



**EXCELENTÍSSIMO(A) SENHOR(A) DOUTOR(A) JUIZ(A) DE DIREITO DA
___VARA CÍVEL DA COMARCA DE BARBALHA/CEARÁ**

AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DPVAT

REQUERENTE: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO LUNA

**REQUERIDA: SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT S/A**

ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO LUNA, brasileiro, casada, agricultora, portadora do RG nº 20070552740 SSP/CE e inscrita no CPF nº 044.741.943-90, residente e domiciliada no Sítio Bela Vista, nº 88, Distrito do Caldas, CEP nº 63.180-000, cidade de Barbalha/CE, devidamente representada por seus advogados que esta subscreve, procuração em anexo, vem respeitosamente perante Vossa Excelência, promover a presente **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DPVAT**, com fulcro na Lei nº 6.194/74 e art. 319 e seguintes do Código de Processo Civil, em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ nº 09.248.608/0001-04, situada na Rua da Assembléia, nº 100, 16º Andar, bairro Centro, CEP nº 20.011-000, cidade do Rio de Janeiro/RJ, pelos fatos e fundamentos jurídicos a seguir expostos:

I. PRELIMINARMENTE

a) Das Notificações E Intimações

Preliminarmente, requer a Vossa Excelência que todas as intimações e notificações atinentes ao presente feito sejam dirigidas ao **Dr. THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, inscrito na OAB/CE nº 20.787**, sob pena de nulidade processual, conforme dispõe o art. 272, §2º do CPC.

b) Da Gratuidade Da Justiça

Conforme o disposto nos artigos 98 e 99 do Código de Processo Civil, a parte autora **REQUER OS BENEFÍCIOS DA GRATUIDADE DA JUSTIÇA**, por declarar-se pobre na forma da lei, não podendo dessa forma arcar com as despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento e dos seus familiares. Pelo que se requer desde já, por ser de direito.

c) Da Audiência De Conciliação

Atendendo ao disposto no artigo 319, inciso VII do CPC, a parte autora informa que não possui interesse na realização de audiência de conciliação ou mediação.

d) Do Prazo Prescricional

Nesta oportunidade, a fim de evitar qualquer arguição em sentido contrário, a parte autora vem afastar qualquer alegação de prescrição que possa ser apresentada pela parte promovida.

De acordo com o Enunciado nº 405 da Súmula do Superior Tribunal de Justiça “A ação de cobrança do seguro obrigatório (DPVAT) prescreve em três anos”, cujo termo inicial, em regra, é a ciência da incapacidade, conforme Enunciado nº 278 da Súmula do STJ.

Entrementes, ocorrendo pagamento parcial ainda na esfera administrativa, é entendimento unânime nos tribunais pátrios que o prazo prescricional seja interrompido, iniciando-se a contagem de um novo prazo trienal a partir de tal momento. Nesse sentido versa o Acórdão Repetitivo prolatado pelo Superior Tribunal de Justiça:

RECURSO ESPECIAL. REPRESENTATIVO DA CONTROVÉRSIA. AÇÃO DE COBRANÇA. SEGURO OBRIGATÓRIO. DPVAT. COMPLEMENTAÇÃO DE VALOR. PRESCRIÇÃO. PRAZO TRIENAL. SÚMULA Nº 405/STJ. TERMO INICIAL. PAGAMENTO PARCIAL. 1. A pretensão de cobrança e a pretensão a diferenças de valores do seguro obrigatório (DPVAT) prescrevem em três anos, sendo o termo inicial, no último caso, o pagamento administrativo considerado a menor. 2. Recurso especial provido. Acórdão submetido ao regime do art. 543-C do CPC e da Resolução/STJ nº 8/2008.

Portanto, resta evidente no caso em tela que não houve prescrição quanto ao direito da parte requerente, haja vista que entre o termo inicial e o termo final não transcorreu lapso temporal superior a 03 (três) anos.

II. DOS FATOS

a) Síntese Do Acidente

No dia 13 de maio de 2019, por volta das 18h15min, a requerente foi vitimada por um acidente automobilístico na cidade de Barbalha/CE, sendo em razão disso lavrado Boletim de Ocorrência nº 421-3022/2019, cuja cópia segue em anexo.

O acidente ocorreu da seguinte forma: a autora conduzia uma motocicleta modelo Honda/BIZ 125 ES, de Placa NUX8316, quando foi surpreendida por um cachorro que atravessou na frente do veículo, e ao desviar perdeu o equilíbrio do veículo e caiu, sofrendo em razão disso lesão gravíssima de **FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO ULNA – CID 10 S 52.6; METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO DIREITO; FRATURA DE MANDÍBULA – CID 10. S 026; TRAUMA EM PUNHO (DEFORMIDADE NO PUNHO) E JOELHO DIREITO; ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII; TRAUMA EM FACE E CEFALÉIA**, conforme documentação médica em anexo.

b) Das Sequelas Do Acidente

A requerente foi socorrida por um popular e levada para o Hospital Regional do Cariri, onde foi constatada a presença de **FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO ULNA – CID 10 S 52.6; FRATURA DE MANDÍBULA – CID 10. S 026; TRAUMA EM PUNHO (DEFORMIDADE NO PUNHO) E JOELHO DIREITO; ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII; TRAUMA EM FACE E CEFALÉIA**, conforme documentos médicos que seguem em anexo.

Em decorrência do trauma a vítima foi submetida a diversos tratamentos hospitalares de urgência a fim de tratar as lesões decorrentes do acidente, inclusive **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (PRINCIPAL); OSTEOSÍNTESE DE FRATURA MANDIBULAR À DIREITA.**

Ocorre que, mesmo após o término do tratamento a requerente ainda apresenta gravíssimas sequelas do acidente, a saber: DOR RESIDUAL E LIMITAÇÃO FUNCIONAL, entre outras que foram diagnosticadas pela equipe médica que a acompanha.

Por fim, há de ser salientado que a postulante não possuía defeito físico ou doença pré-existente ao acidente, no entanto, como consequência deste, lhe sobrevieram amargas seqüelas como graves lesões irreparáveis e invalidez permanente, tornando-a incapaz de exercer qualquer ATIVIDADE LABORAL.

c) Do Seguro

Conforme o disposto no artigo 3º da Lei nº 6.194/74, a promovente solicitou administrativamente a liberação do seguro DPVAT, requerendo a cobertura pela existência de INVALIDEZ PERMANENTE decorrente da lesão sofrida pelo infortúnio.

Todavia, apesar do disposto na legislação, a requerida limitou-se a liberar apenas a quantia de **R\$ 3.037,50 (três mil e trinta e sete reais e cinquenta centavos)** a título de indenização securitária em favor da promovente, conforme extrato que segue anexo.

Diante dessa situação, a suplicante ciente dos direitos que lhe cabe, vem perante esse Douto Juízo, esperando ver seu direito respeitado na forma da lei, requer o pagamento da indenização no valor de até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), limite este imposto por lei.

Assim sendo, é devido à parte autora a Indenização Securitária DPVAT na quantia complementar de **R\$ 10.462,50 (dez mil, quatrocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, haja vista a gravidade das lesões irreparáveis e o elevado grau de invalidez ocasionado pelo sinistro.

d) Da Necessidade De Perícia Técnica À Solução Da Lide

A realização de perícia técnica judicial é indispensável para a solução das demandas referentes ao Seguro DPVAT, haja vista que somente o laudo de um *expert* é capaz de delimitar a extensão do dano sofrido e o valor da justa indenização.

Desta feita, requer a parte demandante a **DESIGNAÇÃO DA PERÍCIA MÉDICA**, a ser realizada em momento oportuno, nos termos dos artigos 464 e 465 do CPC, para que seja devidamente constatada a proporção da incapacidade ocasionada pelo incidente e determinado o valor da justa indenização. Nesse sentido segue o entendimento jurisprudencial:

APELAÇÃO CÍVEL. PROCESSUAL CIVIL. DIREITO INTERTEMPORAL. SENTENÇA E RECURSO ALINHADOS ÀS DISPOSIÇÕES DO CPC/1973. INCIDÊNCIA DO ART. 14 DO CPC/15. seguros. INDENIZAÇÃO. DPVAT. SENTENÇA DE IMPROCEDÊNCIA. APELO CONHECIDO. SENTENÇA CASSADA EX OFFICIO. Ação de cobrança de complementação de seguro DPVAT na qual o autor/apelante alega que a indenização recebida na via administrativa foi aquém do que está previsto para a sua incapacidade. Documentos carreados aos autos não permitem avaliação do dano sofrido pelo recorrente. Imprescindível a realização de perícia para que o laudo avalie com precisão a sequela que atinge o recorrente. 4. Recurso conhecido. Sentença anulada exofficio. (Grifo nosso)

Assim sendo, requer que seja **DESIGNADA A PERÍCIA MÉDICA** a ser realizada em tempo oportuno, com inclusão em mutirão DPVAT, se for o caso, para que sejam constatadas e reafirmadas as lesões e suas respectivas gradações suportadas pelo autor.

III. DO DIREITO

O Seguro DPVAT compreende a obrigação de indenizar a vítima de acidente automobilístico que resultou em danos pessoais como morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementar, nos termos do art. 3º da Lei nº 6.194/74. Nesse sentido versa a legislação:

Lei nº 6.194/74. Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo seguro estabelecido no art. 2º desta Lei compreendem as indenizações por morte, por invalidez permanente, total ou parcial, e por despesas de assistência médica e suplementares, nos valores e conforme as regras que se seguem, por pessoa vitimada:

I - R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de morte;

II - até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) - no caso de invalidez permanente;

III - até R\$ 2.700,00 (dois mil e setecentos reais) - como reembolso à vítima - no caso de despesas de assistência médica e suplementares devidamente comprovadas.

Ademais, há de salientar que o Seguro Obrigatório DPVAT tem por objetivo compensar a vítima que em virtude do acidente sofreu danos severos e irreparáveis, ficando impossibilitada de exercer suas atividades laborais, bem como, auxiliar nas despesas de assistência médica e suplementares.

Desse modo, tem-se que a indenização securitária é devida quando o nexo de causalidade entre o acidente e os danos pessoais está devidamente comprovado, da mesma forma que, o valor indenizatório é determinado levando em consideração o tipo e grau da invalidez ou despesas ocasionadas pelo sinistro. Assim dispõe o texto legal:

Lei nº 6.194/74. Art. 5º. O pagamento da indenização será efetuado mediante simples prova do acidente e do dano decorrente, independentemente da existência de culpa, haja ou não resseguro, abolida qualquer franquia de responsabilidade do segurado.

Destarte, uma vez verificado que o nexo de causalidade entre o acidente automobilístico e os danos pessoais suportados pela vítima ficou satisfatoriamente comprovado pelos documentos apresentados, resta claro o direito da parte autora de ser indenizada, nos termos do texto legal.

No caso em tela, restou suficientemente comprovado o nexo de causalidade, e está devidamente especificado o grau das lesões suportadas pela parte autora, assim como quantificada a gradação da invalidez permanente oriunda do sinistro.

Isto porque, a parte demandante sofreu severos danos irreparáveis, lesões que resultaram em invalidez de caráter permanente, o que restou suficientemente comprovado pelos documentos acostados na peça vestibular, tais como Boletim de Ocorrência, Documentos Médicos e vários outros que atestam e especificam a invalidez que a acometeu.

No entanto, pugna-se pela realização de PERÍCIA MÉDICA, nos termos dos artigos 464 e 465 do CPC, a ser realizada em momento oportuno, para, por certo, corroborar com as alegações autorais, pelo que se requer desde já.

Todavia, apesar do estipulado na legislação, a parte autora não recebeu corretamente o valor indenizatório na esfera administrativa, apesar de ter requerido regularmente o referido pagamento e juntado os documentos indispensáveis para a causa.

Por tudo isso, requer a **INDENIZAÇÃO SECURITÁRIA DPVAT EM FAVOR DA PARTE AUTORA NO VALOR COMPLEMENTAR DE R\$ 10.462,50 (dez mil, quatrocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, por ser de direito conforme os fatos, fundamentos jurídicos e documentação apresentada.

