

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 20/06/2012

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00085-X

CONTA: 00000055550-9

Nr. da Autenticação DD0FE7122388816B



FEDERAL VIDA E PREVIDÊNCIA S.A.

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO

1004039



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO/CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DE SINISTRO - SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT - N° DO SINISTRO _____ (CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA)

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro Dpvat, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Antonio Machado de Azevedo., PORTADOR / A DO RG N° 95031011. EXPEDIDO POR SSPCE EM 10 / 10 / 1990 E CPF/CNPJ N° 017.208.843-74., PROFISSAO Aposentado E RENDA MENSAL R\$ 622,00, NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO (A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT DA VÍTIMA Antonio Machado de Azevedo., AUTORIZO A SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT, A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM A FORMA ABAIXO INDICADA:

Dados bancários incompletos ou incorretos impedem os bancos de liberarem o pagamento. Verifique cuidadosamente seus dados antes de preencher os campos e evite rasuras.

CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (QUALQUER BANCO)

Nº BANCO 001 Nº AGÊNCIA 0085-X (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR) Nº CONTA 55.550.9

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO BRADESCO Nº BANCO 237

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO DO BRASIL Nº BANCO 001

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DO BANCO ITAÚ Nº BANCO 341

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA _____

CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA DA CAIXA ECONÔMICA FEDERAL Nº BANCO 104

Nº AGÊNCIA _____ (INCLUA O DÍGITO VERIFICADOR DA AGÊNCIA, SE EXISTIR)
Nº CONTA _____

Sobral-Ceará, 25 de Maio de 2012.



ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO (A)

Elizirene Carvalho Albuquerque Azevedo

FEDERAL
04 JUN. 2012
RECEBIDO
S/A

BANCO DO BRASIL

CPF
017.208.843-74
Telefone (000 - n.º)
(88) 3615-0122

Nome
ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

Agência

0085-X

Conta

55.650-9

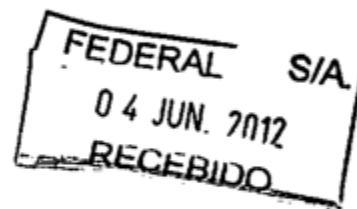
Conta corrente

1 : 1. Solidário 2. Nao solidário

Assinatura do cliente

a de Conta-Corrente e
/ou Poupança Poupex
Pessoa Física

istrito Federal, por sua
-08 (II) Associação de





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 553 - 4377 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 16/04/2012 14:08:45

Data / Hora da Ocorrência: 11/12/2011 08:08:45

Endereço da Ocorrência: LGO. CE 364

ZONA RURAL SOBRAL / CE

Ponto de Referência

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

1004026



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

Nascimento: 05/12/1956

RG: Órgão Emissor: UF: - CPF:

Filiação: CLODOVEU MACHADO PORTELA

LAURA FERREIRA PORTELA

Endereço: LGO PAU DARCO

ZONA RURAL

SOBRAL CE BRASIL

Telefone:

Histórico

INFORMA A QUEIXOSA QUE SEU MARIDO - ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO, NO LOCAL, DATA, ACIMA CITADOS, SOFREU, UM ACIDENTE DE MOTO, QDO LIGA NA GARUPA DA MOTO HONDA CG 125 FAN, ANO 2007/2008, CINZA, DE PLACAS HYD 4765, CHASSI N°9C 21C30708R010439, PILOTADA POR SEU FILHO FCO. ELTON CARVALHO AZEVEDO, QUE, SEU MARIDO NAS PRESSAS COM A MOTO EM MOVIMENTO FOI DESCER E CAIU E FRATUROU A FERNA DIREITA, QUE, FOI SOCORRIDO PELOS FAMILIARES PARA O POSTO DE SAÚDE DE APRAZIVEL E EM SEGUIDA PELA AMBULANCIA PARA O HOSPITAL SANTA CASA DE SOBRAL. NADA MAIS;

Noticiante(s)

Nome: MARIA ALBUQUERQUE CARVALHO AZEVEDO

Endereço: LGO PAU DARCO

Bairro: ZONA RURAL

Município/UF: SOBRAL CE BRASIL Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

MATRÍCULA: 198830-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A): *[Assinatura]*



PARECER DE ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL

DADOS DO SINISTRO

Número: 2012263923

Cidade: Sobral

Natureza: Invalidez

Vítima: ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

Data do acidente: 11/12/2011

Emissor do parecer: Maria Tereza Ramos de Araujo Amorim

Seguradora: FEDERAL DE SEGUROS S/A

Prestadora: AMORIM E MATTOS SERVIÇOS MÉDICOS ESPECIALIZADOS LT

CRM do médico: 31475-9

PARECER

Data da análise: 14/06/2012

Valorização do IML:

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE OSSOS DA Perna DIREITA (TTO CIRURGICO)

Resultados terapêuticos:

Sequelas permanentes: Sequelas LIMITACAO FUNC DO MI DIREITO

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: INVALIDEZ PARCIAL / 25% DE 70% = 17,5%

Documentos complementares:

Observações:

Valor pleiteado: 9.450,00

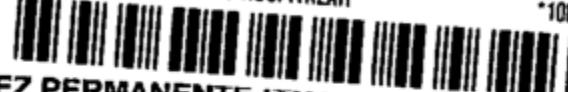
Médico avaliador: MARIA TEREZA

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

Dano	%	Dimensão	Graduação
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70	1	25

Valor avaliado: 2.362,50



RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VITIMA:

Antônio marcelo de Oliveira

NÚMERO DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 11/12/2011

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

11/12/2011

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Thiago Henrique Lopes Paixão - CRM: 12196

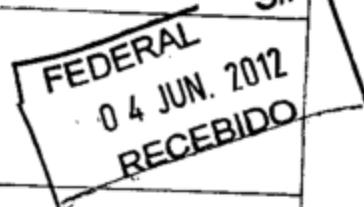
- Fratura diafragma + ossos da Perna (2).

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Ressecção da fratura com placa + parafuso (26/03/12)

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE?
Caso positivo descrever: SIM NÃO

SIA



COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.
 A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º

R. gônio de Oliveira + claudicação no membro.

2º

3º

4º

5º

AFIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VITIMA NO PERÍODO DE 10/12/11 A 03/06/12 E
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Sobral C

03,06,12

DATA

L. Thiago Henrique
ORTOPEDISTA
CRM 12196

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Sobral C

03,06,12

DATA

Thiago Henrique Lopes Paixão
ASSINATURA DA VITIMA



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGÊNCIAL

Atend.: 09/06/2012 - 09:37
Reg.: 09/06/2012 - 09:37 At. Nasc.: 09/06/1956
Nome: ANTONIO FACHALO DE SOBRAL
End.: R. FACHALO, 0
APTA/IMB: SOBRAL-CE: UFP: 621140-X

ATENDIMENTO: ADULTO

PEDIÁTRICO

CIRÚRGICO

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Anadri

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 09:40

PROCEDÊNCIA:

PROCUROU PSF: SIM

CAUSAS:

- ENCAMINHADO
- NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
- NÃO TINHA MÉDICO
- POSTO ESTAVA FECHADO
- NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO

CAUSAS:

- NÃO É EFICIENTE
- É LONGE DE CASA
- NUNCA TEM MÉDICO

TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

EMERGÊNCIA TRAUMATOLÓGICA

ADULTO

- SAMU
- CARRO
- DEAMBULANDO
- OUTRAS AMBULANCIAS
- MOTO, BICICLETA...

HDA DO ACOLHIMENTO:

Período de risco de queda de moto, quando fiquei
edra no MIF.

PA: 1 PULSO: TEMP.: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

- Acidente c/ objetos corto-contusos Acidente por arma de fogo Afogamento
- Choque elétrico Queda. De onde? _____
- Ingestão acidental: Corpo estranho Produto químicos farmacêuticos
- Queimaduras: 1º Grau 2º Grau 3º Grau Por: Água Óleo Álcool Elétrico
- Atropelamento: Carro Moto Bicicleta Outros
- Carro com cinto sem cinto Moto: com capacete sem capacete
- Mordedura de animais: Doméstico Selvagem Ofídico

LOCAL DO ACIDENTE:

Domicílio

Via Pública

Escola

Outros

FEDERAL
04 JUN. 2012
SIA
RECEBIDO

TIPO DE TRAUMA

<input type="checkbox"/> TCE	<input type="checkbox"/> ABDOMINAL	<input type="checkbox"/> TORÁCICO	<input type="checkbox"/> ORTOPÉDICO	<input type="checkbox"/> POLITRAUMA
<input type="checkbox"/> ESPANCAMENTO			<input type="checkbox"/> VIOLÊNCIA SEXUAL	
<input type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/> MÃE:	<input type="checkbox"/> OUTROS	<input type="checkbox"/> PAI	<input type="checkbox"/> PADASTRO
				<input type="checkbox"/> DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO:

