



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA
Dr. Antonio Lailton Moraes Duarte
OAB-CE 34.442

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

OUTORGANTE: ELIETE FÉLIX DE SOUSA, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC – CE, inscrita no CPF/MF sob o n.º 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, não possui endereço eletrônico. Nomeia e constitui seu basto procurador.

OUTORGADO: DR. ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE, brasileiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 34.442, com escritório profissional à Rua Cabral Veras, 397, Bairro: Maraponga, CEP: 60.711-530, nesta capital, Tel.: (85) 98807-3764, endereço eletrônico: lailtonduarteadvogado@gmail.com, onde recebe citações e intimações.

P O D E R E S: Pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, a outorgante nomeia o outorgado seu bastante procurador a quem conferem amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com cláusula "EXTRA-JUDICIA" e "AD-JUDICIA", a fim de que possa defender os interesses e direito da outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo a ação competente ou defendendo-a naquelas em que ela for parte, **especialmente para promover a AÇÃO DE INDENIZAÇÃO POR ATO ILÍCITO e a AÇÃO PENAL DE LESÃO CORPORAL PRATICADA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR**, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer ou contra-arrazoar recursos, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 16 de agosto de 2016.

Eliete Félix de Sousa
OUTORGANTE



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA
Dr. Antonio Lailton Moraes Duarte
OAB-CE 34.442

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

"O supérfluo dos ricos é propriedade dos pobres."
— Santo Agostinho

Eu, **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC – CE, inscrita no CPF/MF sob o n.º 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, não possui endereço eletrônico, DECLARO, sob as penas da lei, nos termos do art. 1º e 4º, da Lei n.º. 1.060/50, do art. 1º da Lei n.º. 7.115/83 e do art. 98, *caput*, §1º e §5º, da Lei n.º. 13.105/2015 (NCPC), e fundamentada no art. 5º, inciso LXXIV, da Constituição Federal de 1988, para os devidos fins, QUE SOU POBRE NA FORMA DA LEI, não podendo pagar as custas e despesas processuais bem como os honorários advocatícios, incluindo as possíveis verbas sucumbenciais, para o ajuizamento, contestação ou apelação de ação judicial sem prejuízo do meu sustento, sendo esta a expressão da verdade, para tanto REQUERO OS BENEFÍCIOS E DEMAIS DIREITOS DA JUSTIÇA GRATUITA, que abrange a isenção de taxas e custas judiciais, selos postais, despesas com exame de código genético – DNA, honorários de perito, remuneração de intérprete ou tradutor nomeado, custo com elaboração de cálculo, depósitos previstos em lei pra interposição de recurso, para propositura de ação e prática de outros atos processuais inerentes ao exercício da ampla defesa e contraditórios, emolumentos devidos a notários ou registradores em decorrência da prática de registro, averbação ou qualquer outro ato notarial necessário à efetivação de decisão judicial ou à continuidade de processo judicial. Declaro ainda que tenho conhecimento da pessoalidade da gratuidade da justiça, não se estendendo a litisconsorte ou sucessor, e que observarei os deveres processuais elencados no art. 77 e seus incisos da Lei n.º 13.105/2015 (NCPC), comprometendo-me a expor os fatos conforme a verdade; não formular pretensão ou apresentar defesa quando ciente de que é destituída de fundamento; não produzir provas e não praticar atos inúteis ou desnecessários à defesa do direito; não criar embaraços à efetivação de decisões jurisdicionais de qualquer natureza; declinar e manter atualizado os endereços residencial e profissional e contato telefônico e eletrônico para comunicação de atos processuais; não praticar inovação ilegal no estado de fato de bem ou de direito litigioso, sob pena de me responsabilizar por litigância de má-fé nos termos do art. 79 e seguintes da Lei n.º 13.105/2015 (NCPC). Declaro também que obterei senha pessoal do sítio eletrônico do Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, junto à unidade onde tramita o processo para ter acesso aos autos digitais e tomar conhecimento de seu andamento.

Fortaleza, 10 de outubro de 2016.