IV. DOS PEDIDOS

Isto posto, REQUER a Vossa Excelência que se digne a:

- a) CONCEDER a Gratuidade da Justiça, em razão da parte autora ser pobre na forma da lei, conforme disposto nos artigos 98 e 99 do CPC;
- b) Que todas as intimações, notificações e eventuais expedições de alvarás atinentes ao presente feito, sejam dirigidas ao **Dr. THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA (OAB/CE 20.787)**, sob pena de nulidade processual, conforme art. 272, §2º do CPC;
- c) DISPENSAR a realização da audiência conciliatória, nos termos do art. 319, inciso VII do CPC;
- d) CITAR a requerida para que, querendo, apresente Contestação no prazo de 15 (quinze) dias, conforme disposto no art. 335 do CPC, sob pena de



sofrer os efeitos revelia e presumirem-se como verdadeiros os fatos articulados na peça inicial;

- e) DESIGNAR, tão logo seja apresentada a Contestação, Perícia Médica Judicial, conforme o disposto nos artigos 464 e 465 do CPC;
- f) JULGAR TOTALMENTE PROCEDENTE os pedidos autorais, por ser de direito, CONDENANDO a requerida ao pagamento da Indenização do Seguro Obrigatório DPVAT no valor complementar de R\$ 10.462,50 (dez mil, quatrocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), incidindo correção monetária a partir da data do evento danoso, nos termos do Enunciado nº 580 da Súmula do STJ, e juros de mora de 1% ao mês, contados da citação, nos termos do Enunciado nº 426 da Súmula do STJ;
- g) CONDENAR a Requerida ao pagamento das custas e despesas processuais, bem como, aos honorários advocatícios sucumbenciais no importe de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação.

Protesta provar o alegado por todos os meios de prova em direito admitidos, notadamente depoimento pessoal da parte autora, prova pericial, juntada de documentos e todas as demais provas que se fizerem necessárias para a resolução da lide.

Dá-se a causa o valor de R\$ 10.462,50 (dez mil, quatrocentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos).

Termos em que,
Pede deferimento.

Barbalha/CE, 31 de julho de 2020.

THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA
OAB/CE 20.787

ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA
OAB/CE 23.502

JOSÉ RENATO NASCIMENTO MAMEDE
ACADÊMICO DE DIREITO



ACTUS

Advogados Associados

“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

OUTORGANTE:

Aline Saraiva de Sá Banneto Luna, brasileira, casada, portadora do RG nº 20070552740 SSP/CE e do CPF 044.741.993-90, residente e domiciliada no Sítio Bela Vista, nº 88, Distrito de Caldas, Bonito-MS/CE, CEP 63.180-000

OUTORGADO: THOMAZ ANTÔNIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787 e/ou ANTONIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, ANDEISE SILVA FARIAS NOGUEIRA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE sob o n.º 35.332, INGRID COSTA CARDOSO, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/CE 39.417, e MAURO NUNES CORDEIRO FILHO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 31.221, ambos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio n.º 649, Santo Antônio, Barbalha/CE onde recebe intimações e avisos.

PODERES: O(A) outorgante concede os mais amplos, gerais, especiais e ilimitados poderes, para representá-lo(a) junto ao foro em geral, conforme o artigo 105 do CPC, bem como os poderes da cláusula “ad judicium et extra”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(os/as) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais, acompanhando-o(a) e promovendo quaisquer medidas preliminares, previstas ou assecuratórias dos seus direitos e interesses; conferindo-lhe, também, poderes especiais para transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação e/ou procedimento, requerer gratuidade da justiça, receber e dar quitação, firmar compromisso, perante qualquer juízo, instância ou tribunal, propor execução, requerer insolvência, rescisória, embargos, agravos, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda, representar junto às instituições financeiras e repartições públicas federais, estaduais e municipais; empresas públicas, autárquicas, sociedades de economia mista, pessoas jurídicas de direito público/privado ou pessoas físicas em geral, podendo ainda assinar declarações de isenção de imposto de renda junto a instituições financeiras, nos termos do artigo 661, parágrafo 1º, do código civil, representar o(a) outorgante perante o INSS de qualquer município da federação, podendo substabelecer (em conjunto ou isoladamente), com ou sem reserva de poderes, o presente mandato, dando tudo por bom, firme e valioso, enfim, poderá o(s) procurador(es), praticar(em), alegar(em), promover(em) e assinar(em) todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

DECLARA o(a) outorgante, nos termos da Lei nº 13.105/15, Arts. 98 e 99 de que não possui recursos suficientes para arcar com as despesas do processo em afetar diretamente o seu próprio sustento e de sua família.

Bonito-CE, 04 de Junho de 2020

Aline Saraiva de Sá Banneto Luna

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁNSITO
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 20070552740 SSPDS CE

CPF
 044.741.943-90

DATA NASCIMENTO
 20/04/1992

FILIAÇÃO
 JOSE SARAIVA DE SA
 BARRETO
 FRANCISCA SARAIVA
 VENTURA DE SA BARRETO

PERMISSÃO
 ACC CAT. HAB.
 AB

Nº REGISTRO
 06749585994

VALIDADE
 30/08/2021

1ª HABILITAÇÃO
 28/11/2016

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

Aline Saraiva de Sa Barreto Luna
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 JUAZEIRO DO NORTE, CE

DATA EMISSÃO
 01/12/2017

Idon Vascunelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

14359736898
 CE162531745

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1497229021

PROIBIDO PLASTIFICAR
1497229021

Nº do Cliente: 10025606

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.648-3

enel

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº: 023208103

Rota BL226R01 - 272500 Referência 10/2019
Nome ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA
Endereço ST BELA VISTA, 00088, DISTRITO CALDAS, 63180-000, BARBALHA
Classificação Rural Residencial Rural
Modalidade Tarifária B2 RURAL
Ligação Monofásico
Emissão 09/10/2019
Medidor 3070345 - NAN-270

ÁREA RESERVADA AO FISCO 1485.187C.079B.A186.577C.D4EE.3CD1.3E36

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA R.F. 09/10/2019

Anterior	Atual	Próxima prevista
09/09/2019	08/10/2019	09/11/2019

MED OUT SET AGO JUL JUN MAI ABR MAR FEV

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	11.754	11.692	1,00	62	00	62	0,40290	24,96

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC	7,57
CONSUMO	0,40290
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,25
ADICIONAL BAND. VERMELHA	1,79
CREDITO DE PEQUENOS VALORES	-34,59

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	27,02	0,03	0,00
COFINS	27,02	0,14	0,04

VENCIMENTO 18/11/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 0,00

CONSUMO CONSCIENTE

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

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica (%CO₂) 0 100

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 10/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 08/10

Nº do Cliente: 10025606
Data de Emissão: 09/10/2019
Nº da Nota Fiscal: 023208103

Referência: 10/2019
Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº de Controle:

V: [1.0.0.5]
OSP - 1008040911

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
 Impresso nº 2019884199



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 3022 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **04/12/2019 09:17:11**
 Data / Hora da Ocorrência: **13/05/2019 18:15:00**
 Endereço da Ocorrência: **SIT SANTA CRUZ, ZONA RURAL - CALDAS BARBALHA/CE**
 Ponto de Referência: **PRÓX. À IGREJA DE SÃO SEBASTIÃO**

Noticiante(s)

Nome: **ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO LUNA**
 Nascimento: **20/04/1992** CPF: **044.741.943-90**
 RG: **20070552740** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SÁ BARRETO**
JOSÉ SARAIVA DE SÁ BARRETO
 Endereço: **SITIO BELA VISTA**
 Bairro: **CALDAS** CEP:
 Município: **BARBALHA/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98138-9734**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NUX8316 Uf: CE Município: BARBALHA Chassi: 9C2JC4220AR400126 Renavam: 258022264 Tipo do Veículo: MOTONETA Marca / Modelo: HONDA/BIZ 125 ES Ano Fabricação: 2010 Ano Modelo: 2010 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

A declarante, advertida das penalidades previstas nos artigos 339, 340, 342 do CPB, informou que no dia e hora acima mencionados estava conduzindo a motocicleta descrita acima, de sua propriedade, com seu afilhado TAYSIO SARAIVA FERREIRA (residente no Sítio Bela Vista, Caldas, em Barbalha/CE) na garupa, quando, na pista situada no Sítio Santa Cruz, Caldas, em Barbalha/CE, um cachorro atravessou na sua frente e, ao desviar, acabou perdendo o equilíbrio da motocicleta e caindo. Informou que após o acidente a declarante perdeu a consciência e foi levada ao hospital Regional do Cariri, em Juazeiro do Norte/CE, pela pessoa identificada como JOSÉ EDELMES SANTANA DOS SANTOS. Que seu afilhado sofreu apenas pequenas escoriações e também foi levado ao hospital Regional do Cariri para receber atendimento médico. Que do acidente a declarante teve fratura na mandíbula e no maxilar, bem como no punho além de escoriações pelo corpo. Que possui CNH. Que a pessoa identificada como DANIEL é seu agenciador e irá ajudá-la a dar entrada no requerimento de seguro DPVAT. Foi informada que será expedida guia de exame de corpo de delito. Indica como testemunhas JOSÉ EDELMES SANTANA DOS SANTOS, residente no Sítio Santa Cruz, Caldas, nesta cidade, bem como MARIA SHEILA SARAIVA, residente no Sítio Bela Vista, Caldas, Barbalha/CE. Que foi informada que

X Aline Saraiva de Sá Barreto Luna



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA
Impresso nº 2019884199



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 3022 / 2019

será expedida guia de exame de corpo de delito. E nada mais disse.
////////////////////////////////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Layana Carvalho

LAYANA CARVALHO LUCAS - MAT.: 300656-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Aline Saraiva de Sá B. Moura

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MARCELO MOURA DE ALMEIDA - MAT.: 133829-1-3

SINISTRO 3190701635 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR. SEGUROS EIRELI

BENEFICIÁRIO ALINE SARAIVA DE SA BARRETO LUNA

CPF/CNPJ: 04474194390

Posição em 16-01-2020 11:28:57

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/12/2019	R\$ 3.037,50	R\$ 0,00	R\$ 3.037,50

NOME: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO

PRONTUÁRIO: 174677

DATA DE NASCIMENTO: 20/04/1992

SOLICITANTE: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

SETOR SOLICITANTE: AMBULATORIO

DATA DO EXAME: 12/07/2019

HORA DO EXAME: 08:38

DATA DO LAUDO: 12/07/2019

HORA DO LAUDO: 11:14

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO E DA FACE

RELATÓRIO

INDICAÇÃO:

Trauma.

TÉCNICA:

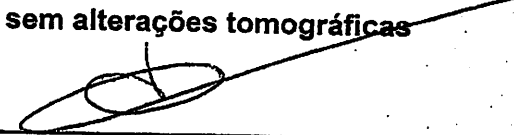
Foram obtidos cortes tomográficos computadorizados no plano axial do crânio e da face, com reconstrução no plano coronal e 3D.

