

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 16

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	COSMO SILVA DO CARMO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	QUIXADA/ CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	20070699377
Profissão	MOTOQUEIRO	CPF nº	045.927.063-07
Endereço	RUA 12 CONJ RIACHO DOCE II, N 191		
Bairro	PASSARE	CEP	60110-000
Município/UF	FORTALEZA / CE		
Telefone	(85) 99747 1218 / 98995 4869		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao_@hotmail.com

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

Fortaleza/CE, 30 de setembro de 2020.

➤ Cosmo Silva do Carmo
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	COSMO SILVA DO CARMO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	QUIXADA/ CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	20070699377
Profissão	MOTOQUEIRO	CPF n°	045.927.063-07
Endereço	RUA 12 CONJ RIACHO DOCE II, N 191		
Bairro	PASSARE	CEP	60110-000
Município/UF	FORTALEZA / CE		
Telefone	(85) 99747 1218 / 98995 4869		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei n° 1.060/50.

Fortaleza/CE, 30 de setembro de 2020.

> Cosmo Silva do Carmo

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Cosmo Silva do Carmo, BRASILEIRO(A),
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº _____, INSCRITO NO CPF SOB O Nº _____, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) NO _____, ENDEREÇO _____, DECLARO PARA

TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PROCESSO JUDICIAL, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO O ESCRITÓRIO SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

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

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

FORTALEZA/CE 30, DE setembro DE 2020.

> Cosmo Silva do Carmo
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL
SECRETARIA NACIONAL DE DEFESA SOCIAL

CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1668335516

PROVIDO PLASTIFICAR
1668335516

NOME
COSMO SILVA DO CARMO

FOTO

SOCIEDADE / ORG. EMISSOR
20070699377 ESPDS CE

CPF
045.927.063-07

DATA NASCIMENTO
11/08/1991

NACIONALIDADE
ANTONIO LUIZ SOUSA DO CARMO
LUCIA SILVA DO CARMO

PROFISSÃO
PROFISSIONAL

ACC
ACC

CALABRA
AN

Nº REGISTRO
06190022751

REGISTRO
06/01/2019

RENOVAÇÃO
24/09/2014

DISTRICAÇÃO
BAR:

Assinatura do Autor
Cosmo Silva do Carmo

ASSINATURA DO EMISSOR
57653845781
CE168343045

LOCAL
QUITANDA, CE

DATA EMISSÃO
03/01/2019

CEARA

FATURA PAGA. NÃO RECEBER



[illegible]



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3017 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/09/2019 13:47:38**
Data / Hora da Ocorrência: **26/01/2019 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SABIAS, PASSARE - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **COSMO SILVA DO CARMO**
Nascimento: **13/08/1991** CPF: **045.927.063-07**
RG: **20070699377** Orgão Emissor: **SSPDS** UF:
Filiação: **LUCIA SILVA DO CARMO**
ANTONIO LUIZ SOUSA DO CARMO
Endereço: **RUA 12, 182**
Bairro: **PASSARE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99747-2118**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNC8108 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi: 9C2JC4130FR200580 Renavam: 1065520147 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 CARGO KS Ano Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA Cor: BRANCA Proprietário: PORTELA COM DE GAS LTDA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRABALHAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PNC-8108 NA AV. SABIAS QUANDO UM CARRO DE PLACAS QUE A VITIMA NÃO SABE INFORMA E QUE TRANSITAVA NO SENTIDO CONTRARIO AO DA VITIMA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA A ESQUERDA COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA PILOTAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.//////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Cosmo Silva do Carmo

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Cosmo Silva do Carmo** - C.P.F. **045.927.063-07**, no dia **26/01/2019**, às **20h**, na **Rua dos Sabiás**, no **Bairro Passaré**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P632041/2019**.

Fortaleza, 16 de abril de 2019.