Eliete Félix de Sousa

 DECLARANTE

Nº DO CLIENTE
8088165-3

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 507101570
20 01220 01 083500 - 3

Rota 20 01220 01 083500 - 3 Data de Emissão 29/12/2017

Nome CLIENTE PROCURE A ENEL

End. Postal RU E RES JOSE EUCLIDES 00101 AP 101 BL 03 QUADRA 06
JANGURUSSU - FORTALEZA -
7758993

Medidor 01-RESIDENCIAL MONOFASICO Poste 0000 0000

Classe 000000000000048 Fator de Potência 0,00

G / CPF / CNPJ CGF

Nome do Responsável

TAS

de	Data da	Previsão	Veja a legenda no verso desta conta.
2017	29/12/2017	29/01/2018	Conjunto

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

MONITORIUM
Out/2017
EUSD 7,65
DICI = 0,000

REGISTRO DE AVALIAÇÃO E ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ELIETE FELIX DE SOUSA		Nº DO PRECATUÁRIO 241432		Nº DO RP 81214	
CÓDIGO		NASCIMENTO 09/10/1955(60 ANOS)		SEXO F	
NOME DA MÃE OTACILIA ELVIRA POLICARPO		NOME RESPONSÁVEL NI		RACIA/COR PARDO	
ENDEREÇO RUA OSORIO DE PAIVA/ DENTRO TERMINAL DO SIQUEIRA / O PERY		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO 987336259 - Marizete		CPF NI			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/VEÍCULO DO ACIDENTE					
OCORRÊNCIA					
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
SÍMPTOMAS DOR REGIAO LOMBAR APOS TRAUMA			MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA		
ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)					
SINAIS VITAIS					
PRESSÃO ARTERIAL 90/60		SAT O2 NI%		PULSO NI	
ALERGIAS NI		GLUCOSIA 151			
COR DO OLHO AMARELO		RISCO INSUSCÍVEL PARA CLASSIFICAÇÃO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 17/07/2016 09:45	
ÁREA ATENDIMENTO					
ENDIMENTO MÉDICO					
ANAMNESE					
<p>TRAUMA AXIAL SOLCO TC DE LOMBAR</p> <p>FRATURA DE T12 303090294</p> <p>INTANCO</p>					
EXAME FÍSICO					
CÓDIGO PROCEDIMENTO					
DATA REALIZADO					
<input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS					
RESCRIÇÃO MÉDICA					
ENCAMENTAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
<p>Dr. Marcus Gadelha Ortopedia e Traumatologia Artroscopia e Cirurgia do Joelho CRM: 10184 TEOT 12042</p>					
TIPO DE ALTA-SAÍDA					
<input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO <input type="checkbox"/> ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO					
CAMBIO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA					

Impresso por: carla carla de almeida em 17/07/2016 às 09:03:44
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.

ELIETE FELIX DE SOUSA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
Paula 524
FLUORECIDIANO - PATRÍCIA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157975-16-2018.8.06.0001 e código 3BB1C27.

127000/12 fls. 28



CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - CRRG - PRRF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:
241432

Nº da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE
ELIENE F DE SOUZA
ENDEREÇO DO PACIENTE
Rua da Paz Moura 152
BAIRRO
Vila Velha III MUNICÍPIO
Fortaleza UF
CE CEP
DATA DO NASCIMENTO
09/10/55 SEXO
1. MASC 3. FEM 2. SEGURADO 4. CONJUGE 5. FILHO 6. OUTRO DEP.
NOME DA MÃE
Otacília Elvina Policarpo

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
1 1

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
**TRAUMA AXIAL NA COLUNA VERTEBRAL
FRATURAS POR COMPRESSÃO DE T12
SEM SINAIS DE DEFICIT MOTOR**

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
RISCO DE COMPLICAÇÃO

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS
RUMOR + Ex Fw + A

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL
Jana Frederica
FUNICIONÁRIO - MATRÍCULA 524