ANÁLISE:

- Fratura envolvendo a base do processo condilar da mandíbula à direita, corrigida cirurgicamente, apresentando material metálico de osteossíntese caracterizado por pinos e miniplacas.
- Espessamento do revestimento mucoso do seio maxilar direito, associada a redução volumétrica. Notamos ainda rebaixamento do assoalho orbitário ipsilateral.
- Imagem de aspecto polipoide com atenuação de partes moles em assoalho do seio maxilar esquerdo (polipo/cisto de retenção).
- Septo nasal levemente tortuoso com desvio para a esquerda, por uma distância de 2,9 mm.
- Seios etmoidais com septos intercelulares preservados, seios esfenoidais e frontais anatômicos e aeração normal.
- Complexos de drenagem ostiomeatais pervingos com aspecto anatômico.
- Fóveas etmoidais simétricas.
- Fossas pterigo-palatinas e infratemporais preservadas.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Persistência do cavum vergae (variante anatômica).
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

1. Fratura em côndilo mandibular direito, corrigida cirurgicamente com material de osteossíntese
2. Sinusopatia inflamatória crônica maxilar direita, associada a redução volumétrica (seio silencioso).
3. Parênquima encefálico sem alterações tomográficas


Dr. Haroldo Lucena Miranda Filho
Médico Radiologista CRM-CE 10485
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO

Data de Emissão 27/05/2019

Ficha de Atendimento - INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Cadastro :

DBAMV

Paciente : 3664

Idade: 27 Anos / 1 Mês / 7 Dias

Nome do Paciente : ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Data Nascimento : 20/04/1992

Sexo : FEMININO

Estado Civil : CASADO

Religião :

Profissão : AGRICULTOR

Naturalidade : BARBALHA

Endereço : SÍTIO BELA VISTA

Número : 0

Bairro : SÍTIO DO CALDAS

Cidade : BARBALHA

CEP : 63180970

Telefone :

Identidade : 20070662740

CPF : 04474194390

CNS: 700505748395851

Nome da Mãe : FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

Nome do Pai : JOSE SARAIVA DE SA BARRETO

Profissão Declarada : AGRICULTOR

Dados do Responsável

Nome : DAYANA DO NASCIMENTO DA SILVA SAF Parentesco : AMIGO (A)

Fone :

Endereço : SÍTIO BELA VISTA

Número : 0

Complemento :

CEP : 63180970

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Número : 3606710

Data : 27/05/2019 Hora : 07:17:14

Origem : INTERNACAO

Unidade de Internação : BLOCO I

Tipo : INTERNACAO CIRURGICA ELET

Leito : APTO 9-3

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

Conselho: CRM -C6002

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOG

CPF : 34631348372

Convênio : 1 SUS - INTERNACAO

Plano : PLANO UNICO

Carteira :

Guia :

Dias Autorizados :

Horas Autorizadas :

Acomodação : APARTAMENTO SIMPLES

Serviço : ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

CID : S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento principal : 0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / MEMBRO

Local de Procedência :

Motivos

CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002

Dayana do Nascimento da Silva Saraiva
Paciente/Responsável



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

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

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente
ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
6 - Nº Prontuário
3854
7 - Cartão Nacional do SUS
700605748395551
8 - Data de Nascimento
20/04/1992
9 - Sexo
☒ Masculino ☐ Feminino
10 - Raça/Cor
03 - Parda
11 - Etnia
0000 - Não Se Aplica
12 - Telefone de Contato
8881280722
13 - Nome da Mãe
FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO
14 - Telefone de Contato
15 - Nome Responder, ex.
FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO
16 - Endereço (Rua, Nº, Bairro)
SÍTIO BELA VISTA, 0 - DISTRITO DO CALDAS
17 - IBGE
230190
18 - UF
CE
19 - CEP
63180970
20 - Município
BARBALHA

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
PACIENTE ADMITIDA PARA CORREÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA EM ANTEBRAÇO DIREITO VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

21 - Condições que justificam a internação
TTO CIRÚRGICO

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
HDA + RX

23 - Diagnóstico Inicial / Código

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

24 - CID 10 Principal
S526
25 - CID 10 Secundário
V99
26 - CID 10 Causas Associadas

Dr. Antônio Nelson Viana de Brito
Médico Técnico
CREMEX 9654
CPF 439.571.013-72

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO
28 - Código do Procedimento
0408020407

29 - Especialidade
CIRÚRGICO
30 - Caracter de Atendimento
1
31 - Documento
(X) CNS () CPF
32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
128368744590001
33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
CASSIO MURILO DA SILVA
34 - Data da Solicitação
23/05/2019
35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6002
6002

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 - Nº Billele
41 - Série
42 - CNPJ / Empresa
43 - CNAE / Empresa
44 - CBOR
45 - Vínculo com a Previdência
() Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador
47 - Cód. Órgão Emissor
M230190101
48 - Documento
() CNS () CPF
49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador
50 - Data da Autorização
51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho)
52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIH)

André Tavares Evangelista
MÉDICO AUDITOR
CRM - 9677
CPF - 11.104.383-99

24/05/19
MOURA N. JUNIOR
MÉDICO AUDITOR
CRM - 200543188-1
CPF - 021.104.383-99

Código do Laudo: 3603705



Ficha de Anamnese de Internação

27/05/2019
Data de Emissão

Unidade Prestadora: HOSPITAL MATERNIDAD SAO VICENTE DE PAULO

SENHA:

Dados do Paciente

Nome: **ALINE SARAIVA DE SA BARRETO** Paciente: **3854**
Sexo: FEMININO Data Nascimento: 20/04/1992 Idade: 27 Anos / 1 Mês / 7 Dias
Nome da Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO
Nome do Pai: JOSE SARAIVA DE SA BARRETO
Endereço: SITIO BELA VISTA
Bairro: DISTRITO DO CALDAS Cidade: BARBALHA
CEP: 63180970 Telefone:

Usuário do Cadastro: DBAMV
Usuário do Atendimento: LJUNIOR

Atendimento



3606710

Número: 0

Dados do Atendimento

Data: 27/05/2019 Hora: 07:17:14 Convênio: SUS - INTERNACAO
Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA SAME: 24168
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
Unidade: BLOCO I
Leito: APTO 9-1-1

Profissão Declarada: AGRICULTOR

Dayana do Nascimento da Silva Santos
Assinatura do Paciente ou Responsável

RESUMO DE TRATAMENTO

Historia da doença atual:

trauma em MTD

Antecedentes:

I.S.....:

Exame Físico..:

Dr e deprimida

Hipótese Diagnóstica:

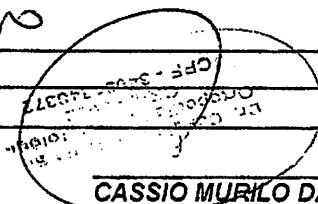
TMO em nudo duro 0.1

Diagnóstico Definitivo:

0 Mamo

Alta em....: 28/05/19

Condições de Alta..:



CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)
CRM C6002



HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULC

Data de Emissão 27/05/2019

FICHA DE INTERNACAO

Dados do Paciente

Usuário do Atendimento :

LJUNIOR

Usuário do Cadastro :

DBAMV

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Unidade: BLOCO

Identidade: 20070552740

Leito: APTO 9-3

Paciente: 3854

CPF: 04474194390

Nome da Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO

Dados do Responsável

Nome: DAYANA DO NASCIMENTO DA SILVA SA Parentesco: AMIGO (A)

Endereço: SÍTIO BELA VISTA

Fone:

Número: 0

Atendimento



360671

TERMO DE RESPONSABILIDADE - MAIOR E CAPAZ

1- Disposições gerais:

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

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

2- Dos deveres e salvaguarda de direitos:

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

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

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

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

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

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

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

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

3- Da incapacidade:

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

Nome:

Endereço:

Telefone para contato:

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

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

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

4- Do Prontuário:

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

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

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

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

5- Disposições Finais.

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

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

O PRESENTE TERMO FOI LIDO E ACHADO CONFORME.

Barbalha-CE, ____/____/____

PAC. OU RESP.:

Dayana do Nascimento da Silva Saraiva

Data da Alta: ____/____/____

Assinatura

HOSPITAL MATER SAO VICENTE DE PAULO
 MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
 Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001
 Data.....: 30/05/2019
 Hora.....: 09:37

BEI

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 103370

Paciente : 3854

Convênio Atend : 1

Leito : 83

Dt. início : 27/05/2019 10:05

Dia Pré-Operatório : S526

Dia Pós-Operatório :

Sala : 0004

SALA D (CIR. TRAUMATOLOGICAS)

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

SUS - INTERNACAO

APTO 1-1

Dt. Fim : 27/05/2019 11:05

Atendimento : 3606710

Carteira :

Idade : 27 Anos 10 Dias 9 Horas

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimentos

Procedimento: 0408020407

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRAÇO (PRINCIPAL)

Convênio: 001

Anestesia: 29

SUS - INTERNACAO

BLOQUEIO DO PLEXO BRAQUIAL

Equipe Médica

CIRURGIAO

ANESTESISTA

6002 CASSIO MURILO DA SILVA

10064 MOACIR FERREIRA CHAVES JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

-PC EM DECUBITO DORSAL

-ASSEPSIA E ANTISSEPSIA

-APOSIÇÃO DE CAMPOS

-ABORDAGEM DO RÁDIO E VIA RADIOSCÓPICA REALIZADO FIXAÇÃO COM 02 FIOS PERCUTÂNEOS

-CURATIVO

-TALA LUVA

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

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

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

403370 50.403

BOLETIM ANESTÉSICO		REGISTRO	ATENDIMENTO	CONVÊNIO
			3606710	SUS
Paciente: <i>Wanda de São Barreto</i>		Origem: () APTO () ENFERMARIA () AMB.		
Idade: <i>72</i>	Sexo: <i>F</i>	Peso: <i>37</i>	Altura:	Data: <i>27/05/19</i>
Diagnóstico Pré-operatório: <i>ruído cardíaco direito</i>				
AVANÇADO PRÉ-ANESTÉSICO				
PA: <i>133/60</i>	FC: <i>95</i>	FR:	SpO ₂ :	Tempo:
Anestesia: <i>Blocagem / Bloqueio</i>				
Comprovação de Anestesia Anterior:				
Mallampatti: <i>7h</i>	Esternotomia: ☒ >10cm ☐ <10cm	Tireomontano: ☒ >5cm ☐ <5cm	Interincisivos: ☒ >3cm ☐ <3cm	Extensão Atlantooccipital: ☒ Completa ☐ Incompleta
ECTOSCOPIA		AP. CARDIOVASCULAR	AP. RESPIRATÓRIO	SNC
☒ Estado geral bom ☐ Estado geral ruim ☐ Estado geral péssimo ☐ Cianótico ☐ Ictérico ☐ Febril ☐ Desidratado ☐ Descorado ☐ Sudoreico	☐ Hemodinâmica instável ☐ Arritmia ☐ Choque ☐ Insuficiência cardíaca ☐ IAM prévio ☐ Uso de antiagregante pqt. ☐ Uso de anticoagulantes ☐ Revascularização prévia ☐ Hipertensão ☐ Insuficiência Coronariana ☐ Valvopatia ☐ Aneurisma de aorta	☐ Dispneia ☐ Taquicardia ☐ Asma ☐ DPOC ☐ Hipertensão pulmonar ☐ Broncoespasmo ☐ Roncos e estertores ☐ Pneumonia ☐ Tosse produtiva ☐ Derrame pleural ☐ Pneumotórax / hemotórax ☐ Insuficiência respiratória	☒ Acordado e orientado ☐ Torporoso ☐ Agitação psicomotora ☐ Coma ☐ TCE ☐ Liquorréia ☐ Otorréia ☐ Lesão medular ☐ Hipertensão intracraniana ☐ Déficit motor localizado ☐ AVE prévio ☐ Convulsão / epilepsia	☐ Diabético ☐ Hipertireoidismo ☐ Hipotireoidismo ☐ Obesidade ☐ Desnutrição ☐ IRC ☐ IRA ☐ Hematúria ☐ ITU ☐ GESTAÇÃO Semanas:
EXAMES COMPLEMENTARES				
Hto: <i>34,5</i>	Hb: <i>12,1</i>	Pqt: <i>260mil</i>	Glicemia:	Creatinina:
Na:	K:	Ca:	Mg:	Uréia:
RX Tórax:		TP: <i>11,3</i>	Ativ: <i>96%</i>	INR: <i>1,02</i>
ECG:		TTPA:		
Avaliação Cardiovascular: <i>Grav. 2</i>		Alb:		
Outras Observações:				
Anestesia Proposta: <i>Blocagem de plexo braquial</i>				
PROCEDIMENTOS REALIZADOS				
① <i>Crise crônica de pressão de ruído cardíaco direito</i>				
②				
③				
PÓS-ANESTÉSICO				
DESTINO DO PACIENTE	ESTADO DE CONSCIÊNCIA	VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	SISTEMA CARDIOVASCULAR
☒ Enfermaria ☐ SRPA ☐ CTI ☐ Casa (ambulatório)	☒ Consciente e orientado ☐ Levemente sedado ☐ Sedação profunda ☐ Coma	☒ Sem dispositivos acessórios ☐ Catéter nasal ☐ Máscara de Venturi (%) ☐ Máscara laríngea ☐ Sonda Traqueal	☒ Espontânea ☐ Assistida manualmente ☐ Ventilação mecânica	☒ Estável hemodinâmica ☐ Instável hemodinâmica ☐ Uso de OVA ☐ Choque
SINAIS VITAIS				
PA: <i>126x54</i>	FC: <i>100</i>	FR:	SpO ₂ : <i>100%</i>	Temperatura:
ANESTESIOLOGISTA: <i>D. Mosca</i>		CIRURGIÃO PRINCIPAL: <i>D. Camil</i>		PRIMEIRO AUXILIAR:
<i>Dr. Mosca Chaves</i> <i>Anestesiologista</i> <i>REC 10.064</i>		<i>Murilo</i>		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAS ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 31/07/2020 às 09:54, sob o número 00505875420208060043. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050587-54.2020.8.06.0043 e código 6F903C3.



