

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	MANOEL MARQUES MONTEIRO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	MARANGUAPE/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	99098182810
Profissão	AUTONOMO	CPF nº	609.201.863-27
Endereço	RUA A CJ SÃO FRANCISCO, 22		
Bairro	CANINDEZIHO	CEP	60731-425
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98532 6105 / 989519656		

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 ações competentes 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, 23 de outubro de 2020.



OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	MANOEL MARQUES MONTEIRO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	MARANGUAPE/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	99098182810
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	609.201.863-27
Endereço	RUA A CJ SÃO FRANCISCO, 22		
Bairro	CANINDEZIHO	CEP	60731-425
Município/UF	FORTALEZA/ CE		
Telefone	(85) 98532 6105 / 989519656		

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 nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 23 de outubro de 2020.



DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Moncel Marques Monteiro, BRASILEIRO(A),
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº _____, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) _____, INSCRITO NO CPF SOB O 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 23, DE outubro DE 2020.

DECLARANTE

TESTEMUNHA

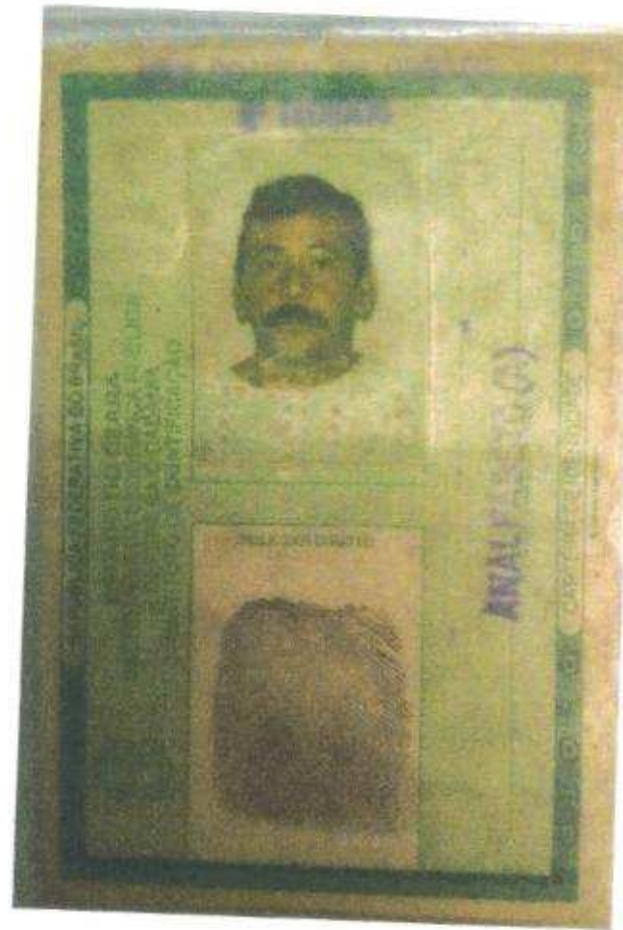
CPF:

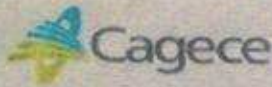
TESTEMUNHA

CPF:

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE
➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE
Tels: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: saboyabrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com





GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria das Cidades

Nº de Inscrição:

007340532

DADOS DO CLIENTE

FRANCISCO MARQUES MONTEIRO

RUA R CJ SÃO FRANCISCO, 22, CANINQUEZINHO
FORTALEZA - CEP: 60731-425

Codificação: 001.065.0677.0332.0000.00.00

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R06F418589	516	525	9	7

DATAS

Leitura atual: 20/02/2020 Emissão: 20/02/2020 Leitura água: 2938516

Leitura anterior: 24/04/2020 Próxima leitura: 24/03/2020

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

12/2019

Nº de amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes totais	Escherichia coli
Exigidas	526	526	125	526	526
Analisadas	577	577	577	577	577
Em conformidade	575	577	575	563	575

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

Valor (R\$)

HISTÓRICO DE VOLUME

		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	28,30			
		fev/19	8	0
		mar/19	8	0
		abr/19	9	0
		mai/19	8	0
		jun/19	8	0
		jul/19	8	0
		ago/19	7	0
		set/19	8	0
		out/19	8	0
		nov/19	8	0
		dez/19	7	0
		jan/20	7	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27
COFINS	1,35

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	41,10
VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
VALOR TOTAL A PAGAR	28,30

MÊS/ANO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

02/2020

09/03/2020

28,30

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

MÉDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saúde.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