DIAGNÓSTICO INICIAL
FRATURA DE T12
TIPO DE CLÍNICA
1. CIRÚRGICA 2. OBSTÉTRICA
3. CLÍNICA MÉDICA 4. TISIOPEUMOL
5. PSIQUIÁTRICA 6. PEDIÁTRICA
9. OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
INDISPOSIÇÃO

CRM - MEDICO SOLICITANTE
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO SOLICITANTE
Dr. Marcus Sadeira
Ortopedia e Traumatologia
Artroscopia e Cirurgia do Joelho
CRM: 10184-TEOT 12842
DATA
17/07/16 HORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2016 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C27

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Eliete Felix de Sousa

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			1/1	

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
------	----------

17/07/16	# Trauma de T12
	# INJURIA PL OBERNOUS CURS
	# SQUILO TC DE CURS PARALISAR

Dr. Marcus Gadelha
Ortopedia e Traumatologia
Endoscopia e Cirurgia do Joelho
CRM: 10184 TEOT 12042

HOSPITAL DISTRITAL MÊISEC BARROSA DE OLIVEIRA
ATESTADO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL
[Assinatura]
FUNCIONÁRIO MATRICULA 531

17/07/16
paciente admitida após queda por
falta de atenção, com lesão de
T12, com lesão da coluna, lesão de PNH,
suprimento arterial vertebral de T12, lesões
saliências de TC de coluna.

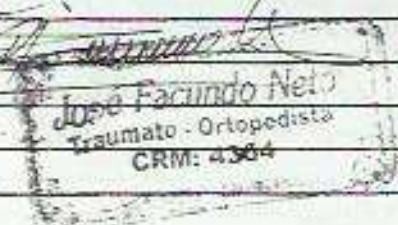

17/07/16 às 20:00h contactado com chefe de equipe Dr.
Rodrigo Roberto, relatou tomografia com defeito,
para realizar TC coluna, exames algos, mcp.

Clema Costa de Almeida
ENFERMEIRA
COREN-CE 419485

18/07/16	M d. lesão de T12. Status TC (M. Bruburano CRM 3831)
----------	--

21/07/16	Fratura de T12 com movimentos em membros inferiores presentes. Membros superiores. Tomografia. Fato favorável para STF
----------	--

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/sgstadiigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C27

DATA	EVOLUÇÃO
19/07/18	Fract. de T12 pda ef
	Exame TC de col
20/07/18	H Enfermagem paciente secundária BOA HD: fratura de T12. E- volução das curvas, orientada, contatos manuais. Resistente ao leito. Sem quei- vas algemas no membro. Sem queixas alg. aguarda TC de coluna. Segue sob cuidado de enfermagem. Mãe de referência: J. Cora 311-424
20/07/18	H Enfermagem E.F.S. 60a, Q, 4º dia por fratura de T12, evolui com contatos orientada, contatos, postura do leito, higienizada, apêndices normotensos, sem diete prescrita, eliminados fi- siológicos (+) e presentes. Segue sob o cuidado da equipe de enfermagem
20/07/18	Fratura de T12 Aprofundando T.C.
	 
21/07/18	H Enfermagem E.F.S. 60a, Q, 5º dia por fratura de T12, evolui estável, resis- ta ao leito, contatos, orientada, contatos higienizados, apêndices normotensos, AUP em MSE (D2), sem diete prescrita, eliminados fisiológicos (+) e presentes. Segue sob o cuidado da equipe de enfermagem.

Paulo Elyel Frota Pontes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 8314 SBOT 1283



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOMOLÓGIA Previsão de Franquia

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

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

Franquia

NOME:

Bruna Felix de Sousa

IDADE:

60

ENF.:

02

LEITO:

Nº PRONTUÁRIO:

11:			
16:			
20:			
06:			