HOSPITAL MATERIDADE SÃO VICENTE DE PAULO
AV. DELÍCIAS DEBELL-0 289 - FONE: (0XX) (68) 3532-7100
CNPJ: 06.912.500/0001-23



ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: <u>Sandra de sa. Pereira</u>		ATENDIMENTO: <u>3606210</u>	
Admissão no centro cirúrgico			
DATA: <u>21/05/19</u>	HORÁRIO:	Procedência: (X) Enfermaria () Externo () UTI () Apto. () outro	
Prótese dentária: (X) não () sim:		Adornos: (X) não () sim:	
Jejum: () não (X) sim: desde as <u>h</u>		Roupa íntima: (X) não () sim:	
Procedimento Realizado: <u>emissão cirúrgica de físt. de náusea dist. direita</u>			
Evolução na Sala Operatória			
Punção venosa: <u>Veia periférica JELCO Nº: 29</u> () A.V.C () dissecação venosa LOCAL: <u>ME</u>			
Posição para cirurgia: () Ginecológica () Litotômica (X) Dorsal () D.Ventral () D.Lateral D/E			
Sonda Vesical: (X) não () sim Tipo: () demora () alívio Número: Presença diurese: () não () sim			
Placa Bisturi: (X) não () sim Local: () panturrilha D/E () dorso ombro D/E () coxa D/E			
Anestesia: (X) Bloqueio Qual: <u>Bloqueio de plexo Br.</u> () Geral () Sedação () Local			
HEMOTRANSFUSÃO (X) não () sim C.H. () PLASMA FRESCO () PLAQUETAS ()			
Dilatos: (X) não () sim Tipo: () Tórax D/E () tubular/laminar () penrouse () Kher () sucção () outros			
COMPRESSAS OFERECIDAS: () não (X) sim:		COMPRESSAS CONFERIDAS: () não (X) sim:	
GRANDES: <u>05</u> PEQUENAS:		GRANDES: <u>05</u> PEQUENAS:	
CIRURGIA: INÍCIO: <u>10:00</u> h		TÉRMINO: <u>11:10</u> h	
MEDICAÇÕES ADMINISTRADAS			
	VIA	DOSE	HORÁRIO
1. <u>cefazolin</u>	<u>EV</u>	<u>2g</u>	<u>10:00</u>
2. <u>paracetamol</u>	<u>IV</u>	<u>4mg</u>	
3. <u>antibiotico</u>	<u>IV</u>	<u>4mg</u>	
4. <u>D.T. insulina</u>	<u>IV</u>	<u>1.5 g</u>	
5. <u>cefepime</u>	<u>IV</u>	<u>1.00mg</u>	
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
HGT			
Encaminhado peça para exame: (X) não () sim: qual:			
INTERCORRÊNCIAS: <u>Não</u>			
OBS: <u>entregue deves emoeses de intensificação</u>			
Alta da sala operatória as: <u>h</u> Destino: () RPA () UTI AD. () UTINEO () UTIPED () Enfermaria () Apto. () Necrotério			
<u>Davi + Alina</u> CIRCULANTE DA SALA - ASSJ COREN		<u>Enriomar</u> INSTRUMENTADOR - ASSJ COREN	
Recuperação Pós - Anestésico - RPA			
Admissão: nível consciência: () acordado () sonolento () acorda quando chama () dormindo () TOT			
Queixas: () sem queixas			
Respiração: () ndn () com necessidade de suplementação O ₂			
Local cirúrgico: () ndn () alterado			
SNG: () não () sim SNE: () não () sim Sonda Vesical Demora: () não () sim			
Recomendações do cirurgião e/ou anestesista para RPA: () não () sim Qual: () uso O ₂ l/min			
ESTOMA: () não () sim: ASPECTO:			

58.284



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

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

CNPJ: 03.284.505/0001 - 13

CONTROLE E REGISTRO DOS MATERIAIS ESTERILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Atend: 3606710 Cliente: Almeida, Soraia da Silva
 Idade: 27 anos ASA: 2 Data: 22-05-19
 Clínica: BL I Quarto: 1-1 Categoria: 505
 Cirurgião: Dr. Carlos Augusto
 Diagnóstico: _____
 Procedimento realizado: Exatomação cirúrgica do Est. de Rolden. Córion direito

CONTROLE DE ESTERILIZAÇÃO

MATERIAL:

1 x Pq. Energia

RESP. PREPARO:

Licença

DATA ESTERILIZAÇÃO:

23-05-19

NÚMERO DO LOTE: -

A1052305191809

DATA DO USO:

(26-05-19) 27-05-19

HORA:

10:00 AS 11:10

S.O.

1

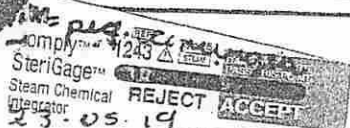
CIRURGIÃO:

Dr. Carlos Augusto

OBS:

eletiva

INTEGRADOR



55.937

BOLETIM DE CIRURGIA

50322

PACIENTE:

CONVÊNIO:

REG. Nº

DIAGNÓSTICOS:

CIRURGIA REALIZADA:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR

3º AUXILIAR



Hospital Materidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

Atendimento: 3597647
3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Paciente.....:
Solicitante.....: CASSIO MURILO DA SILVA
Convênio.....: SUS - AMBULATORIO
Bloco.....: SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

Pedido...: 897468
Idade.....: 27a 1m 0d
Atendido.: 16/05/2019
Laudado..: 16/05/2019

PUNHO DIREITO

- Fratura distal do rádio e da base do processo estilóide da ulna.

ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
CRM 10682

HOSPITAL DE SAO VICENTE DE PAULO
 Rua da Generala de Gerenciamento da Unidade
 Rua da Presidência Evolução

Página: 1/1
 Emitido Por: CMURILO
 Data: 27/05/2019 09:11

1-1

PRESTADOR: 1034188 DATA: 27/05/2019 10:00
 SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMAT CIRURGICA
 SERVIÇO: SUS - INTERNACAO
 PACIENTE: 3334 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
 ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERACAO: 27/05/2019 07:17 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

LEITO: 1034188 CASO: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEdia E TRAUMAT CIRURGICA
 LEITO: 1034188 LEITO: APTO 1-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
 3334 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA] CICLO: 1
 RISCO: DE RISCO:

3606710

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

DIETA BRANDA

Obs.: APÓS RECUP ANESTÉSICA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
				Livre	[27/05]	10
					[28/05]	10

MEDICAMENTOS

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
2	(D1/2) SORO FISIOLÓGICO SISTEMA FECHADO FR 500ML	1 FRASC C/500l	IV	12hs/12hs	[27/05]	20 16 - 22
	Obs.: LENTO NAS 24 HRS				[28/05]	08
3	(D1/2) CEFAZOLINA SODICA 1G FA Justificativa.: PROFILÁTICO	1 FA C/1G	IV	12hs/12hs	[27/05]	20 32
	Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD				[28/05]	08 10
4	(D1/2) DAPIRONA 500MG/ML 2ML INJ. AMPOLA	1 AMP C/2ML	IV	4 x ao dia	[27/05]	12 16 22
	Obs.: DILUIDO EM 10 ML DE AD				[28/05]	08 04 10
5	(D1/2) TRAMADOL, CLORIDRATO 50MG/ML 1ML (TRAMADON)	1 AMPOLA	IV	3 x ao dia	[27/05]	16
	Obs.: DILUIDO EM 100 ML DE SF SE DOR INTENSA			51N	[28/05]	08 13:40 06

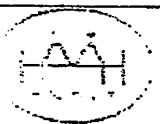
PROCEDIMENTOS ENFERMAGEM

CUIDADOS GERAIS

Obs.: MEMBRO OPERADO EM REPOUSO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data	Horários
				Continua	[27/05]	10
					[28/05]	10

Dr. Cassio Muriilo da Silva
 CRM: 6002



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médicos

27.05.2020

10:03:53
CMURILO

Paciente: 00003854.ALINE SARAIVA DE SA
BARRETO

Endereço: 03606710

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Leito: , BLOCO I, APTO
1-1

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

PACIENTE NO PO IMEDIATO DE SÍNTESE EM RADIO DISTAL

CASSIO MURILO DA SILVA
CRM - 6002



Hospital Maternidade São Vicente de
Paulo

Evolução do Enfermeiro

27/05/2019

14:42:07

DTAVARES

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Atendimento: 03606710

Localidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO

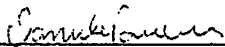
Leito: , BLOCO I, APTO I-1

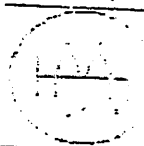
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução do Enfermeiro

Evolução Diurna 27/05/2019

Cliente em POI de correção de fratura em punho D, evolui consciente, orientada, eupneica, normotensa e afebril. Aceitou a dieta ofertada. Tem uma fratura de mandíbula. Venóclise por AVP. Pele íntegra, aplicado protocolo de prevenção de I.P. MSD enfaixado. Tem fluoroscopia de controle. Diurese espontânea. Segue aos cuidados de enfermagem.


DANIELE DE ALCANTARA TAVARES
COREN - 137495



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Anotações de Enfermagem

31/07/2020
17:05
CHLINDO

003554 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
21/06/19
APARTAMENTO SIMPLES
NOME: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leitor: BLOCO LAPIV 14
Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

27/05/19

08:00H. Paciente admitido no pre operatorio de fratura de punho direito, com imobilizada, veio deambulando acompanhada por familiares e funcionario do setor de origem, exames externo anexo ao prontuario, relata ser alergica paracetamol e buscopam, aguarda S.O.

PA=120X80MMHG T=36.1°C.

09:55H. Encaminhada para S.O.

Vera Lucia Duarte

VERA LUCIA DUARTE. COREN 485722

11:30h, CLIENTE RETORNA S.O EM MACA VENOCILISE POR AVP, ENFAIXAMENTO EM MSD, FLUOROSCOPIA ANEXA AO PRONTUARIO, SEGUE TRATAMENTO SEM INTERCORRENCIAS.

PA=110X70MMHG

T=36.4°C.

13:40H. Paciente refere algias medicado c.p.m, aceitou bem a dieta.

PA=110X80MMHG T=36°C.

Jacqueline Santos
JACQUELINE SANTOS 558190



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Anotações de Enfermagem

28.05.2019
06:00h
28.05.2019

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710
Unidade: APARTAMENTO SIMPLES
Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO
Leito: , BLOCO 1, APTO 1-1
Serviço: ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

27/05/2019

22:00h-POI-Fratura em Punho-Paciente evolui consciencet.calmam.mantendo F.O em MSD com curativo/enfaixamento externamente limpo e elevado.vendeitise por AVI,com algias,sendo m.c.p,em repouso no leito sob cuidados.

Aferidos P.A-110x70mmhg T-36.5°C

28/05

05:00h-Segue sem maiores queixas.