Emissão: 20/02/2020 10:09:14:02 R:105 Via:001



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 2564 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/03/2020 13:02:07**
Data / Hora da Ocorrência: **12/08/2019 18:35:00**
Endereço da Ocorrência: **R LOURDES LEITE , 477, CANINDEZINHO - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MANOEL MARQUES MONTEIRO**
Nascimento: **28/06/1962** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **FRANCISCA MARQUES MONTEIRO**
JOSE GONÇALVES MONTEIRO
Endereço: **RUA A, 22 CONJUNTO SÃO FRANCIS**
Bairro: **CANINDEZINHO**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

DIZ O NOTICIANTE, NO DIA HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, QUANDO TENTAVA ATRAVESSAR A RUA ACIMA, FOI COLHIDO POR UM VEICULO QUE PASSAVA EM ALTA VELOCIDADE, VEICULO ESSE O QUAL NAO SABE INFORMAR MARCA, PLACA E CONDUTOR, TENDO O REFERIDO VEICULO EVADIDO DO LOCAL DO ACIDENTE SEM PRESTAR NENHUM SOCORRO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PARA O FROTELO DA PARANGABA, EM FORTALEZA/CE., ONDE FOI DIAGNOSTICADO COM FRATURA DA TIBIA ESQUERDA, E OUTRAS LESÕES, CONFORME DOCUMENTO APRESENTADO

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Manoel Marques Monteiro** - C.P.F. - **609.201.863-27**, no dia **12/08/2019**, às **18h35min**, na **Rua Lourdes Leite**, no **Bairro Canindezinho**, 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 **P983221/2019**.

Fortaleza, 12 de Dezembro 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. 45650-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

D-983100/19

fls. 22



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA

Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USB-104	PONTO DE APOIO: Munipon 92	Nº DA OCORRÊNCIA: 0849
DATA: 12/08/19	TURNO: MT	EQUIPE: Edmundo + Antoniniana
NOME: Arnaldo Marques Monteiro	IDADE: 57	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua Luísa de Lencastre, 477		
REFERÊNCIA:	BAIRRO: Condição	
QTY: 18:35	QUS: 18:35	QUR: 18:45
QUY: 18:55		QUU: 19:11
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Atropelamento		

RESPONSE TO CALL AND PRIMARY ASSESSMENT

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA		PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)	
☒ RESPONSIVO ☐ NÃO RESPONSIVO		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE		☒ PRESENTE ☐ AUSENTE	
☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUIDAS		POR: _____			
PADRÃO RESPIRATÓRIO		INSPEÇÃO		PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	
☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE		☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____		☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____	
PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	
☒ NORMOCÁRDICO ☐ TAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO		☒ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL		☒ CORADA ☐ SUDOREICA ☐ PÁLIDA ☒ SECA ☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE ☐ FRIA	
LOCAL: Raciol		☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg		☐ SANGRAMENTO EXTERNO ☐ SIM ☐ NÃO	

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

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

ADULTO		PESOS		PEDIÁTRICO	

EXAME FÍSICO

FC: 110	PA: 180 x 100	FR: 19	GLIC: _____	OXIM: 98%	TEMP: _____
Paciente vítima de atropelamento por veículo a motorista, apresentando ferimentos na face e membros superiores, com fratura de fêmur esquerdo, com manuseio deslocação da patela, seguido síncope.					

QTY: DESLOCAÇÃO; QUS: CHEGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUR: SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUY: CHEGADA À UNIDADE DE SAÚDE; QUU: SAÍDA DA UNIDADE DE SAÚDE
 SAMPLA: S - SINAIS E SINTOMAS; A - ALERGIAS; M - MEDICAÇÕES; P - PASSADO MÉDICO/PRENHEZ; L - LÍQUIDOS/ALIMENTOS; A - AMBIENTE



**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIA

DADOS PESSOAIS

OME DO PACIENTE
MANOEL MARQUES MONTEIRO

Nº DO PRONTUÁRIO
385539

Nº DO BE
284203

ADMISSÃO

NASCIMENTO
28/06/1962(57 ANOS)

SEXO
M

RACIA/COR
PARDO

DOCUMENTOS

NOME MÃE
FRANCISCA MARQUES MONTEIRO

LOCA RESPONSÁVEL

NI
MUNICÍPIO
FORTALEZA

UF
CE

ENDEREÇO
RUA LURDES DE LEITE 484 CANINDEZINHO

CEP

NI

OCCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA (TRANSPORTE) CATEGORIA DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA
PCACIENTE TRAZIDO PELO SAMU USB M04, REFERE TRAUMA EM PATELA ESQUERDA E LACERAÇÕES, APÓS ATROPELAMENTO