15- Vítima d trauma l com o dnt
 aqnt d mto
 m dnt + dnt m dnt
 dnt dnt m dnt

AN: Fratura de Perna
 (1) cular de dnt dnt

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

A Inj

<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> CARDIOLÓGICO	<input type="checkbox"/> NEUROLÓGICO	<input type="checkbox"/> OFTALMOLÓGICO
<input type="checkbox"/> CIRÚRGICO	<input type="checkbox"/> TRAUMAT. ORTOPÉDICO	<input type="checkbox"/> OTORRINO	<input type="checkbox"/> ODONTOLÓGICO
<input type="checkbox"/> TENTATIVA DE SUICÍDIO	<input type="checkbox"/> OUTROS		

DESTINO DO ATENDIMENTO: CONSULTA

COM MEDICAÇÃO
 SEM MEDICAÇÃO

ALTA COMPLEXIDADE
 INTERNAÇÃO

CLÍNICO. CIRÚRGICO

Dr. Thiago Mariano Almeida L. Parente
 ORTOPÉDIA - TRAUMATOLOGIA
 CRM: 12196 / CPF: 641.343.503-4

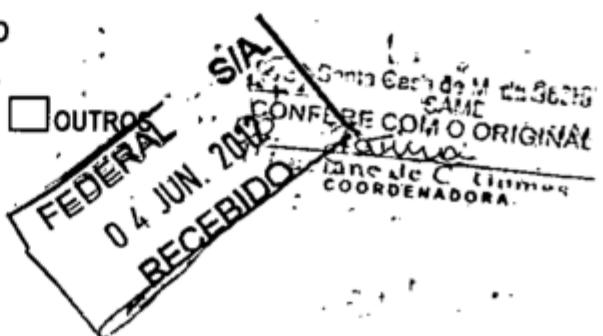
OBSERVAÇÃO: DESTINO

<input type="checkbox"/> INTERNADO:	<input type="checkbox"/> CLÍNICO	<input type="checkbox"/> CIRÚRGICO
<input type="checkbox"/> ALTA		
<input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA	<input type="checkbox"/> HOSPITAL DE ORIGEM	<input type="checkbox"/> OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data _____

Hora: _____



DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 458819
Paciente...: ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO ... CPE...: 01720984374
Sexo.....: MASCULINO
Dt. Naso...: 5/12/1956 Idade...: 55a 3m 21d
Mae.....: LAURA FERREIRA PORTELA
Pai.....: CLODOVEU MACHADO PORTELA Cor....: PARDAS
E. Civil....: CASADO CNS...:
Endereço.: APRAZIVEL Nº....: 0
Bairro....: APRAZIVEL CEP.: 62114-000
Cidade....: SOBRAL UF...: CE
Fone.....:

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome.....:
Endereço...:
Documento.:
Fone.....:

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento.: 3066225 Abendente.: WILSON PEREIRA
Data.....: 26/03/2012 Hora.....: 11:17 Permanência.: Dias
Procedimento.: 52140263 FRATURA DA TIBIA ASSOCIADA OU NÃO A DA FIBULA - TRATAMENTO
Medico.....: THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE
Unidade Int...: CASA DE SAÚDE DOM WALFRIDO
Leito.....: LEITO 103-C.S.DOM WALFRIDO
Convenio.....: PREF. MUNICIPAL DE SOBRAL
Plano.....: 1
Carteira.....:
N. Guia.....:

PERMANÊNCIA
VÁLIDA ATÉ
30/03/12

SIA

assinatura

Assinatura do Paciente ou Responsável

Outras Observações:

J. M. SOBRAI

FEDERAL
04 JUN. 2012
RECEBIDO

LEI SEMARH

do. n

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Flávia
Luciane de C. Oliveira
COORDENADORA

AUTORIZADO
PROCEDIMENTO

PACOTE
ORTOPEDIA



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRÁLL

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

CONTROLE DE MEDICAMENTO E MATERIAIS

Cliente: Júlio César de Jesus
Setor: PRW

Matrícula: 450019

FEDERAL S/A
04 JUN. 2012
RECEBIDO

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 193641

Sala: 0004 SALA 02

Atendimento: 3066225

Paciente: 456613

ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

Carteira:

Convênio Atend.: 44

PREF. MUNICIPAL DE SOBRAL

Idade: 55 Anos 21 Dias 16 Hora

Leito: 310

LEITO 103-C.S.DOM WALFRIDO

Dt. Início:

Dt. Fim:

Cld Final: S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimentos.