Cicera Gerhild Farias de Souza-COREN-05369789

Cicera Gerhild F. Souza

HOSPITAL MATER SACI VICENTE DE PAULO
 11.1111 - Sistema de Gerenciamento da Unidade
 Registro de Prescrição - Evolução

Página.: 1/1
 Emitido Por: FWLEITE
 Data.: 28/05/2019 08:20

PRESCRIÇÃO: 1084480 DATA: 28/05/2019 12:00
 TAVARZI FWLEITE
 ALIMENTAÇÃO: 1608710 DT NASC: 20/04/1992 (27A 1M 7D)
 COMÉNCIO: SUS - INTERNACAO
 PACIENTE: 3884 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
 RASO: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO: 27 05/2019 07:17 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
 Médico

11.1111: JASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP) SERVIÇO: ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA
 11.1111: 11110 I LEITO.: APTO 1-1 COBERTURA: APARTAMENTO SIMPLES
 11.1111: 11110 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA] CICLO... /

LAU/INTENÇÃO DE RISCO:

3606710

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PROCEDIMENTO DE ALTA

1 ALTA MEDICA

Obs.: RETIRAR AVF

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

Dr. Gainerio Soejima
 11.1111: 11110 I
 11.1111: 11110 I
 11.1111: 11110 I

ALUNO ACADEMICO
 CRM: 000000



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo
Evolução Médicos

28/05/2019

08:34:29
FWLEITE

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA
BARRETO

Atendimento: 03606710

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS -

INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO
1-1

Serviço: ORTOPEDIA E
TRAUMAT
CIRURGICA

Evolução Médica

EVOLUÇÃO MÉDICA - 28/05/19

ID: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO, 27 ANOS, PROCEDENTE DE BARBALHA-CE
2º DIH

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM 15 DIAS DE
EVOLUÇÃO SOFRENDO FRATURA DISTAL DO RÁDIO E DA BASE DO PROCESSO
ESTILOIDE DA ULNA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

HPP: REFERE ALERGIA A PARACETAMOL E BUSCOPAM.

27/05: PACIENTE REALIZOU SÍNTESE EM RÁDIO DISTAL COM FIO DE KIRCHNER.
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ACEITA BEM DIETA
LÍQUIDA. NÃO CONCILIA O CICLO SONO-VIGÍLIA, REFERE PIORA DA DOR EM
ANTEBRAÇO DIREITO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES.

FF:

EGB, ORIENTADA, CONSCIENTE, EUPNÉICA, HIDRATADA.

ACV: RCR 2T, BCNF S/S

AR: MV+, S/RA

ABD: PLANO, RHA+, S/VMG

EXT: ANTEBRAÇO DIREITO COBERTO COM CURATIVO E TALA.

CD: 1. ALTA MÉDICA

2. ORIENTO MARCAÇÃO DE RETORNO COM A ENFERMEIRA SUELI.

Dr. Rainerio Soejima

ALUNO/ACADÊMICO
CRM - 000000



HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO

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

fls. 33

Nome:

Nº doc:

Aline son

2

[Signature]

OTORRINOLARINGOLOGIA - O.C.

10 jul de 8/81

Dr. Cássio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6002

Dr. (a):

160619

Voltando a esta consulta traga esta receita.

50.474

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 31/07/2020 às 09:54, sob o número 00505875420208060043. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0050587-54.2020.8.06.0043 e código 6F903C3.



HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO

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

Nome:

Nº doc:

Aline Sora

LeRGENT

Solano

- Análise c/ nutricionista

Truano an pre

sem possibilidade
de ingestão de alimentos
solidos

Dr. Cássio Murilo da Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 6002

Dr. (a):

160519

Voltando a esta consulta traga esta receita.

50.474



P/ Aluno Sumar de São Paulo

Solicitado:

Suplente Aluno

Nelton de Melo

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
 Amanda de Alencar
 CRM - 26879/P



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO

USO ORAL

1- CEFALEXINA 500mg----- 28 COMP

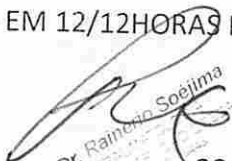
TOMAR 1 COMPRIMIDO, DE 06/06H,(00H;06H;12H;18H) POR 7 DIAS.

2- DAPIRONA 1g----- 01cx

TOMAR 01 COMPRIMIDO, DE 6/6H, SE DOR.

3- IBUPROFENO 600 MG ----- 01 CX

TOMAR 01 COMPRIMIDO EM 12/12HORAS POR 05 DIAS


Dr. Raimundo Soejima
Médico de Família e Comunidade
RECEITUÁRIO MÉDICO

28 DE MAIO DE 2019



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO

USO ORAL

1- CEFALEXINA 500mg----- 28 COMPR.

TOMAR 1 COMPRIMIDO, DE 06/06H,(00H;06H;12H;18H) POR 7 DIAS.

2- DAPIRONA 1g-----01cx

TOMAR 01 COMPRIMIDO, DE 6/6H, SE DOR.

3- IBUPROFENO 600 MG -----01 CX

TOMAR 01 COMPRIMIDO EM 12/12HORAS POR 05 DIAS

[Handwritten Signature]
 29 de maio de 2019
 RECO...
 30 DE MAIO DE 2019

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

1ª VIA - FARMÁCIA

2ª VIA - PACIENTE

PACIENTE: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO:

USO ORAL

TRAMADOL 100MG

TOMAR 1 COMPRIMIDO, POR ATÉ DE 6/6H, SE DOR INTENSA.

1 CA

Dr. Rainerio Soejima
RECEITA MÉDICA
REG. Nº 10.000/2008
CRM Nº 10.000/2008

28 / 05 / 2019

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Identidade: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. Farmacêutico

Data



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Anotações de Enfermagem

28/05/2019
16:18:55
EFERREI...

Paciente: 00003854 ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Atendimento: 03606710

Unidade: APARTAMENTO SIMPLES

Médico: CASSIO MURILO DA SILVA (HMSVP)

Convênio: SUS - INTERNACAO

Leito: , BLOCO I, APTO 1-1

Serviço: ORTOPEDIA E TRAUMAT
CIRURGICA

Anotações de Enfermagem

28/05/2019

08:00 Paciente evolui consciente, calma, mantendo F.O em MSD com curativo/enfaixamento externamente limpo e elevado, venóclise por AVP, com algias, sendo m.c.p, em repouso no leito sob cuidados.

PA110/70MMHG.

08:20h, paciente com queixas de fortes algias e incomodo no local da tala, foi encaminhada para troca de tala na trumatologia.

8.36h, paciente teve visita medica e alta, aguarda transporte.

15h, retirado acesso venoso e aguarda transporte.

16h, foi para casa apos chegada do transporte.

ENEDINA OLIVEIRA COREN 929367

Enedina Oliveira

HOSPITAL MATERNO INFANTIL SAO VICENTE DE PAULO
 2400 - Sistema de Gerenciamento de Internação
 Unidade de Alta Médica do Paciente

Página: 1/1
 Emitido por: FWLEITE
 Em: 28/05/2019 08:38

1-1

Atendimento: 3636710

Dt Atendimento: 27/05/2019 - 07:17

Dt Alta: 28/05/2019 - 08:20

Paciente: 3654

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Serviço: 15 ORTOPEDIA E TRAUMAT CIRURGICA

Convênio: 1 SUS - INTERNACAO

Leito: 83 APTO 1-1

Plano: 1 PLANO UNICO

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: FWLEITE

CID: S526 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RÁDIO E DO CÚBITO [ULNA]

Procedimento de Alta 0408020407 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METÁFISE DISTAL DOS O:

Observação de Alta

ALINE SARAIVA DE SA BARRETO, 27 ANOS, PROCEDENTE DE BARBALHA-CE
 2º DIH

HDA: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM 15 DIAS DE EVOLUÇÃO SOFRENDO FRATURA DISTAL DO RÁDIO E DA BASE DO PROCESSO ESTILOIDE DA ULNA DE ANTEBRAÇO DIREITO.

HPP: REFERE ALERGIA A PARACETAMOL E BUSCOPAM.

27/05: PACIENTE REALIZOU SÍNTESE EM RÁDIO DISTAL COM FIO DE KIRCHNER. PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS.

EVOLUÇÃO: PACIENTE EVOLUI CLINICAMENTE ESTÁVEL, ACEITA BEM DIETA LÍQUIDA, NÃO CONCILIA O CICLO SONO-VIGÍLIA, REFERE PIORA DA DOR EM ANTEBRAÇO DIREITO, DIURESE PRESENTE E EVACUAÇÕES AUSENTES.

EF:
 EGD: ORIENTADA, CONSCIENTE, EUPNÉICA, HIDRATADA.
 ACV: RCR 2T, BCNF S/S
 AR: MV+, S/RA
 ABD: PLANO, RHA+, S/VMG
 EX: ANTEBRAÇO DIREITO COBERTO COM CURATIVO E TALA.

CD: 1. ALTA MÉDICA
 2. ORIENTO MARCAÇÃO DE RETORNO COM A ENFERMEIRA SUELI.

Dr. Cassio Muriilo da Silva

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

CRM: C6002

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

WWW.SAOVICENTE.ORG.BR



**IMPRESSÃO DE AUTORIZAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
24/05/2019**

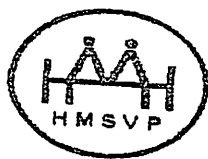
**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS**

PACIENTE: 700505748395851 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
NOME DA MÃE: FRANCISCA SARAIVA VENTURA DE SA BARRETO
CPF:
MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BARBALHA
CEP:
NÚMERO DO PRONTUÁRIO:
PROCEDIMENTO: 0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE / METAFISE
DIAGNÓSTICO INICIAL: S526 - Fratura da extremidade distal do rádio e do cúbito [ulna]
DATA - HORA: 24/05/2019 - 08:56
ESTABELECIMENTO SOLIC.: 2564211 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO
PROFISSIONAL SOLIC.: 128368744590001 - CASSIO MURILO DA SILVA
ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 2564211 - HOSPITAL MATERNIDADE SAO VICENTE DE PAULO
MUNICÍPIO SOLICITANTE: 230190 - BARBALHA
MUNICÍPIO EXECUTOR: 230190 - BARBALHA

AUTORIZADOR: ANDRE TAVARES EVANGELISTA
CPF: 980016276890044
REGISTRO NO CONSELHO: NÃO INFORMADO

Ass 27/05/19 (7hs)

En. J. J. J.



Hospital Maternidade São Vicente de Paulo

Radiologia - HMSVP

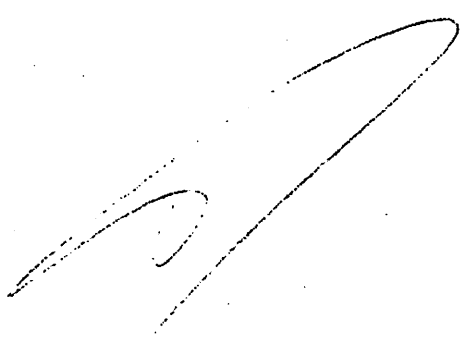
Atendimento: 3597647
 3854 - ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
 Paciente.....
 Solicitante..... CASSIO MURILO DA SILVA
 Convênio..... SUS - AMBULATORIO
 Bloco..... SERVICO DE TRAUMA/ORTOPEDIA

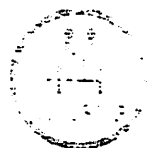
Pedido....: 897468
 Idade.....: 27a 1m 0d

Atendido.: 16/05/2019
 Laudado..: 16/05/2019

PUNHO DIREITO

- Fratura distal do rádio e da base do processo estilóide da ulna.


