ☐ NÃO ☐ O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM ☐ NÃO ☐

ASSINATURA DO CONSULTANTE: Nº REGISTRO _____ FUNÇÃO: _____ DATA: ____/____/____ HORA: _____

OBS: ESTE FORMULÁRIO É DE USO EXCLUSIVO NAS DEPENDÊNCIAS DO HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ.

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0416810/19

Vítima: JOSE AURILO JERONIMO

CPF: 301.142.173-00

Seguradora: COMPREV SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/02/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSE AURILO JERONIMO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

JOSE AURILO JERONIMO : 301.142.173-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2019
Nome: JOSE AURILO JERONIMO
CPF: 301.142.173-00

JOSE AURILO JERONIMO

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2019
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

ALANA DA SILVA DE MATOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



José Ariberto Jerônimo

ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira DE IDENTIDADE

14-2-1964

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2006099108836

9/8/2006

JOSE AURILIO JERONIMO

ESPEDITO JERONIMO E MARIA ZENEI
DA AMORIM

CARIDADE-CE

1/3/1954

CERT. CASAM. 307 L B 02 F

125 INHUPORANGA-CARIDADE-CE

30114217300 ID. ANT. 167557488

PORTALIZACE

LEI Nº 7.118 DE 29/06/83



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIDADE
Impresso nº 2019533637



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 434 - 234 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **05/08/2019 11:20:34**
Data / Hora da Ocorrência: **05/02/2019 20:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSÉ SAMPAIO**
Complemento:
Bairro: **CENTRO** Município: **CARIDADE/CE**
Ponto de Referência:



Noticiante(s)

Nome: **JOSE AURILIO JERONIMO**
Nascimento: **01/03/1954** CPF: **301.142.173-00**
RG: **2006099108836** Orgão Emissor: UF:
Filiação: **MARIA ZENEIDA AMORIM**
ESPEDITO JERONIMO
Endereço: **RUA CORONEL JOSÉ SAMPAIO, 248**
Bairro: **DISTRITO DE CAMPO BELOS** CEP:
Município: **CARIDADE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HYW3696** Uf: **CE** Município: **PACAJUS** Chassi:
9C2JC30708R641795 Renavam: **979243750** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN** Ano Fabricação:
2008 Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**
Proprietário: **MARIA DAS DORES DA SILVA JERONIMO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Compareceu a esta Unidade Policial, o queixoso, informando que no dia, horas e local acima citado, encontrava-se pilotando a sua motocicleta acima citada, na Av. José Sampaio, quando o pneu dianteiro bateu em uma pedra, perdeu o controle da moto e veio a cair ao solo, desta queda teve um grande corte na perna esquerda, foi socorrido para o hospital desta cidade, transferido para Canindé, onde passou vinte dias hospitalizado, depois foi transferido para o IJF em Fortaleza, passou dois meses hospitalizados, foi submetido a quatro intervenções cirúrgicas, duas em Canindé e duas no IJF. Nada mais havendo, vai devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIDADE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

CLÁUDIO SÉRGIO LAMIM BARROCKAS - MAT.: 028488-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Aurilio Jeronimo

VISTO DO DELEGADO(A):

DANIEL ARAGAO MOTA - MAT.: 300591-1-5

DELEGACIA MUNICIPAL DE CARIDADE

Pág. 1 de 1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA 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):

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: ☐ RECLUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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 (003) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: CONTA:

☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- 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.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (ou 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 resíduo patrimonial? ☐ 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

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rgo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rgo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rgo)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)