MOTIVO
ATROPELAMENTO

SINTOMAS

NI

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

RESPIR

NI

PRESSÃO ARTERIAL
180/100

SAT CO
98%

PULSO
110

GLICEMIA
NI

RESPIR

NI

ALERGIAS
NEGA

CLASS

VE

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
**12/08/2019
19:03:11**

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO
TRAUMATOLOGIA

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE

*R. Anterior (S)
1. Juntos (R)*

*Pedro R. Lemes L.
Traumatologista
CRM 15.311*

DIAGNÓSTICO

COD. PROCEDIMENTO

CID

SIMT SOLICITADO

☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

*Fratura fechada da patela (S)
Intervenções cirúrgicas e ortopédicas.
Curativo. Fratura de uma costela (S)
Fratura de 2º e 3º costela
Fratura de 1º costela (S) e 2º costela*

TIPO DE ALTA/SAÍDA

☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA em 12/08/2019 às 19:03:14

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

*12/08/2019, Fortaleza, no Hospital de Fortaleza
Assinado por DEBORAH LYSSA SOUSA DE OLIVEIRA
P.P. Ana Paula
Médica Saba
Mat.15984*

MANOEL MARQUES MONTEIRO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 27/11/2020 às 12:36, sob o número 02685537520208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0268553-75.2020.8.06.0001 e código 7CE2998.

12700031643

fls. 24



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RUA DEBORA DE ALMEIDA
AV. Odebre de Fátima nº 1117 - Fátima - CEP 60.726-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3126-1232

CENTRAL DE REGISTRO E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERR - FORTALEZA - CE

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LMD)

Nº LAUDO:

Nº da AIH:

2319102972296

UNIDADE HOSPITALAR

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

MARCELO MARQUES MONTENEGRO

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA LURDES DE LESTE Nº 484

BAIRRO

CANIDÉZZINHO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

28/06/1962

1. ☒ MASC3. ☐ FEM2. ☐ SEGURADO4. ☐ CONJUGE6. ☐ FILHO8. ☐ OUTRO DE

E DA MÃE

FRANCEISCA MARQUES MONTEIRO

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

02263458385

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

12/08/2019

Dr. Casemiro Medeiros
Diretor Médico HDMJBO
CRM - CE 6618

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Son no tórax e pulmões

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

LMD 618

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

R2

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura exposta do
rádio (L) e ulna

PROCEDIMENTO SOLICITADO

de curativo e
internação

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA3. ☐ CLÍNICA MÉDICA5. ☐ PSIQUIÁTRICA8. ☐ OUTROS2. ☐ OBSTÉTRICA4. ☐ TISIOPEUMOL6. ☐ PEDIÁTRICA

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

12/8/19

Dr. Casemiro Medeiros
Diretor Médico HDMJBO
CRM - CE 6618

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
LAUDO PARA EMISSÃO DE AIH (LMD)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA—SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ LARROSO DE OLIVEIRA
PROTUBA DE PARANGABA
AV. Odeia da Paiz nº 1127—Parangaba—CEP 66.720-000 Fortaleza-CE
Telefone (85) 3331-3331—Fax 3331-3331

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Mansel Marques Monteiro

Prontuário Nº.: 385539

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>12/08/19</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina:						

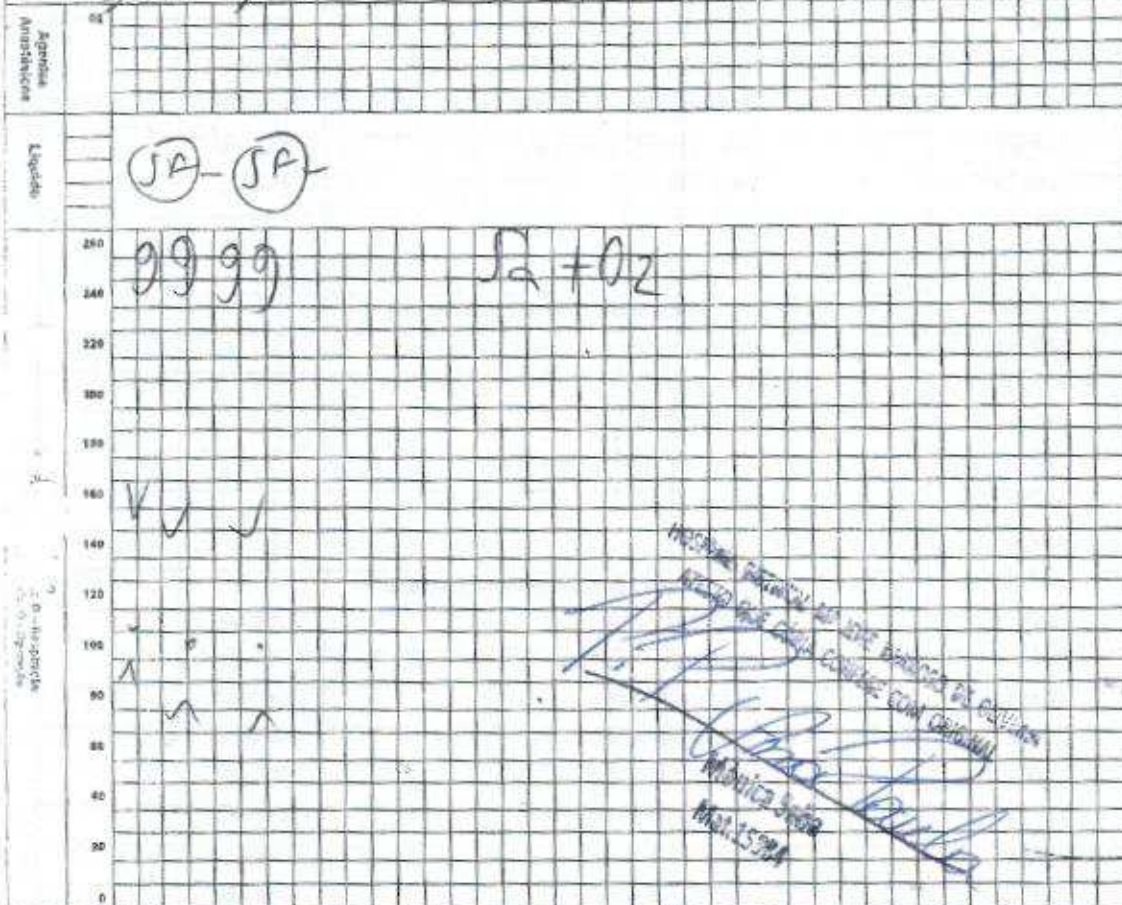
Ap. Respiratório:	Asma:	Bronquite:
Ap. Circulatório:	Eletrocardiograma:	
Ap. Digestivo:	Dentes:	Pescoço:
Estado Mental:	Atarácicos:	Corticóides:
Diagnóstico Pré-operatório:	Alergia: <u>Não</u>	Hipotensores:
	Estado Físico:	Risco: <u>I-E</u>