 ESAU NICODEMOS DA CRUZ SANTANA
 CRM 10682



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO

PACIENTE: ALINE SARAIVA DE SÁ BARBOSA

LEITO: 1-1 ATENDIMENTO: 3606710 IDADE: 27 A. CONVÊNIO: SUS

PROCEDIMENTO PROGRAMADO: FNAT. DE NADIO "D"

DATA DO ENCAMINHAMENTO AO CC: 27-05-19 HORA DO ENCAMINHAMENTO: 09:55

() ALERGIAS: BUSCOPAN, PHILACETAMOL

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

() SIM () NÃO

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

MEDICAÇÕES QUE FAZ USO _____

JEJUM A PARTIR DAS 23:00 HS DO DIA 26/05/19

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

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

OUTRAS _____

() TABAGISTA

() FERIDAS/ INFEÇÕES DE PELE- Local _____

☒ CONSENTIMENTO CIRÚRGICO E ANESTÉSICO

() BANHO PRÉ-OPERATÓRIO COM CLOREXIDINA

() RETIRADA DE ÓRSES, PRÓTESES E ADORNOS

() TRICOTOMIA

() SÍTIO CIRÚRGICO DEMARCADO

() AVALIAÇÃO PRÉ - ANESTÉSICA

☒ CIRURGIA PRÉVIA QUAL? CEZAREIA

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

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

OUTROS RX DE PUNHO "D"

HEMOGRAMA: HB: 12,10 HT: 36,50 LEUCÓCITOS: 9.030 PLAQUETAS: 260.000

TAP: TEMPO: 11,30 ATIVIDADE: 96,00% ENR: 1,02

Na: _____ K: _____ Ur: _____ Cr: _____ Glicemia: 95,00 mg/dL

GRUPO SANGÜÍNEO: _____ FATOR RH: _____ OUTROS: _____

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

SINAIS VITAIS: PA: 110/70 PULSO: _____ TEMP: 36,12 FR: _____

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

() SAME Nº _____ OBSERVAÇÕES: _____

RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE PARA CENTRO CIRÚRGICO: _____

COREN 1191340 () ENFERMEIRO ☒ TEC. DE ENFERMAGEM

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DO PACIENTE NO C. CIRÚRGICO: _____

Márcia de Sá
COREN-SP 1191340-TE



HOSPITAL MATERNIDADE SÃO VICENTE DE PAULO



Termo de Ciência e Consentimento para Procedimentos Invasivos e Cirurgias

Paciente _____ Bloco _____

Leito _____ Atendimento _____

Pelo presente termo, Eu, Mayara do Nascimento da Silva Saraiva

() Paciente () Responsável pelo paciente

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

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

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

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

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

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

Nome Legível: _____

Assinatura: Mayara do Nascimento da Silva Saraiva

Grau de Parentesco: _____ RG: _____

Testemunha 1: _____ RG: _____

Testemunha 2: _____ RG: _____

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

Deve ser Preenchido pelo médico

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

Nome do Médico: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Termo de acompanhante do paciente submetido a procedimentos ambulatoriais

Eu, _____ Identidade N° _____

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

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



Aline S. de Sa Barre
20-04-1992 F
3606710

4
1
PHILIPS BV Endura



fls. 45
FIMASUP
Dr. Cassio Murilo
Ortopedia
27.05.2019 10:57

Aline S. de Sa Barre
20-04-1992 F
3606710

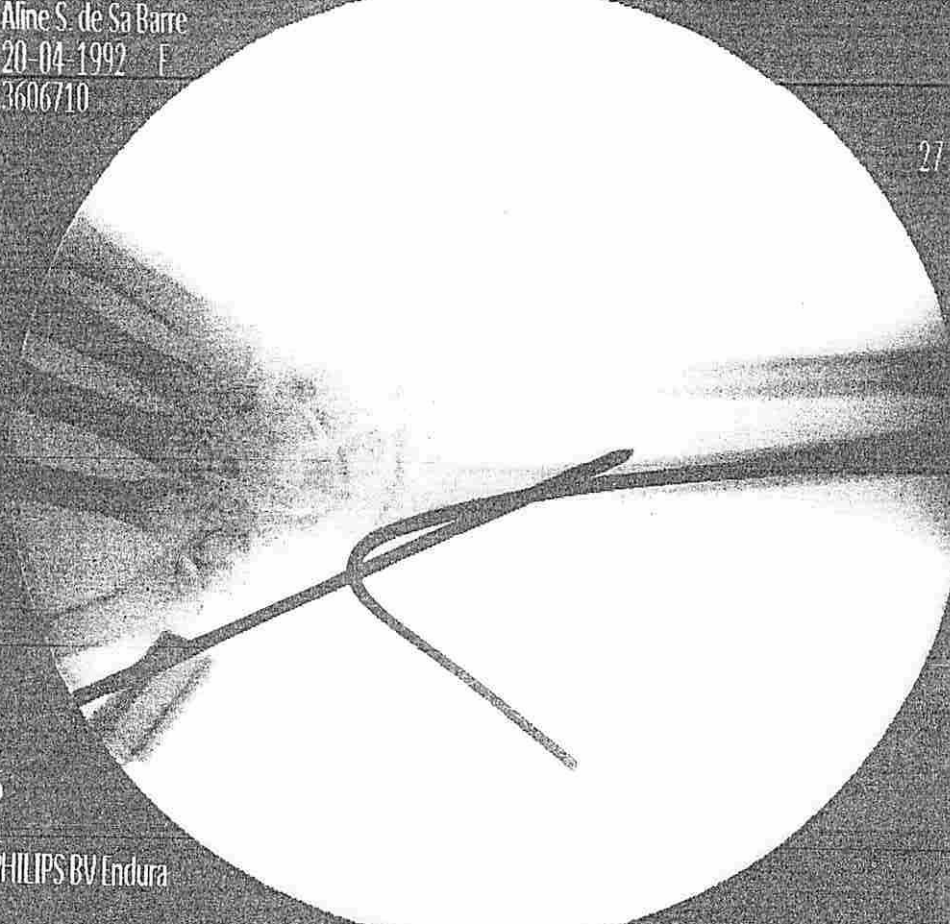
fls. 46

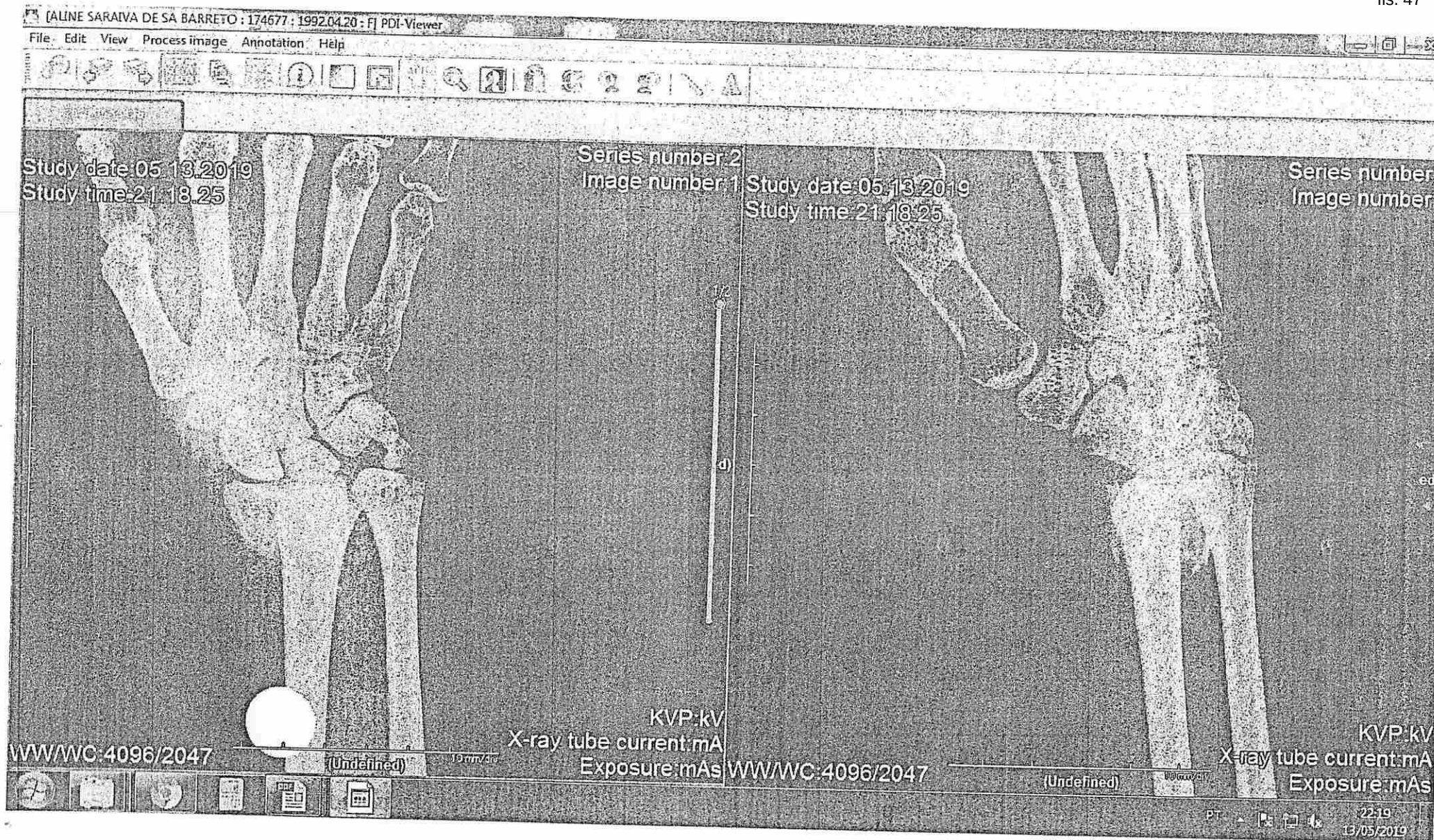
Dr. Cassio M. da

Ortopedia

27/07/2019 10:57

5
1
PHILIPS BV Endura







NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.



NOTICE: JPEG image for reference.
Not for diagnostic use.

27 anos 24.08.19

Atividade normal regular
S (normal)
(normal)

115.53

I RA, LA, U. eletro GIB PIA++ II 25 aVR

VI

II

aV_F

V₁

V₃

III

aV_F

V₂

V₃

II



**HOSPITAL MATERNIDADE
SÃO VICENTE DE PAULO**
Av. Cel. João Coelho, 299 - Barbalha - Ceará

Nome: Almeida Soraia de S.
Nº doc: Brasão 224

Sorran Soraia de S.

Em nome Soraia de S.

Na escola:

*1.º ano 1.º ano
84 = 80 e 4*

M = 1111

BCC. Numb.