Atenciosamente,

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

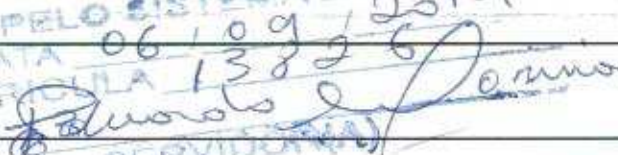
Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

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

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 26/01/2019 20:50:43	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 700207430478223	NOME: COSMO SILVA DO CARMO			Registro: 5600220	
CPF: 045.927.063-07	RG: 1668335516	D. NASC: 13/08/1991	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: LUCIA SILVA DO CARMO			NOME DO PAI: ANTONIO LUIZ SOUSA DO CARMO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: MOURA MATOS		Nº: 172	BAIRRO: PASSARE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60867067	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: ISABELE SAMU USI 88 CONDUCTOR EDUARDO LIMA		PARENTESCO: ESPOSA		TELEFONE:	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: PACIENTE, 27 ANOS, TRAZIDO PELO SAMU COM HISTÓRIA DE TRAUM EXPOSTO PERNA ESQUERDA + TRAUMA FECHADO OMBRO ESQUERDO					
OBSERVAÇÕES: NA ÚLTIMA HORA PROBLEMAS EM EXTREIDADES - FX EXPOSTA					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
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:			

SERVIÇO DE PROTOCOLO - UP
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 06/09/2019
MATRÍCULA 13826
SERVIDOR(A) 

IS-DATAUS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIH - SISAIH01
INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL
ESPELHO DA AIH

ORG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA APRESENTAÇÃO: 03/2019 DATA: 06/03/2019

Num AIH: 231910170723-0 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 03/2019 Data de Emissão: 28/01/2019

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0105 Leito: 0002

Doc autorizador: 708505329547275 Doc med resp: 107185222700006 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 107185222776000

CNES: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 7062874304782

Paciente: COSMO SILVA DO CARMO Prontuário: 2449538 Laudo:

Data Nasc.: 13/08/1991 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 20070699377

Responsável pac.: COSMO SILVA DO CARMO Nome da Mãe: LUCIA SILVA DO CARMO

Endereço: MOURA MATOS, 182 - PASSARE Raça/Cor: PARDA

Município: 230440 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60061-350 Telefone: (85)9804.8935

Procedimento solicitado: 04.08.05.050-0 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Procedimento realizado: 04.08.05.050-0 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

Diag. principal: S822-FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar: Causa Óbito:

Caráter atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data Internação: 28/01/2019 Data saída: 02/02/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIH01:

===[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]=====

CNPJ do Empregador: CNAER: CBO:

Vínculo com a previdência: -

===[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]=====

Linha	Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtd	Compt	Descrição
1	04.08.05.050-0	107185222700006	1	225270 107185222700006	3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
2	04.08.05.050-0	210157919150018	6	225151 210157919150018	3969800	1	012019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA
3	07.02.03.090-2	09069959000158	0	09069959000158	3969800	1	012019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM E
4	04.01.01.001-5	107185222700006	0	225270 107185222700006	3969800	2	012019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENT
5	02.04.06.016-0	3969800	0	3969800	3969800	1	012019 RADIOGRAFIA DE PERNA

===[VALORES DA PRÉVIA]=====

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar +		+ Serviço Profissional +		+ Direto +		+ Rateado +		Total
	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	Próprio	Terceiro	
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	64,80	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	64,80
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	631,25	0,00	0,00	0,00	0,00	215,11	0,00	0,00	846,36
07.02.03 OPM EM ORTOPEDIA	235,88	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	235,88
Total Geral:	931,93	0,00	0,00	0,00	0,00	215,11	0,00	0,00	1.147,04

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]=====

Linha	Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
3	27412	09.069.959/0001-58				

Número de Nascidos: Número de Saídas: N. Pré-Natal:

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Transf.: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 92 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União; Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995. Seção I, p. 12986, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

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

fls. 27

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12606101851
NÚMERO DA AIH: 2319101707230

NOTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - UF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL
ES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

NOTIFICAÇÃO DO PACIENTE

SI/PACIENTE: 700207430478223 - COSMO SILVA DO CARMO

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 13/08/1991 - 27 anos

NOME DA MÃE: LUCIA SILVA DO CARMO

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: RUA MOURA MATOS, Nº 172

INÍCIO DE RESIDÊNCIA: 230440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: PASSARE

CEP: 60867067

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

AGNÓSTICO INICIAL: S822 - Fratura da diáfise da tibia

AGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

AGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050500-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

RAZÃO DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 203834061580000 - FERNANDO AUGUSTO DELGADO SAMPAIO

ESPECIALIDADE: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 28/01/2019 - 14:55 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 30/01/2019 - 11:58

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: COSMO SILVA DO CARMO			PRONTUÁRIO : 5600220		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 50205430478222		8 - DATA NASCIMENTO: 13/08/1991	09-SEXO ()M ()F	10-RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/PAI: LUCIA SILVA DO CARMO			12 - TELEFONE:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I			14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): MOURA MATOS 172 PASSARE					
16 - MUNICÍPIO: FORTALEZA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:		18 - UF: CE	19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS: PACIENTE COM FRATURA DE TIBIA ,NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .			
21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX.TIBIA	24 - CID 10 S822	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DA FRATURA DE TIBIA	28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050500 Dr. Fernando A. Delgado Sampier	29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DO DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:	34 - DATA SOLICITAÇÃO: 28/01/2019	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):			

PREENCHER EM CASO DE CAUSA EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

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

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

FICHA DE INTERNAÇÃO

===[ADMISSÃO]==

Número Data Hora Convênio Classificação
201921000516 28/01/2019 20:46 PRAXIS SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento SISREG AIH
ELETIVO 12600101851
Origem do Paciente Clínica/Especialidade
IJF CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante Médico Responsável
6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI 6193 - ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEI
Procedimento Solicitado Dias
0408050500 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA 4

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]==

Nome Sexo
COSMO SILVA DO CARMO MASCULINO
Nascimento Idade Raça/Cor Estado Civil Religião
13/08/1991 27 Anos PARDA UNIÃO ESTÁVEL CATÓLICO (A)
Mãe Pai
LUCIA SILVA DO CARMO ANTONIO LUIZ SOUSA DO CARMO
Conjuge Responsável Prontuário
ISABELE LUCI RODRIGUES PEREIRA ISABELE LUCI RODRIGUES PEREIRA 2449538
CNS Registro Documento Informado
700207430478223 201902570000441 RG: 20070699377
País Município de Naturalidade CEP
BRASIL QUIXADA/CE 60861-350
Município de Residência Logradouro
FORTALEZA/CE RUA MOURA MATOS
Número Complemento Bairro
182 PASSARE
Fone Móvel Fone Fixo Ponto de Referência
(85)9894.89392

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)
EMPREGADO FORMAL / VENDEDOR DE COMERCIO VAREJISTA

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]==

Em caso de urgência avisar Acomodação/Leito
ISABELE 105/02
Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
OBSERVAÇÃO CLÍNICA MÉDICA EMERGÊNCIA
Atendente: maria Data: 28/01/2019 Hora: 20:58:43 Tempo: 00:12:01

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]==

ISABELE LUCI RODRIGUES PEREIRA, abaixo assinado, responsável pelo paciente COSMO SILVA DO CARMO, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 28 de janeiro de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Isabeli Luci Rodrigues Pereira



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



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: yanna.lima - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
**Acompanhar Solicitação de
Internação**

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

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

700207430478223 - COSMO SILVA DO

CARMO 

NOME DA MÃE

LUCIA SILVA DO CARMO

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5600220

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

13/08/1991 - 27 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

RUA MOURA MATOS, Nº 172

BAIRRO

PASSARE

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

06440819291 - FERNANDO AUGUSTO
DELGADO SAMPAIO

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDO PARA:
INSTITUTO PRÁXIS

Solicitação

NÚMERO

12600101851

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

28/01/2019 - 14:55

PROFISSIONAL

06440819291 - FERNANDO AUGUSTO
DELGADO SAMPAIO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050500- - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