lesias Anteriores:

icação Pré-anestésica: 23.10 00:00

Aplicadas às:

Efeito:



INDUÇÃO

Sedativo: _____ Excto: _____ Tumor: _____
Lentidão respiratória: _____ Lentidão: _____
Náusea: _____ Vômitos: _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO

- Monitorizações
- Em uso de capnômetro
- Ringer-Lactato 15mg
- Dipirona 2g
- Propofol 100mg

Anestesia Sedativa: ☐ sim ☐ não

Ido. por QAT: _____

DESPERTAR

Reflexos no S.O.: _____

Ober.: _____ CO2: _____ Excto: _____

Náusea: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com oxigênio: _____

Para o leito: ☐ sim ☐ não

CONDIÇÕES: _____

Agentes:	Técnica: <u>Raqui</u>	Cânulas:
Operação: <u>Desbridamento cirúrgico por fratura exposta do patela E</u>		
Cirurgião: <u>Dr. Pedro</u>		
Anestestesista: <u>Dr. Thiago Victor CRM 11.731</u>		
Observações:		
	Perda Sanguínea: _____	



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DEPARTAMENTO DE CIRURGIA
RUA DE FORTALEZA
Al. Odebrecht, s/nº - Fátima - CEP 60.000-000 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3103-2000 - Fax: (85) 3103-2001

**REGISTRO DE
EMERGÊNCIA**

Prontuário N.º:
385539

Paciente: **Mamel Marques Monteiro**

Data da Operação: **12/08/19** Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: **Rafael Bruno** 1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: _____

Dr. Tiago Victor Sousa Chagas
Médico Anestesiologista
CRM 11.731

Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pré-operatório: _____

Tipo de Operação: _____

Diagnóstico Pós-operatório: **Fusão 2 e 3**

Relatório Imediato Patologista: _____

ne Radiológico no ato:

dente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

RECIBO RENOVA
ANESTESIA
ASPECTOS ANTROPOMÉTRICOS
DRENAGEM 2 e 3
LIGADURA PATENTE
LIGADURA GASTRICA com FIO FASCICULADO 1/2
SUTURA
SUTURA COM NYLON 2 25/0 FASCICULADO e de outro
FASCICULADO, NATURAL e INFILMADO 2/0 (sem elástico
na de comunicação suturadas)
ANESTESIA
FUSÃO 2 e 3
SEM INTERFERÊNCIAS

Dr. Rafael Bruno
Médico Anestesiologista
CRM 11.731

Dr. Tiago Victor Sousa Chagas
Médico Anestesiologista
CRM 11.731
Mônica Saba
Mat. 15984

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 27/11/2020 às 12:36, sob o número 0268553-75.2020.8.06.0001 e código 7CE2998. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0268553-75.2020.8.06.0001 e código 7CE2998.