Procedimento: 52140130

FRATURA DA TIBIA ASSOCIADA OU NAO A DA FIBULA - REDUCAO INC

Convênio: 044

PREF. MUNICIPAL DE SOBRAL

Anestesia: 05

BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA
CIRURGIAO

9088 GERARDO CRISTINO DE MENEZES NETO
12196 THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE

Descrição

Descrição Cirúrgica:

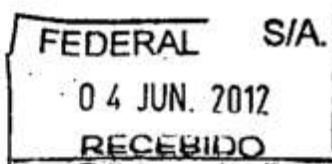
- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
- ISQUÊMIA COM FAIXA DE SMACH NO MEMBRO INFERIOR DIREITO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO ANTERO-LATERAL CENTRADA NO FOCO DA FRATURA
- DIÉRESE POR PLANOS ATÉ VISUALIZAÇÃO DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DE FRATURA DO TERÇO DISTAL DE TIBIA
- REALIZAÇÃO DE CALOCLASIA DE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA
- TENTATIVA DE REDUÇÃO O MAIS ANATÔMICO POSSÍVEL DA FRATURA DA TIBIA (BASTANTE RETRAÇÃO DE TECIDOS MOLE
- FIXAÇÃO COM PLACA RETA DE A/C E PARAFUSOS CORTICais
- RETIRADA DA FAIXA DE SMARCH
- HEMOSTASIA RIGOROSA E DEFINITIVA
- SUTURA MÍNIMA DA PELE
- CURATIVOS ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A): THIAGO MONT'ALVERNE LOPES PARENTE
CRM: 12196



Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Luciano da C. Lima
COORDENADOR



**SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL**
ENTIDADE DE PLANTONÓPICA

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

NOME ANTONIO MACIADO DE AZEVEDO				DATA 26/03/12	REGISTRO 3066225																																																																														
IDADE: 55	SEXO: M	COR: BRANCO	CLÍNICA: ORTOPEDIA	ENF: 103	LEITO: 103																																																																														
PRESSÃO ARTERIAL:		PULSO: 90	RESPIRAÇÃO: EUPNEICO	TEMPERATURA: AFEBRIL	PESO:																																																																														
ESTADO GERAL: BOM <input checked="" type="checkbox"/>		REGULAR <input type="checkbox"/>	MAU <input type="checkbox"/>	PÉSSIMO <input type="checkbox"/>	RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) Grau I <input checked="" type="checkbox"/> Grau II <input type="checkbox"/> Grau III <input type="checkbox"/> Grau IV <input type="checkbox"/>																																																																														
EXAMES COMPLEMENTARES:																																																																																			
AP. RESPIRATÓRIO: NDN			AP. CIRCULATORIO: NDN																																																																																
AP. DIGESTIVO: Jejum		ESTADO MENTAL:	DROGAS EM USO: Ø																																																																																
PRÉ-ANESTÉSICO DROGA/HORA: 00 ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 E																																																																																			
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA DE TÍBIA																																																																																			
CIRURGIA REALIZADA: OSTÉOINTÉSE																																																																																			
CIRURGIÃO: DR. THIAGO MONTA LUEVNE		AUXILIARES:																																																																																	
INÍCIO DA ANESTESIA: 14:30		TÉRMINO DA ANESTESIA: 16:30		DURAÇÃO DA ANESTESIA: 2:00																																																																															
AGENTE/HORA: FEDERAL 04 JUN. 2011 RECEBIDO																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td>O.</td> <td>500ml</td> <td>500ml</td> <td>500ml</td> </tr> <tr> <td>N.O.</td> <td>200ml</td> <td>200ml</td> <td>200ml</td> </tr> <tr> <td>LIQUÍDOS</td> <td>500ml</td> <td>500ml</td> <td>500ml</td> </tr> <tr> <td>VENOSOS</td> <td>200ml</td> <td>200ml</td> <td>200ml</td> </tr> </table>						O.	500ml	500ml	500ml	N.O.	200ml	200ml	200ml	LIQUÍDOS	500ml	500ml	500ml	VENOSOS	200ml	200ml	200ml																																																														
O.	500ml	500ml	500ml																																																																																
N.O.	200ml	200ml	200ml																																																																																
LIQUÍDOS	500ml	500ml	500ml																																																																																
VENOSOS	200ml	200ml	200ml																																																																																
<table border="1"> <tr> <td rowspan="2">CÓDIGOS CIRÚRGICOS X</td> <td rowspan="2">P. ARTERIAL</td> <td rowspan="2">PULSO ●</td> <td colspan="3">DIÁSTÓLICA V SISTÓLICA A</td> </tr> <tr> <td>240</td> <td>220</td> <td>200</td> <td>180</td> <td>160</td> <td>140</td> <td>120</td> <td>100</td> <td>80</td> <td>60</td> <td>40</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td colspan="3">MONITORAÇÃO P. ARTERIAL</td> <td colspan="12">PULSO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">E. C. G.</td> <td colspan="12">PULSO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">DIX. PULSO</td> <td colspan="12">PULSO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">ANOTACOES</td> <td colspan="12">PULSO</td> </tr> </table>						CÓDIGOS CIRÚRGICOS X	P. ARTERIAL	PULSO ●	DIÁSTÓLICA V SISTÓLICA A			240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20	MONITORAÇÃO P. ARTERIAL			PULSO												E. C. G.			PULSO												DIX. PULSO			PULSO												ANOTACOES			PULSO											
CÓDIGOS CIRÚRGICOS X	P. ARTERIAL	PULSO ●	DIÁSTÓLICA V SISTÓLICA A																																																																																
			240	220	200	180	160	140	120	100	80	60	40	20																																																																					
MONITORAÇÃO P. ARTERIAL			PULSO																																																																																
E. C. G.			PULSO																																																																																
DIX. PULSO			PULSO																																																																																
ANOTACOES			PULSO																																																																																
<input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input checked="" type="checkbox"/> RAQUIDIANA <input type="checkbox"/> EPIDURAL <input type="checkbox"/> BLOQ. PLEXO <input type="checkbox"/> BLOQ. NERVOS <input type="checkbox"/> OUTROS																																																																																			
TÉCNICA PV MTR LUMBAR L3-L4, AGURTA 26G QUINCLE, LCR LIMP 100ml SEDATÓ																																																																																			
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">LÍQUIDOS Volume em ml</td> <td colspan="4">MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO</td> </tr> <tr> <td colspan="2">GLICOSE 1</td> <td>1 FENTANIL 100mg</td> <td colspan="3">6 CEFAZOLINA 2g</td> </tr> <tr> <td colspan="2">NaCl 1000ml</td> <td>2 DIAZOLAM 5mg</td> <td colspan="3">7</td> </tr> <tr> <td colspan="2">SANGUE</td> <td>3 BUPIVACAINA 30mg</td> <td colspan="3">8</td> </tr> <tr> <td colspan="2">RINGER 500+500ml</td> <td>4 MORFINA 100mg</td> <td colspan="3">9</td> </tr> <tr> <td colspan="2">TOTAL 2000ml</td> <td>5 CETOFLUOPERENO 100mg</td> <td colspan="3">10</td> </tr> </table>						LÍQUIDOS Volume em ml		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO				GLICOSE 1		1 FENTANIL 100mg	6 CEFAZOLINA 2g			NaCl 1000ml		2 DIAZOLAM 5mg	7			SANGUE		3 BUPIVACAINA 30mg	8			RINGER 500+500ml		4 MORFINA 100mg	9			TOTAL 2000ml		5 CETOFLUOPERENO 100mg	10																																												
LÍQUIDOS Volume em ml		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO																																																																																	
GLICOSE 1		1 FENTANIL 100mg	6 CEFAZOLINA 2g																																																																																
NaCl 1000ml		2 DIAZOLAM 5mg	7																																																																																
SANGUE		3 BUPIVACAINA 30mg	8																																																																																
RINGER 500+500ml		4 MORFINA 100mg	9																																																																																
TOTAL 2000ml		5 CETOFLUOPERENO 100mg	10																																																																																
DESTINO DO PACIENTE		APTO <input type="checkbox"/>	ENFERM <input type="checkbox"/>	SRPA <input type="checkbox"/>	UTI <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>																																																																														
SRPA		PA:	PULSO:	RESPIRAÇÃO:	SpO ₂																																																																														
ASSINATURA / ANESTÉSISTA																																																																																			

~~ANESTESTOLOGISTA~~
CRM:9088 CPF:838.613.943-91

COD. 12071

PLANO TERAPEUTICO


 Nome: Flávia Coelho de Oliveira | Clínica: SP-U | Enf.: 103 | Leito: — | Mat.: 1501 | Reg.: 308622 | Peso: — | Altura: —