PROCEDIMENTO REALIZADO

28/01/2019 15:55

CLÍNICA	13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA
CLÍNICA COMPLEMENTAR	
CARÁTER DA INTERNAÇÃO	5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO
GRAU DE PRIORIZAÇÃO	4 - URGÊNCIA
Justificativa da internação	
DIAGNÓSTICO INICIAL	S822 - Fratura da diáfise da tibia
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM FRATURA DE TÍBIA, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÃO
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE+EXAME FÍSICO+RX
Causas externas	
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA

Voltar

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:

Cancelar solicitação

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

Acessar ocorrências

RECEITUÁRIO
LAUDO

Reciente Grupo S. Ave
do Carmo Sofrer trauma -
exposto de punho esp. em
26/01/2019, submetido a traq-
tamento cirúrgico com rick-
tes, fixação e imobilização
com vinculação da punho
vel de punho esp. 50%. Res-
tar em estabilização + imo-
bilização de punho
de punho, dolo e in-
dole definitiva.

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

Fortaleza, 23/05/2020

LAVDO

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

Fortaleza, 05/11/19



P = 632041/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USI-88	PONTO DE APOIO: CSA	Nº DA OCORRÊNCIA: 09169
DATA: 26/01/2019	TURNO: SIN	EQUIPE: Bárbara + Eduardo L + Hugo
NOME: Carlos Silva do Carmo	IDADE: 27	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua das Sabias, 197	BAIRRO: Passare	
REFERÊNCIA: Av. Palestina (ônibus Unagão)	QUY: 19:24	QUU: 20:00
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão carro - moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE
☒ PÉRVAS	POR:	
☐ OBSTRUÍDAS		

A

B

C

D

E

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
☐ BRADIPNEICO			
☐ AGÔNICA / AUSENTE			
PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☐ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☒ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
LOCAL:	☒ SUDOREICA		
	☒ SECA		
	☒ QUENTE		
	☒ FRIA		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
A VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
A DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
TOTAL: 15	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA ☐ 1
☐ ALTERADAS		

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
	Fratura tíbia - fíbula fechada. E Edema em ombro esquerda. escoriações em MMII	

SAMPLA

FC: 64	PA: 130X80	FR: 18	GLIC: 104	OXIM.: 97%	TEMP.: 36,5
--------	------------	--------	-----------	------------	-------------

Paciente consciente, orientado, verbalizando. Na cena estava acamado, com capacidade reduzida. Relatou dor intensa em MMSE, com fratura e exposição óssea, edema e alguns pontos de escoriações nos MMII. Negou síncope, afasia, náusea, vômito e outras patologias, bem como alergias.

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

fls. 35

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

avaliação primária + imobilização de MMIE, limpeza
unidade, verificação de SSVU, transporte em maca
longa e interconexão.

Barbara Rebouças
Enfermeira

ASS. /COREN: COREN 315.846

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: 11F Centro

BOLETIM EMERG:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO: ☒ SIM ☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Dr. Luiz R. Pinheiro

Dr. Walder Ramos

DR. WALDER RAMOS
CREMEC 35

30/01/2020
EM: 11

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG /CPF _____

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

ASSINATURA:



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF 158219
Av. Francisco Sá, 5443 - Alvaro Weyler - Fortaleza - CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3234-2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@icdf.com.br