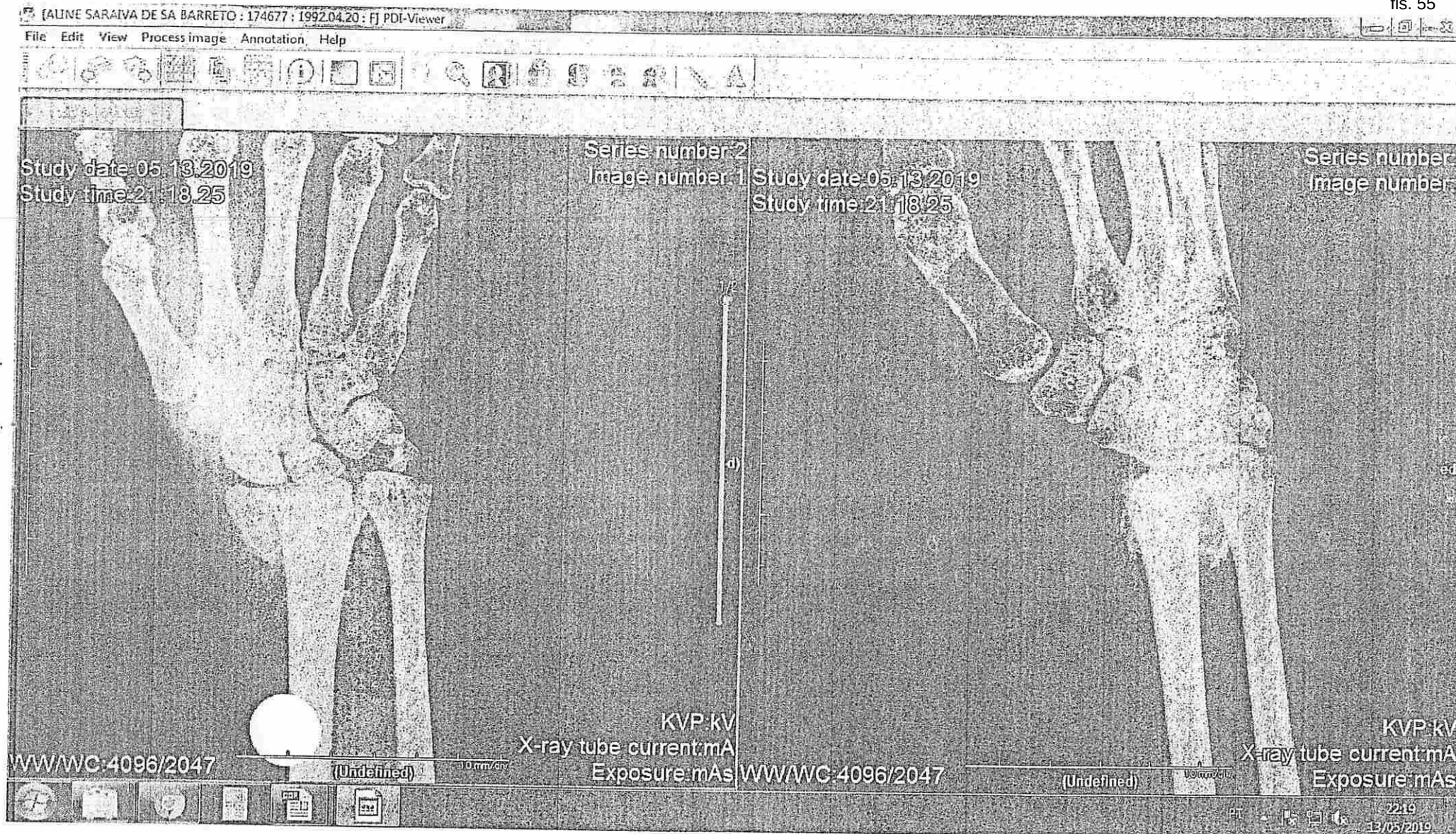
*- 84 01 11111111
(Numb. 84 01 11111111)*

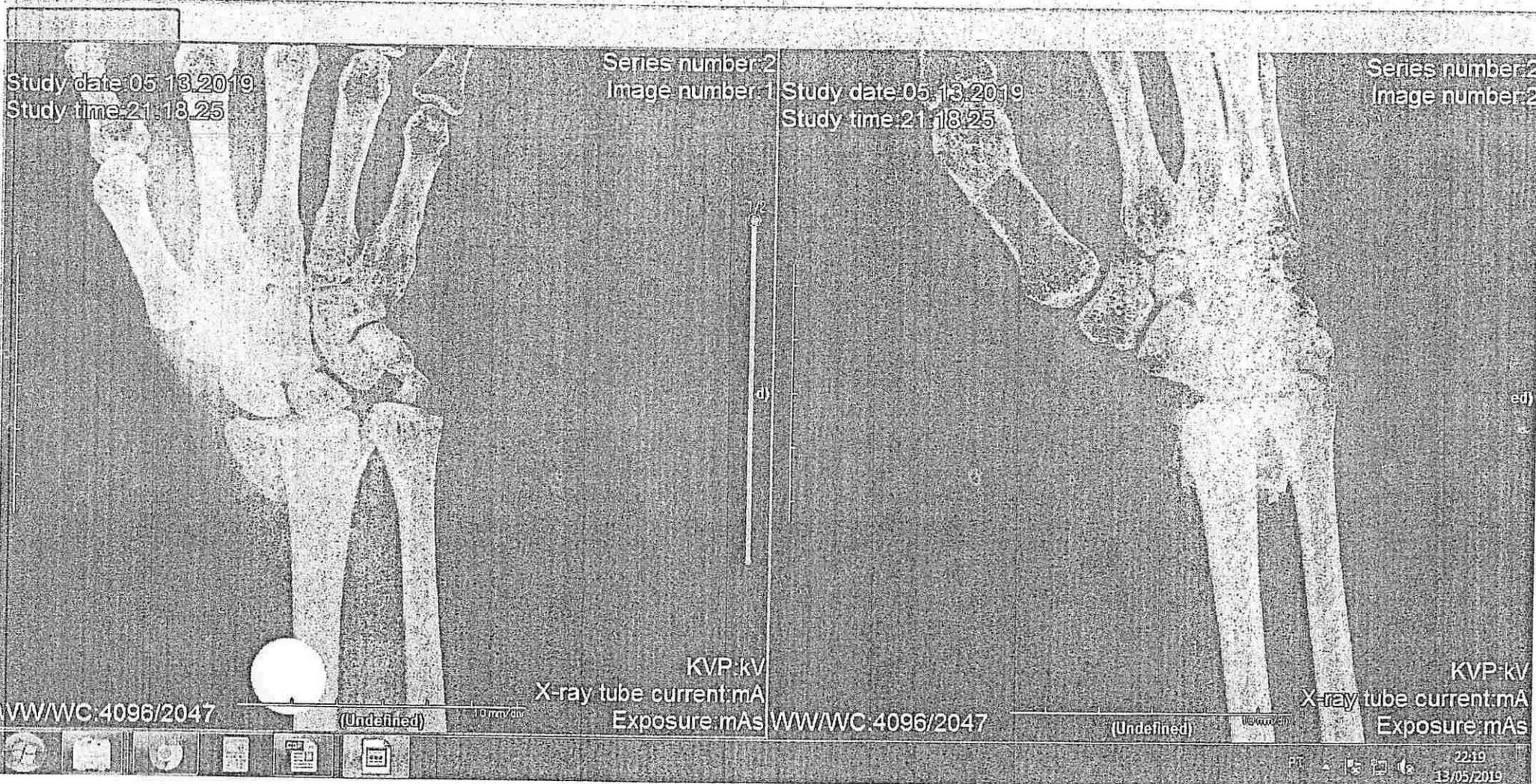
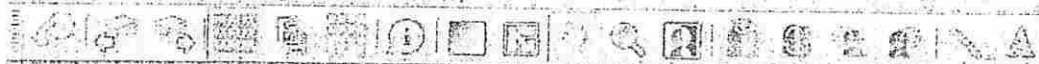
23/05/2013

Dr. (a):

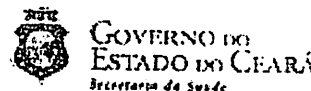
Voltando a esta consulta traga esta receita.

50.474





INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Prontuário: 174677 Admissão: 21/05/2019
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 1 dia(s) Sexo: Feminino RG:
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA Telefone: (88) 98117-8557
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 485844
Destino Interno: AGENDADO CIRURGIA

HDA/Exame Físico:

RETORNA APOS ALTA HOSPITALAR COM O HD: FT DE MANDIBULA. EVOLUI COM DOR LOCAL E LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL. TC REVELA FT DE MANDIBULA (SUBCONDILIANA A DIREITA) COM INDICACAO CIRURGICA. A MESMA NEGA COMORBIDADES. ENCONTRA-SE CONSCIENTE, ORIENATDO, EUPNEICO, CORADO, ACIANOTICO, AFEBRIL. APRESNTA FT EM PUNHO DIREITO EM ACOMPANHAMENTO ORTOPEDICO.
:1. SOLICITO PRE OPERATORIO E AGENDO CIRURGIA PARA 31/05/19

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

 UNIVERSITY OF CAMBRIDGE
 Faculty of Education
 Department of Educational Studies
 100 Brook Hill Drive
 Cambridge, MA 02138
 USA
 Tel: +1 617 495 3500
 Fax: +1 617 495 3501
 Email: education@cam.ac.uk

Cidade: BARBALHA

Não

Filmes Realizados

Terapêutica Utilizada

OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA MANDIBULAR à DIREITA

Diagnóstico

S026 - FRATURA DE MANDIBULA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S026	FRATURA DE MANDIBULA

Condições de Alta

ivielhorado

Data Programada da Alta: 01/06/2019

Observações Complementares

RETORNO AO AMBULATÓRIO DE CTBMF COM DR DAVID GONDIM CONFORME DISPONIBILIDADE DE VAGA.
TORNAR À EMERGÊNCIA DO HRC EM CASO DE NECESSIDADE (INTERCORRÊNCIA)

Responsável

Médico: FRANCISCO AURELIO LUCCHESI SANDRINI

Data: 01/06/2019

Dr. Francisco Aurelio L. Sordina
Buenos Aires, Argentina

	Agendamento	
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Data Nasc.: 20.04.1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 28 dia(s)
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Endereço: SÍTIO BELA VISTA
Bairro: CALDAS
Prontuário: 174677 Admissão: 18/06/2019
Sexo: Feminino RG:
Telefone: (88) 98133-1374
CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 8 dia(s)
Nº Atendimento: 489671

HDA/Exame Físico:

POS OP DE FT DE MANDIBULA HA 18 DIAS, (CONDILO). EVOLUI COM LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL , DOR LOCAL. AUSENCIA DE SINAIS FLOGISTICOS.
SEM FISTULA SALIVAR.
AUSENCIA DE LESAO NERVOSA.
CD: INICIO FISIOTERAPIA INTENSA COM PALITOS
2. SOLICITO RAO-X E RETONRO COM 8 DIAS.

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
TC CRANIO SEM CONTRASTE (0206010079)	18/06/201 17:10	Não	Pendente
TC FACE SEM CONTRASTE (0206010044)	18/06/201 17:10	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Dr. David Gondim
Cirurgião
BUCOMAXILOFACIAL
CRO-CE 4891

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 2 mes(es) e 5 dia(s)
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Endereço: SÍTIO BELA VISTA
Prontuário: 174677 Admissão: 25/06/2019
Sexo: Feminino RG:
Telefone: (88) 98183-1374
Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 30 dia(s)
Nº Atendimento: 490601

HDA/Exame Físico:

POS OP DE FT DE CONDILO MANDIBULAR NO DIA 31.5.19. EVOLUI COM ABERTURA BUCAL SATISFATORIA (19PALITOS), LEVE DESVIO PARA A DIREITA.
F.O SEM SINAIS FLOGÍSTICOS.
RAIO-X SEM ALTERACOES
CD:1. RETORNO COM 30 DIAS

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Dr. David Gondim
Cirurgião
BUCOMAXILOFACIAL
CRO/CE 4891

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO.

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO Admissão: 13/05/2019 19:16
Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 1 mes(es) e 0 dia(s) Tel.: 88 98117-8557
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Sexo: Feminino RG: Município: BARBALHA
CEP 63183-000 Bairro: CALDAS
Endereço: SITIO BELA VISTA

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	13/05/2019 19:42	Não	Realizado
RX JOELHO D AP/P (0204060125)	13/05/2019 19:42	Não	Realizado
RX JOELHO D AXIAL (0204060133)	13/05/2019 19:42	Não	Realizado
RX CRANIO AP/LATERAL (0204010080)	13/05/2019 19:58	Sim	Realizado
RX SEIOS DA FACE MN/FN/LATERAL (0204010144)	13/05/2019 19:58	Sim	Realizado
RX PA DE MANDIBULA (0204010110)	13/05/2019 20:36	Não	Realizado
TC FACE SEM CONTRASTE (0206010044)	13/05/2019 22:35	Não	Realizado

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
13/05/2019 22:22	BRENO ABIMAEEL MACEDO CRUZ	TO RX COM FRATURA RADIO DISTAL DIR DESVIADA CD TALA AXILO MEDICADA E ORIENTADA TTO CIRURGICO NO HMSVP EM BARBALHA RETORNO PRECOCE SN ALTA DA TO
14/05/2019 10:46	DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM	PARECER BUCOMAXILOFACIAL PACIENTE EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADA, EUPNEICA, CORADA, ACIANOTICA, AFEBRIL, EG BOM. NEGA DOR EM TORAX OU REGIAO ABDOMINAL. APRESENTA IMOBILIZACAO EM MSD. FACE: LIMITACAO DE ABERTURA BUCAL COM DOR PRE AURICULAR . FCC JA SUTURADOS EM FACE. CD:1. AGUARA RESULTADO DA TC DE FACE PARA DEFINICAO DE CONDUTA 2. PRESCRICAO EM ANEXO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 31/07/2020 às 09:54, sob o número 005058754.2020.8.06.0043 e código 0190568. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050587-54.2020.8.06.0043 e código 0190568.