 Data: 10/3/12 | PRESCRIÇÃO MÉDICA

Oral
1º dia
4) Cefadroxil 500 mg x 1
145 06
0:00 | Intocada curati-
vo de grande ferida
na região da bacia
com risco de
descolamento
decreção sangüínea.
Levada pela enfermagem
curvapex
cicatriz
aux. enfermagem
09:30 Prontidão ativação
balizanda, higienizada
1º po de hidratante de
tríbuas D + 2º dia de me-
ção em aspiração, feru-
ture dia de aspiração
4K183.
RESPIRADOR
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
O₂ | LIG. | DESL. | CONT.
AR | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:00 | LIG. | DESL. | CONT.
CONTINUA
LIG. | DESL. | CONT.
Oxímetro
0:0



PLANO TERAPÉUTICO



100

Name: Michael d. Anderson Clink

103



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL:

NOME:

Antônio Frachado de Aguiar

Nº PRONTUÁRIO 3066225

SETOR:

Q.W

ENFERMARIA: 103

LEITO: —

DATA

FEDERAL
01 JUN. 2012
S/A
RECEBIDO

16/03/12

* anestesia

Par = sus = ap = inver = 1
deonton = 1 = carabu = vriu = d
frin = d = Tiliu (0)

1º inst

~~Dr. Tiago Moaveni, Páte~~
~~ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA~~
~~CRM 12195 CPF 641.342-303-87~~

NOTA: - Havia tido c/ dor (1) cura
coronel c/ dor (2) dor (3) dor
coronel c/ dor (4) dor (5) dor
coronel (6) dor (7) dor

17/03/12

* anestesia =

Par = inst 1 = — — —

1º: curt c/ dor (8) dor (9) dor

2º: curt

3º: curt

~~Dr. Tiago Moaveni, Páte~~
~~ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA~~
~~CRM 12195 CPF 641.342-303-87~~

Santa C. — — —
SAMF — — —
CONFEBE COMU ORIGINAL
LUCENA — — —
SOURDENADORA — — —



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DEADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

Aten: 3066225 Dt. Atende: 26/03/2012 - 11:19

Rea.: 48 55 46 46 71 97 Dt Nasc: 05/12/1956

Nome: ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

End.: APRAZIVEL 0

APRAZIVEL: SOBRAL-CE: CEP: 62114000

QP:

HDA: *Procurava vítima de acidente
de trânsito, resultando em
entusias de perna direita
necessita recuperação imediata.*

FEDERAL S/A

04 JUN. 2012

RECEBIDO

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO INICIAL: *Furans de perna Direita*

CONDUTA: *TRATAMENTO CIRÚRGICO*

DIAGNÓSTICO FINAL: *O mesmo*

DATA: 26/03/12

Hora:

Ass./CRM:

*Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
T. Lucrécia
DIRETORA*

CÓD. 125



FEDERAL DE SEGUROS S.A.

OUTROS



1004054

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE IML

Eu, Antonio Machado de Azevedo., portador da carteira de identidade nº 95031011. SSPCE e inscrito no CPF/MF sob o nº 017.208.843-74, residente e domiciliado na Vila Pau Darco, Rafael Arruda-Distrito.

Cidade Sobral., Estado Ceará
declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº. 6.194/74), uma vez que:

Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
 O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPTA; ou
 O estabelecimento do IML localizado no município em que resido, realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do § 1º do art.3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização desta perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação



Sobral-CE, 25 de Maio de 2012.
Local e data

Antônio Machado de Azevedo

Este documento não descarta a apresentação da declaração firmado pelo médico assistente, que comprove a existência e a natureza permanente atestando, inclusive, a alta definitiva. Entendendo-se por alta definitiva, o documento emitido pelo médico, constatando todos os tratamentos e/ou recursos terapêuticos que foram aplicados e esgotados para a recuperação da(s) lesão(s) e/ou dano(s) sofrido pela vítima.





VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007140597 - 0 DATA DE EXPEDIÇÃO 13/06/2008

NOVA LUZIRENE CARVALHO ALBUQUERQUE AZEVEDO

FILIAÇÃO ANTONIO MACHADO DE AZEVEDO

MARIA ALBUQUERQUE CARVALHO AZEVEDO

NATURALIDADE SOBRAL - CE DATA DE NASCIMENTO 26/12/1989

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 11079 FOLHA: 252V

LIVRO: A-11 COREAÚ - CE

CPF

1 VIA *Assinatura da Entidade* ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/06/83

P.: 93