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 31/11/20

Nome do paciente: Carla Jéssica do Carmo
 nº Prontuário: 1111111111
 Categoria: 1
 Leito: 1
 Cirurgião: Dr. Carlos Eduardo
 Anestesiologia: Dr. João Carlos Marques da Silva
 Tipo de Anestesia: Alveolar com sedação
 1 Auxiliar: Stefânia Rêgo
 2 Auxiliar:
 3 Auxiliar:
 Instrumentadora:
 Circulante:
 Diagnóstico Pre-Operatório: filmo na tórax
 Tipo de Operação/ Código: 04080101
 Imagem (se houver): filme
 Relatório imediato da Patologista:
 Exame Radiológico no ato:
 Acidente e incidentes:

Contagem de Compressas		
Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA

Assinatura da Enfermeira(o)

Carla Jéssica do Carmo
 CRM 2021
 CPF: 045.085.213-04
 Anestesiologista

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Ampliar

posicionamento - articular

com o corpo

manter no plano e

pedir a fixação - tipo

fixação - novo - variação

de conforto

surto no plano

curvatura

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

MCM, C. 11



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60 310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Data: 21/02/2021

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: <u>Osma Silveira do Carmo</u>																																																																																																																											
Nº Prontuário: <u>10.79/01</u>			Nº Controle: <u>10.79/01</u>			Enf./		Leito:																																																																																																																			
Cirurgião: <u>Dr. Alexandre</u>			Tempo de Sala: <u>1h00</u>			Tempo de Oxigênio: <u>1h00</u>																																																																																																																					
IDADE	PESO	ALTURA	SEXO	TEMP	PULSO	RESP	PR. ART. MAX/MIN																																																																																																																				
<u>47</u>	<u>70</u>	<u>1.60</u>	<u>M</u>	<u>36.0</u>	<u>84</u>	<u>13</u>																																																																																																																					
TIPO SANGÜINEO		HEMACIAS	HEMOGLOBINA	HEMATOCRITO	GLICEMIA	URÉIA	URINA																																																																																																																				
<u>B. Vermelho</u>		<u>10.79/01</u>	<u>10.79/01</u>	<u>31.71</u>	<u>-</u>	<u>2.5 mg/dL</u>	<u>Amarelo, claro</u>																																																																																																																				
Ap. Respiratório: <u>Normal</u>					Ap. Circulatório: <u>Normal</u>																																																																																																																						
Ap. Digestivo: <u>Normal</u>			Dentes: <u>Normal</u>	Pescoço: <u>Normal</u>			E.C.G.: <u>Normal</u>																																																																																																																				
Ap. Urinário: <u>Normal</u>			Diagnóstico Pré-Operatório: <u>Normal</u>			Risco: <u>01</u>																																																																																																																					
Anestésias Anteriores: <u>Sim + Intubação</u>					Medicação Pré-Anestésica: <u>Demerol 5mg + 10.79/01</u>																																																																																																																						
Aplicada às					Efeito: <u>Relaxante</u>																																																																																																																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Agentes Anestésicos</th> <th>20</th> <th colspan="10">Gráfico de Anestesia</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Líquidos</td> <td></td> <td colspan="10"> <u>OF</u> <u>100ml + 12L</u> </td> </tr> </tbody> </table>										Agentes Anestésicos	20	Gráfico de Anestesia										Líquidos		<u>OF</u> <u>100ml + 12L</u>																																																																																																			
Agentes Anestésicos	20	Gráfico de Anestesia																																																																																																																									
Líquidos		<u>OF</u> <u>100ml + 12L</u>																																																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">CODIGO</th> <th rowspan="2">F. Arterial</th> <th rowspan="2">C. Pulso</th> <th rowspan="2">C. Respiração</th> <th rowspan="2">Anestesia</th> <th rowspan="2">C. Operação</th> <th colspan="2">MANUTENÇÃO</th> </tr> <tr> <th>Sim</th> <th>Não</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>260</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>240</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>220</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>200</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>180</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>160</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>140</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>120</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>100</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>80</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>60</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>40</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>20</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										CODIGO	F. Arterial	C. Pulso	C. Respiração	Anestesia	C. Operação	MANUTENÇÃO		Sim	Não	260								240								220								200								180								160								140								120								100								80								60								40								20							
CODIGO	F. Arterial	C. Pulso	C. Respiração	Anestesia	C. Operação	MANUTENÇÃO																																																																																																																					
						Sim	Não																																																																																																																				
260																																																																																																																											
240																																																																																																																											
220																																																																																																																											