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
DIRETORIA DE PREVENÇÃO
AV. Osório de Faria nº 1127 - Parangaba - CEP 40.720-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3432-7332

CENTRAL DE INTERVENÇÃO E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERRION - CERR - FORTALEZA

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LME)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2319102972307

UNIDADE HOSPITALAR

CGC / CNPJ

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

07.835.044 / 0002-67

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

MANDEL MARQUES MONTEIRO

ENDEREÇO DO PACIENTE

RUA: LURDES DE LESTE Nº 484

BAIRRO

CANINDEZENHO

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

28/06/1962

SEXO

1. ☒ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DE

NOME DA MÃE

FRANZESCA MARQUES MONTEIRO

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MEDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MEDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

16/10/2019

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paral. a fratura de ulna distal

HOSPITAL DISTRITAL DE FORTALEZA
NOME DO PACIENTE: MANDEL MARQUES MONTEIRO
NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL: DR. RUI PEREIRA BRANDÃO
NOME DO DIRETOR CLÍNICO: DR. RUI PEREIRA BRANDÃO
Mat. 15904

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Paral. de ulna

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Paral. + exame fr.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Fratura de ulna distal

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

2. ☐ OBSTÉTRICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

6. ☐ PEDIÁTRICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO RESPONSÁVEL

DATA

HORA

Dr. Rui Pereira Brandão
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.370/1994 - R960/TROT: 16.316

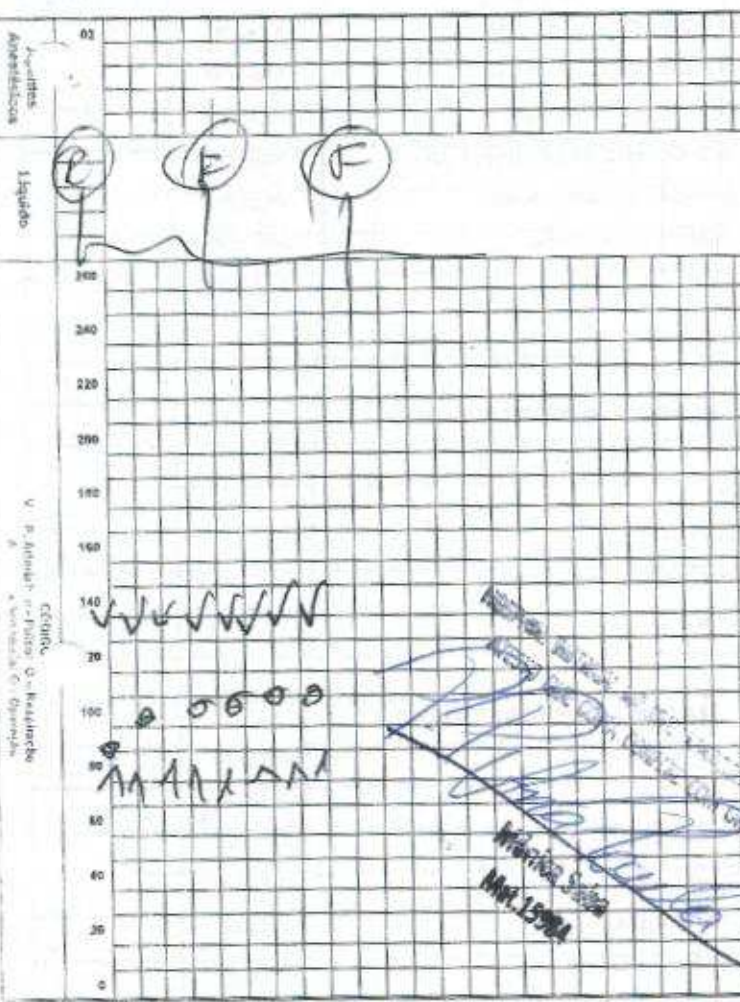
16/10/19

Nome: MANOEL MARQUES MONTEIRO
Infermaria: _____ Leito: 57 anos

Prontuário Nº: 385539
Masc.

Idade: <u>30/80</u>	Pres. Arterial: <u>16/08/2019</u>	Pulso: <u>90</u>	Respiração: <u>28</u>	Temperatura: <u>37°C</u>	Peso: _____	Altura: _____
Grupo Sanguíneo: _____	Hemácias: _____	Hemoglobina: _____	Hematócrito: _____	Glicemia: _____	Uréia: _____	Outros: _____
Urina: _____						

Ap. Respiratório: <u>ndu</u>	Asma: <u>✓</u>	Bronquite: <u>✓</u>
Ap. Circulatório: <u>ndu</u>	Eletrocardiograma: _____	
Ap. Digestivo: <u>rgm</u>	Dentes: <u>ndu</u>	Pescoço: <u>ndu</u>
Estado Mental: <u>O.C.C.C.</u>	Atarácicos: <u>✓</u>	Corticóides: <u>✓</u>
Diagnóstico Pré-operatório: <u>1. Frot. Patela 2. Frot. Ap. Extensor.</u>	Alergia: <u>✓</u>	Hipotensores: <u>✓</u>
<u>3. Frot. ateb. 4. Perda de substância</u>	Estado Físico: <u>ASA I</u>	Risco: _____
Anestesias Anteriores: _____		