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 3 mes(es) e 16 dia(s)
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Endereço: SÍTIO BELA VISTA
Prontuário: 174677 Admissão: 06/08/2019
Sexo: Feminino RG:
Telefone: (88) 98133-1374
Bairro: CALDAS CEP:

ATENDIMENTO

Médico: DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM CRO: 4891 Nº Atendimento: 496178
Destino Interno: AGENDAR RETORNO - 60 dia(s)

HDA/Exame Físico:

POS OP DE FT DE CONDILO MANDIBULAR HA 2 MESES. EVOLUI COM ABERTURA BUCAL SATISFATORIA
F.O SEM SINAIS FLOGISTICOS. SEM QUEIXAS
TC DE FACE SEM ALTERACOES
RETORNO COM 60 DIAS.
CD:1. RETONRO COM 30 DIAS

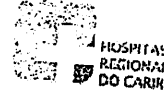
EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

PRESCRIÇÃO

Prescrição	Horário:
------------	----------

Dr. David Gondim
Cirurgião
BUCOMAXILOFACIAL
CRO-CE 4891



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO
Pront.: 174677 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s) Admissão: 13/05/2019 19:14
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Sexo: Feminino RG: Município: BARBALHA
CEP 63183-000 Bairro: CALDAS
Endereço: SITIO BELA VISTA
Tel.: 88 98117-8557
Num: 0

PRESCRIÇÃO

Médico:

Prescrição

Horário:

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL

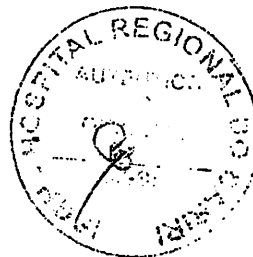
☐ Alta. Conduta

☐ Observação

☐ Referência para:

☐ Óbito

Dr. Brandão Nogueira Cruz
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro / Cotovelo
CRM-CE 10.375 CRIJPE 20041 TEGT 1482



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: ELINE SARAIVA DE SA BARRETO
Pront.: 174577 Data Nasc.: 20/04/1992 Idade: 27 ano(s) 0 mes(es) e 23 dia(s) Admissão: 13/05/2019 19:16
Mãe: FRANCISCA SARAIVA VENTURA
Sexo: Feminino RG: Município: BARBALHA
CEP: 63.63-000 Bairro: CALDAS Tel.: 88 98117-8557
Endereço: SÍTIO BELA VISTA Num: 0

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador: EVELINE NAIARA NUENS OLIVEIRA Horário: 13/05/2019 19:32
Queixa: PCT COM HISTORIA DE ACIDENTE DE TRANSITO, RELATA DOR EM MSD, CEFALÉIA, APRESENTA
Fluxograma: TRAUMA MAIOR
Discriminador: MECANISMO DO TRAUMA SIGNIFICATIVO
Sato02: Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua: Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ CRM: 6 Nº: 484587 Horário: 13/05/2019 19:41
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: PEQUENAS CIRURGIAS
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMOS MÚLTIPLOS NÃO ESPECIFICADOS

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

TRAUMA EM PUNHO E JOELHO DIREITO APÓS ACIDENTE DE MOTO
AO EXAME

ESCORIAÇÕES EM MMSS E MMII

NV PRESERVADO

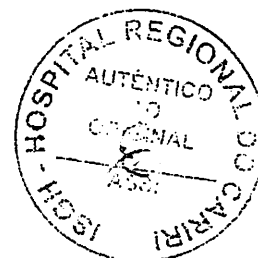
DOR EM PUNHO E JOELHO DIR, DEFORMIDADE NO PUNHO

TRAUMA EM FACE E CEFALÉIA

CD

RX E REAVALIAÇÃO

AV DA CIR GERAL E DA BUCO



EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX PUNHO D AP/P (0204040124)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AP/P (0204060125)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX JOELHO D AXIAL (0204060133)	13/05/2019 19:42	Não	Pendente
RX CRÂNIO AP/LATERAL (0204010080)	13/05/2019 19:58	Sim	Pendente
RX SEIOS DA FACE MN/FN/LATERAL (0204010144)	13/05/2019 19:58	Sim	Pendente

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Prontuário: 174677

SOLICITO
HEMOGRAMA
TP E TTPA
GLICEMIA

Data: 21/05/2019

DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

4891CRO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Prontuário: 174677

SOLICITO
HEMOGRAMA
TP E TTPA
GLICEMIA

Data: 21/05/2019

DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

4891CRO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Prontuário: 174677

USO ORAL

1- DIPIRONA 1 GRAMA.....1CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6H POR SETE DIAS

2- PROFLAM 100MG.....01CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12H POR CINCO DIAS

RETORNO:
COM MEDICO ORTOPEDISTA VIA SECRETARIA DE SAUDE DO MUNICIPIO-BARBALHA- HMSVP
URGENTE!
HD: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

Data: 13/05/2019

BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

13375CRM

Dr. Breno A. Macedo Cruz
Ortopedia - Traumatologia
Clínica do Ombro / Cotovelo
CRM-CE 13375 - CDE 20041 TEST 1492

p/ 9 dias mais
16/05/19

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Prontuário: 174677

USO ORAL

1- DIPIRONA 1 GRAMA.....1CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 6/6H POR SETE DIAS

2- PROFLAM 100MG.....01CX
TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12/12H POR CINCO DIAS

RETORNO:
COM MEDICO ORTOPEDISTA VIA SECRETARIA DE SAUDE DO MUNICIPIO-BARBALHA- HMSVP
URGENTE!
HD: FRATURA DO RADIO DISTAL DIREITO

Data: 13/05/2019

BRENO ABIMAEI MACEDO CRUZ

13375CRM

Dr. Breno A. Macedo Cruz
Ortopedia - Traumatologia
Clínica do Ombro / Cotovelo
CRM-CE 13375 - CDE 20041 TEST 1492

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Prontuário: 174677

SOLICITO

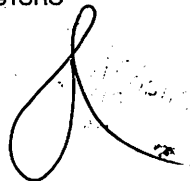
PARECER CARDIOLOGICO COM RISCO CIRURGICO

CIRURGIA PROGRAMADA DE OSTEOSINTESE DE FT DE MANDIBULA

Data: 21/05/2019

DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

4891CRO



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: ALINE SARAIVA DE SA BARRETO

Prontuário: 174677

SOLICITO

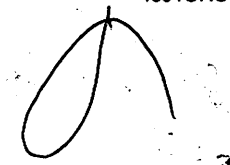
PARECER CARDIOLOGICO COM RISCO CIRURGICO

CIRURGIA PROGRAMADA DE OSTEOSINTESE DE FT DE MANDIBULA

Data: 21/05/2019

DAVID GOMES DE ALENCAR GONDIM

4891CRO





Nome: ALINE SARAIVA DE SÁ BARRETO

USO INTERNO

R//

1-DIPIRONA 500MG _____ 10 COMPRIMIDOS
Tomar 01 comprimido via oral de 6/6 hs, se dor.

2 - AMOXICILINA 500 MG _____ 21 CAPSULAS
Tomar 1 capsula via oral de 08 em 08 horas, por 07 dias.
SUGESTÃO DE HORÁRIO: 06h ; 14h ; 22h

3 - NIMESULIDA 100 MG _____ 10 COMPRIMIDOS
Tomar 1 comprimido via oral de 12 em 12 horas, por 5 dias
SUGESTÃO DE HORÁRIO: 10h ; 22h

USO TÓPICO

4 - PERIOGARD (CLOREXIDINE 0,12%) _____ 01 FRASCO
Fazer Bochechos 3x ao dia por 1 minuto, 30 min após a escovação dental por 10 dias.

Juazeiro do Norte - CE, 1 de Junho de 2019
Dr. Francisco Aurélio L. Sandrini
Cirurgião Buco-Maxilo-Facial
CRO-CE 6046

Assinatura e Carimbo Médico

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Barbalha

2ª Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-2133, Barbalha-CE - E-mail: barbalha.2@tjce.jus.br

DESPACHO

Processo nº: **0050587-54.2020.8.06.0043**
Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**
Classe: **Procedimento Comum Cível**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Aline Saraiva de Sá Barreto Luna**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

I - Defiro a gratuidade da justiça (art. 98, CPC), sem prejuízo da responsabilidade pelas despesas processuais e pelos honorários advocatícios decorrentes de sua sucumbência (NCPC, art. 98, § 2º), bem como sem afastar o dever de o beneficiário pagar, ao final, as multas processuais que lhe sejam impostas (NCPC, art. 98, § 4º);

II –Considerando o regime excepcional de plantão em razão da pandemia, deixo audiência de conciliação para o outro momento do processo. Assim, cite-se o demandado para, querendo, apresentar contestação, no prazo de quinze dias, sob pena de revelia;

III Após, inclua o feito em pauta de mutirão DPVAT;

Barbalha, 03 de agosto de 2020.

Marcelino Emidio Maciel Filho
Juiz de Direito

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ**

Comarca de Barbalha

2ª Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-2133, Barbalha-CE - E-mail: barbalha.2@tjce.jus.brBarbalha

CARTA DE CITAÇÃO ON-LINE

Processo nº: **0050587-54.2020.8.06.0043**
Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**
Classe: **Procedimento Comum Cível**
Assunto: **Seguro**
Requerente: **Aline Saraiva de Sá Barreto Luna**
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Prezado(a) Sr(a) Representante do(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Marcelino Emidio Maciel Filho**, Juiz(a) de Direito da 2ª Vara da Comarca de Barbalha, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição, para compor a lide e contestar a presente sob pena de revelia e confissão, ficando advertida de que, não sendo contestada a ação, no prazo de **15 dias**, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte(s) autora(s).

Barbalha/CE, 23 de setembro de 2020.

Wilson Santos de Oliveira
Supervisor de Unid. Judiciária



PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Barbalha

2ª Vara da Comarca de Barbalha

Rua Zuca Sampaio, S/N, Centro - CEP 63180-000, Fone: (88) 3532-2133, Barbalha-CE - E-mail: barbalha.2@tjce.jus.br

CERTIDÃO

Processo nº: **0050587-54.2020.8.06.0043**
 Apenso: **Processos Apenso << Informação indisponível >>**
 Classe: **Procedimento Comum Cível**
 Assunto: **Seguro**
Aline Saraiva de Sá Barreto Luna
 Requerido **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

CERTIFICA-SE que em 25/09/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "DESPACHO Processo nº:0050587-54.2020.8.06.0043 Apenso:Processos Apenso << Informação indisponível >> Classe:Procedimento Comum Cível Assunto:Seguro RequerenteAline Saraiva de Sá Barreto Luna RequeridoSeguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT I - Defiro a gratuidade da justiça (art. 98, CPC), sem prejuízo da responsabilidade pelas despesas processuais e pelos honorários advocatícios decorrentes de sua sucumbência (NCPC, art. 98, § 2º), bem como sem afastar o dever de o beneficiário pagar, ao final, as multas processuais que lhe sejam impostas (NCPC, art. 98, § 4º); II Considerando o regime excepcional de plantão em razão da pandemia, deixo audiência de conciliação para o outro momento do processo. Assim, cite-se o demandado para, querendo, apresentar contestação, no prazo de quinze dias, sob pena de revelia; III Após, inclua o feito em pauta de mutirão DPVAT; Barbalha, 03 de agosto de 2020. Marcelino Emidio Maciel Filho Juiz de Direito".

Barbalha/CE, 25 de setembro de 2020.