200																																																																																																																											
180																																																																																																																											
160																																																																																																																											
140																																																																																																																											
120																																																																																																																											
100																																																																																																																											
80																																																																																																																											
60																																																																																																																											
40																																																																																																																											
20																																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">SIMBOLOS E ANOTAÇÕES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POSICÃO</td> <td><u>Supino + Dorso + Ventral</u></td> </tr> <tr> <td>AGENTES</td> <td><u>1 + 3 + 4</u></td> </tr> <tr> <td>TÉCNICA</td> <td><u>Intubação com Dorso Int +</u></td> </tr> <tr> <td>OPERAÇÃO</td> <td><u>10.79/01</u></td> </tr> <tr> <td>CIRURGIÕES</td> <td><u>10.79/01</u></td> </tr> <tr> <td>ANESTESISTAS</td> <td><u>10.79/01</u></td> </tr> </tbody> </table>										SIMBOLOS E ANOTAÇÕES		POSICÃO	<u>Supino + Dorso + Ventral</u>	AGENTES	<u>1 + 3 + 4</u>	TÉCNICA	<u>Intubação com Dorso Int +</u>	OPERAÇÃO	<u>10.79/01</u>	CIRURGIÕES	<u>10.79/01</u>	ANESTESISTAS	<u>10.79/01</u>																																																																																																				
SIMBOLOS E ANOTAÇÕES																																																																																																																											
POSICÃO	<u>Supino + Dorso + Ventral</u>																																																																																																																										
AGENTES	<u>1 + 3 + 4</u>																																																																																																																										
TÉCNICA	<u>Intubação com Dorso Int +</u>																																																																																																																										
OPERAÇÃO	<u>10.79/01</u>																																																																																																																										
CIRURGIÕES	<u>10.79/01</u>																																																																																																																										
ANESTESISTAS	<u>10.79/01</u>																																																																																																																										
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Anestesia Satisfatória</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">DESPERTAR</td> </tr> <tr> <td>Reflexos na S.O.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Obstr.</td> <td>Co2</td> </tr> <tr> <td>Excit.</td> <td>Náuseas</td> </tr> <tr> <td>Vômitos</td> <td>Outros</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Para o leito com cânula</td> </tr> <tr> <td>SIM</td> <td>NÃO</td> </tr> <tr> <td>Condições</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Anestesia Satisfatória		SIM	NÃO	DESPERTAR		Reflexos na S.O.		Obstr.	Co2	Excit.	Náuseas	Vômitos	Outros	Para o leito com cânula		SIM	NÃO	Condições																																																																																															
Anestesia Satisfatória																																																																																																																											
SIM	NÃO																																																																																																																										
DESPERTAR																																																																																																																											
Reflexos na S.O.																																																																																																																											
Obstr.	Co2																																																																																																																										
Excit.	Náuseas																																																																																																																										
Vômitos	Outros																																																																																																																										
Para o leito com cânula																																																																																																																											
SIM	NÃO																																																																																																																										
Condições																																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Perda sanguínea aprox.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Volume sanguíneo</td> <td>repor</td> </tr> </tbody> </table>										Perda sanguínea aprox.		Volume sanguíneo	repor																																																																																																														
Perda sanguínea aprox.																																																																																																																											
Volume sanguíneo	repor																																																																																																																										

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 04/11/2020 às 11:38, sob o número 02626981820208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0262698-18.2020.8.06.0001 e código 79E350A.

SINISTRO 3200218630 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA COSMO SILVA DO CARMO****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO COSMO SILVA DO CARMO**CPF/CNPJ:** 04592706307**Posição em 01-09-2020 08:59:24**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
02/09/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50