Medicação Pré-anestésica:	Aplicadas às:	Efeito:
	<u>1. Descrição da Técnica</u> <u>1. Antissepsia</u> <u>2. Lidoc. 40mg</u> <u>3. heparina 100mg 5ml</u> <u>4. Neocozina Pesada 120g</u> <u>5. SA 2 13</u> <u>6. Dexa 10mg IV</u> <u>7. Kefa 2g EV</u> <u>8. Cetarum 50mg EV</u> <u>9. Neocozina Pesada 100mg na BPB</u> <u>10. Propofol 50mg EV</u> <u>11. Midazolam 5mg EV</u>	<u>INDUÇÃO</u> <u>MANUTENÇÃO</u> <u>DESPERTAR</u>

Agentes: <u>Vide descrição</u>	Cânulas: _____
Técnica: <u>1. BSA 2. BPB 3. AGV</u>	
Operação: <u>1. Frot. Cir. Frot. Anteb. 2. Frot. Cir. Frot. Patela 3. Realizar Ap. Ext.</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Gabriel Ximenes + Dr. Rafael Cavalcanti</u>	
Anestesiista: <u>Dr. ALUONE</u>	
Observações: <u>Dr. José Alcione M. Gomes Anestesiologista CRM-CE 4497</u>	Perda Sanguínea: _____

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL SMT. MARIA JANE BARROS DE OLIVEIRA
FORTALEZA - PERNAMBUCO
RUA SCS 100 - FORTALEZA - PERNAMBUCO
CEP 01305-900 - Fone: (11) 3333-1111

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

385539

Paciente: MANOEL MATEUS MONTENEGRO

Data da Operação: 10/08/19 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: <u>GABRIEL XIMENES</u>	1º Auxiliar: <u>RAFAEL CAVALCANTE</u>
2º Auxiliar: _____	3º Auxiliar: _____
Instrumentador: _____	Anestesista: <u>ALCIONO</u>

Tipo de Anestesia: RAQUIANESTESIA

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE PATELA (E) + LACERAÇÃO DE APLASTO EXTENSOR

Tipo de Operação: TTO CIRURGICA MAT. PATELA + RECONSTRUÇÃO DE APLASTO EXTENSOR

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Relatório Imediato Patologista: (assinado)

Exame Radiológico no ato: MO - X

Acidente durante a operação: (assinado)

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) MANOEL DEBILITADO POR SOB ANESTESIA
- 2) ASSEPSIA + ANESTESIA + POSICIONAMENTO DO PACIENTE + POSICIONAMENTO DE FRAXA DE SUTURA
- 3) ACESSO MEDIANO NO JOELHO (E) POR PLAVOS
- 4) TRATAMENTO DA FRATURA DE PATELA COM POSICIONAMENTO NO RIO ALTA E RECONSTRUÇÃO DO APLASTO EXTENSOR COM PONTOS DE KRAHOF ALTO COM FIOS DE ETWABEND S.O. E FIXADO A PATELA POR TILÓIS TRANSVERSAIS.
- 5) LIGAMEN TO COM SF O, 55.
- 6) SUTURA POR PLAVOS
- 7) LIGAMEN TO + POSICIONAMENTO DA FRAXA
- 8) TALA TUBO
- 9) A SA

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Endereço: Rua da Liberdade, 1500 - Fone: (11) 3333-1111

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
Endereço: Rua da Liberdade, 1500 - Fone: (11) 3333-1111

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE FORTALEZA - HOSPITAL DE FORTALEZA
RUA DE FORTALEZA Nº 1234 - FORTALEZA - CE 60000-000
Telefone: (85) 3211-1111 - Fax: (85) 3211-1112

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

385539

Paciente: MANOEL MARCOS MONTES

Data da Operação: 16/08/19 Enfermaria: Leito:

Operador: RAFAEL GUARANTE

1º Auxiliar: GABRIEL XIMENES

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista: ALGONB

Tipo de Anestesia: BLOQUEIO PLEXO BRAQUIAL (E) + SEDACAO

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE ANTÉBRA (E) COM TORNILHO

Tipo de Operação: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA ANTÉBRA (E) + OSTEOTOMIA

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Relatório Imediato Patologista:

Exame Radiológico no ato: MUO-X

Acidente durante a operação:

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1) MANOEL MONTES DOBRO DO LADO DA ANTÉBRA
- 2) ANESTESIA + ANESTESIA + ANESTESIA COMPLEXO OSTEOLOGO + PASSIVA LIGAÇÃO DE MANEIRA
- 3) ACESSO SOBRE A UNHA POR PLANO COM INDISSOLUÇÃO NA FRATURA AO 1/3 DISTAL CONTINUA
- 4) NOTAVEL OSTEOXEMIA PARA PLANO DA FRATURA
- 5) FIXAÇÃO COM 01 PLACA 1/3 DE CMO 3,5mm + 04 PARAFUSOS CORTICAIS 3,5mm + OSTEOLOGO COM FIO DE COLLAGEM NA PARTE CONTINUA
- 6) LIMPEZA S.F.O.S.
- 7) SUTURA DE PLANO
- 8) CURATIVO + POSICIONAMENTO DE FIO
- 9) TALA ALVO-PRIMAL E
- 10) A S2

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15984

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 15984



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL SGT. MARCELO BARRETO DE OLIVEIRA
SERVIÇO DE ESPECIALIDADES
R. Cel. João de Faria nº 1107 - Paraisópolis - CEP 64206-000 - Fortaleza/CE
Telefone: (85) 3121-1111 - Fax: (85) 3121-1112

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

385539

Paciente: MANOEL MATEUS MONTENHO

Data da Operação: 16/10/8/19 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: GABRIEL XIMENES

1º Auxiliar: RAFAEL GUARANTO

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: ALCIONE

Tipo de Anestesia: RAQUIANESTESIA

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DE PATELA (E) + LESÃO DO APARATO EXTENSOR

Tipo de Operação: TTO CIRCULAR MAT. PATELA + REAUMENTO DO APARATO EXTENSOR

Diagnóstico Pós-operatório: O MESMO

Relatório Imediato Patologista: Ø

Exame Radiológico no ato: NÃO - X

Acidente durante a operação: Ø

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- ① PUNTO DE PARTIDA PARA A ANESTESIA
- ② ANESTESIA + ANESTESIA + APOSIÇÃO DE VÍSCERAS ESTOMOS + PASSAGEM DE FLEXA DE SUTURA.
- ③ ACESSO MEDIANO NO JOELHO (E) POR PLAVOS
- ④ TRATAMENTO DA FRATURA DE PATELA COM RESSACA NO RIO DISTAL E REAUMENTO DO APARATO EXTENSOR EM PONTOS DE KRAKOFF ALTO COM FIOS DE ETHWEND S.O. E FIXAÇÃO A PATELA POR TUBOS TRANSVERSAIS.
- ⑤ UMBILICAL COM S.F.O. 5°.
- ⑥ SUTURA POR PLAVOS
- ⑦ UMBILICAL + ANESTESIA DA FLEXA
- ⑧ TALA TUBO
- ⑨ A SA

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
Ambulatório e Emergência Hospital de Especialidade
CRM/CE 143577/1907-1505/1902-0519

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
Ambulatório e Emergência Hospital de Especialidade

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

MARCEL M. MONTES

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internação

Diagnóstico

12/08/19

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

12

Fratura exposta de patela

8

Fratura fechada de ulna distal

13

Realizada cirurgia de fratura de patela (E) e ulna distal (F). Sinais de infecção local e sistêmica. Indicar monitorar sinais de infecção local e sistêmica.

#12/08/19#

M.M.M., 57a, masculino. Admitido na SRPA com POI de LC. Fratura exposta de patela (E). Inclui consciente, orientado, sem alterações em ambiente. CVP em MSD prévio. Eliminação adequada no período. Rega HAS + DM + alguns medicamentos. Segue sob cuidados da equipe.

13/08/19

Realizada cirurgia de fratura de patela

na joelho E

monter ATB

Aguardar cirurgia definitiva

Carlos Windson C. Mota
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

Carlos Windson C. Mota
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

13/08/19 M.M.M. 57a. H/O = Fratura de patela (E). Encaminhado para patela L. 102. Segue sob cuidados de enfermagem.

Maria Rocha Oliveira
Enfermeira

COREN:454.339

Prontuário

DATA	EVOLUÇÃO
13/08/19	12h paciente admitido vindo do CC após realizar (LC) por fratura exposta em patela E estavel, com curativo, curtos e verbalizando, não a plerpias e comorbidades segue em uso de analgésicos em uso de antibiótico terapia. <i>Repare infra 71589</i>
14/08/19	Paciente em ATB e paracetamol curativos ativos, sem intercorrências traumáticas. Evoluindo com boas hipotensões. <i>Slide para o médico.</i>
14/08/19	M.M.M. D. Stana, HD: PD LC. por fratura exposta em patela E. Evoluindo estável, com curativo, curtos, verbalizando, com paracetamol, expulso, não a plerpias. Segue em observação. Aguardando cirurgia definitiva. <i>Dr. Hildemar Queiroz Traumatologia CRM 77919</i>
15/08/19	EG R, zeleb. Aguardando cirurgia definitiva. <i>Dr. Rômulo CRM 83135</i>

Carlos Winkler C. Mota
Traumatologia Ortopedia
CRM 7799

HOSPITAL DISTRICTAL DE JOSE MARCOS DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE Cópia conferir COM ORIGINAL
[Assinatura]
Márcia Saba
Mec. 15984

Nome:

MANOEL MARQUES MONTEIRO

Prontuário

Enferm.,

Leito

Data Internação

Diagnóstico

16/08/2011

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

14/08/19 PACIENTE SUBMETIDO A DO CARGO
DE MTBIA E AUTOBAIXO (E), S/
INTERCOMUNICAR
CO-O A SN

Dr. Gabriel Ximenes Almeida
Ortopedia e Traumatologia
União e Colégio / Trauma do Esporte
CRM-CE 1457 / TEST 15005/10CE 0519

16/08/19 Paciente evoluí consciente, orientado, em POE,
verbalizando acuta data, conciliação e repouso
sem queixas no momento, segue sob os cuidados
dos enfermeiros

17/8
R

Reitor

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE 1457

HOSPITAL DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA DE CURTUM
ATENDIMENTO QUE NÃO É CONFERÊNCIA COM ORIGINAL
Mônica Sales
Médica
Méd. 2594

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir assinada, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

16:			
20:			
06:			

NO:	23-30	2400	
P.A.:	170°	380 x 85	
TEMP.°:	—	36.4°C	
P./MIN.:	124	4	
M.V./MIN.:	98/500	99	

NOME:	WALTER M. MONTANA	IDADE:	57	ENF.:		LETO:	102	Nº. PRONTUÁRIO:	
-------	-------------------	--------	----	-------	--	-------	-----	-----------------	--

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent / Dia)
12	Prima	SND	SND	
13	Prima	24	24	
14	Prima	21:30	21:30	
15	Prima	24	24	
16	Prima	24	24	
17	Prima	24	24	
18	Prima	24	24	
19	Prima	24	24	
20	Prima	24	24	
21	Prima	24	24	
22	Prima	24	24	
23	Prima	24	24	
24	Prima	24	24	
25	Prima	24	24	
26	Prima	24	24	
27	Prima	24	24	
28	Prima	24	24	
29	Prima	24	24	
30	Prima	24	24	
31	Prima	24	24	
32	Prima	24	24	
33	Prima	24	24	
34	Prima	24	24	
35	Prima	24	24	
36	Prima	24	24	
37	Prima	24	24	
38	Prima	24	24	
39	Prima	24	24	
40	Prima	24	24	
41	Prima	24	24	
42	Prima	24	24	
43	Prima	24	24	
44	Prima	24	24	
45	Prima	24	24	
46	Prima	24	24	
47	Prima	24	24	
48	Prima	24	24	
49	Prima	24	24	
50	Prima	24	24	
51	Prima	24	24	
52	Prima	24	24	
53	Prima	24	24	
54	Prima	24	24	
55	Prima	24	24	
56	Prima	24	24	
57	Prima	24	24	
58	Prima	24	24	
59	Prima	24	24	
60	Prima	24	24	
61	Prima	24	24	
62	Prima	24	24	
63	Prima	24	24	
64	Prima	24	24	
65	Prima	24	24	
66	Prima	24	24	
67	Prima	24	24	
68	Prima	24	24	
69	Prima	24	24	
70	Prima	24	24	
71	Prima	24	24	
72	Prima	24	24	
73	Prima	24	24	
74	Prima	24	24	
75	Prima	24	24	
76	Prima	24	24	
77	Prima	24	24	
78	Prima	24	24	
79	Prima	24	24	
80	Prima	24	24	
81	Prima	24	24	
82	Prima	24	24	
83	Prima	24	24	
84	Prima	24	24	
85	Prima	24	24	
86	Prima	24	24	
87	Prima	24	24	
88	Prima	24	24	
89	Prima	24	24	
90	Prima	24	24	
91	Prima	24	24	
92	Prima	24	24	
93	Prima	24	24	
94	Prima	24	24	
95	Prima	24	24	
96	Prima	24	24	
97	Prima	24	24	
98	Prima	24	24	
99	Prima	24	24	
100	Prima	24	24	

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

16:			
20:			
06:			

NOME:		IDADE:		ENF.		LEITO.	
1	33	33	1				

Nº. PRONTUÁRIO:
285539

15-00000

SINISTRO 3200150789 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MANOEL MARQUES MONTEIRO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Compreve
Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO MANOEL MARQUES MONTEIRO
CPF/CNPJ: 60920186327

Posição em 04-11-2020 08:44:47

Os dados bancários foram atualizados e a Seguradora Líder-DPVAT está providenciando uma nova tentativa de liberação deste pagamento.
Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/11/2020	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00