T. ARIO:	<i>28,00</i>			
P. A.:				
TEMP.º:				
P. / MIN.:				
M. V. / MIN.:				

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA ASSINATURA	HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Empl. Dieta)
<i>07</i>	<i>1) Dado para sempre 12/12/18 18.06</i>	<i>SND</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
<i>07</i>	<i>2) Suvor 200mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
<i>20/6</i>	<i>3) Suvor 100mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
<i>07</i>	<i>4) Suvor 100mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
<i>07</i>	<i>5) Suvor 100mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
<i>07</i>	<i>6) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>7) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>8) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>9) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>10) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>11) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>12) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>13) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>14) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>15) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>16) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>17) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>18) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>19) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>20) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>21) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>22) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>23) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>24) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>25) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>26) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>27) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>28) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>29) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>30) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>31) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>32) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>33) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>34) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>35) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>36) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>37) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>38) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>39) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>40) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>41) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>42) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>43) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>44) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>45) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>46) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>47) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>48) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>49) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>50) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>51) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>52) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>53) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>54) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>55) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>56) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>57) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>58) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>59) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	
	<i>60) Tramadol 50mg 1x/dia</i>	<i>06</i>	<i>Paciente com evoluções</i>	

Dr. Miguel Roberto B. Moraes
Traumatologista
CRM - CE 2289

ASSOCIAÇÃO DISTRICTAL DE SAÚDE DO CEARÁ
ASSOCIAÇÃO DE MÉDICOS DO CEARÁ
ASSOCIAÇÃO DE FARMACÊUTICOS DO CEARÁ

524

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SANE - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

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

11:	
16:	
20:	
06:	

HL. VARIO:	
P.A.:	
TEMP.º:	35,4
P./MIN.:	
M.V./MIN.:	

NOME: **ELEETE F DA PAZ** IDADE: **60** ENF.: **GO** LETO: Nº. PRONTUÁRIO:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Folha / Diária)
	1) DIETA COMUM			
	2) RL 2500ml em 36h			
	3) DILUÍDO 2. 18 ml em 6163			
	4) TAMPÃO 50ml + POU 11 em 8183 30 po			
	5) PROFUNO 100ml + 100ml 11 em 121111 04			
	6) DESAHLONOLINA 1000ml em 1414			
	7) DORN 2. 18 30 em 121111			
	8) 1111 + 11			
	9) TC DE ALUNA TONOTONIN			
	10) CAPSUL 25mg 16 em 101111 10 x 110111 - 3V			

Dr. Marcus Gadalha
 Ortopedia e Traumatologia
 Artroscopia e Cirurgia do Joelho
 CRM: 10164-TCO/12042

ASSINATURA DE JOSÉ MARCELO DUARTE
 ENFERMEIRO CHEFE COM ORÇAMENTO

 ENFERMAGEM



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160-Fortaleza-Ceará

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que o Sr.(a) Paulo Roberto
compareceu a este hospital às 15h horas do dia 16/03/16
devendo ficar afastado do trabalho por 15 (quinze) dias a
contar de 16/03/16
C.I.D.: Paulo Roberto

Fortaleza, 16/03/16

Antonio Gomes
CRM 2859

Assinatura do Médico, CRM e Carimbo


Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C29.



ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE ELIETE
FELIX DE SOUSA, SE ENCONTRA EM
TRATAMENTO NEUROLOGICO COM QUADRO DE
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR DORSAL POR
FRATURA DE D12 SENDO OPERADA DE
ARTRODESE DORSO LOMBAR COM PARESTESIA
NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
CID T 91.3

Assinatura: 31.08.16.


Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2850

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160-Fortaleza-Ceará

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que o Sr.(a) Atletti
Fabio
compareceu a este hospital às _____ horas do dia 11/08/18
devendo ficar afastado do trabalho por 10 dias a
contar de 08/08/18
C.I.D.: Mau humor

Fortaleza, 11/08/18

Antonio Gomes
CRM 2859

Assinatura do Médico, CRM e Carimbo



ISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA, NEUROLOGIA TRAUMATOLÓGICA E ORTOPÉDICA

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE ELIFTE
FELIX DE SOUSA, SE ENCONTRA EM
TRATAMENTO NEUROLOGICO COM QUADRO DE
TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR DORSAL POR
FRATURA DE D12 SENDO OPERADA DE
ARTRODESE DORSO LOMBAR COM PARESTESIA
NO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.
CID T913

Ass. 31.08.18.


Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2850

Rua Coronel Juca, 1450 - Aldeota - Fone: (85) 3261.6067 - 3224.9217 - Fone/fax: (85) 3261.3824
CEP 60.170-320 - Fortaleza - CE



COMO ACESSAR AO DAE (DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO ESTADUAL):

ENTRAR NO SITE: www.pefoce.ce.gov.br

VERIFICAR A DIREITA A COLUNA: SERVIÇOS

CLICAR EM EMISSÃO DE DAE - TAXAS (ÚLTIMA LINHA DE SERVIÇOS)

PREENHER OS DADOS: DIGITAR O NÚMERO DO CPF
DIGITAR O NOME

CLICAR NO ÚLTIMO CÍRCULO: REALIZAÇÃO DE PERÍCIAS ... PARA FEITOS DE SEGURO DPVAT R\$ 92,35.

CLICAR EM GERAR DAE

IMPRIMIR A DAE E PAGAR EM BANCO.

Guia Policial

Exame em LSW corporal

IML: 3102-5047 / 4900 / 4922 [3218-8900]

Av. Presidente Castelo Branco, 901 - Mourão

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C2E.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME DE DPVAT:

- CÓPIA DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR (SE TIVER SIDO INTERNADO)
- CÓPIA DE ATESTADO MÉDICO, OU LAUDO MÉDICO, RELATANDO OS TRAUMAS OCORRIDOS NO ACIDENTE, COM AS POSSÍVEIS SEQUELAS DEFINITIVAS
- EXAMES MÉDICOS REALIZADOS POR CONTA DO ACIDENTE

Para o REGISTRO e B.O é necessário informar: Data, Hora, Bairro (Rua, Av, Tv) e Ponto de Referência da Local do Acidente.

* Documentação Necessária p/ B.O.

Obs.: **TRAZER ORIGINALS E CÓPIAS:**

Registro de 1º Atendimento Hospitalar

ou Prontuário Médico

CNH para garupa/ro/passageiro

CNH para o Condutor do veículo

Registro do Acidente expedido por: SAMU, AMC, PRE, PRE

Saiba como ocorreu o Acidente em detalhes...

***OUTROS: **DADOS DO DANADO**

DATA: **DIA HORA E LOCAL DO ACIDENTE**

Informar:

SAME

Frotinha de Parangaba

3131-7322/RAMAL 228

Av. Osório de Paiva, 1127 - Parangaba

31-8-16



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 7247 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/10/2016 10:53:09**
Data / Hora da Ocorrência: **17/07/2016 07:45:00**
Endereço da Ocorrência: **BECO PRESIDENTE COSTA E SILVA**
Complemento:
Bairro: **MONDUBIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A IGREJA MATRIX**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**
Nascimento: **09/10/1955** CPF:
RG: **99099180110** Orgão Emissor: **SSPDC** UF:
Filiação: **OTACÍLIA ELVIRA POLICARPO**
FÉLIX ANTÔNIO POLICARPO
Endereço: **RUA PAZ DO MANGUE, 154** CEP:
Bairro: **JARDIM GUANABARA**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98733-6259**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMW0467** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BVT5T726FE403221**
Renavam: **1039029911** Tipo do Veículo: **ÔNIBUS** Marca / Modelo: **VOLVO/MASCA**
GRANVIA Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2015** Combustível: **DIESEL** Cor:
BRANCA Proprietário: **SANTA CECILIA TRANSPORTES LTDA** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA A DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, ENCONTRAVA-SE DENTRO DE UM COLETIVO NA PARTE DE TRÁS DO ÔNIBUS SENTADA, NA AV. PRESIDENTE COSTA E SILVA, ÔNIBUS DE PLACAS PMW-0467, QUANDO O MESMO AO PASSAR DENTRO DE UM BURACO LANÇOU A VITIMA PARA CIMA E AO DESCER BATEU COM MUITA FORÇA NO ASSENTO; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI LEVADA PELO MOTORISTA DO ÔNIBUS ATÉ O TERMINAL DO SIQUEIRA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA DE AMBULÂNCIA E FOI LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE PARANGABA. NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Eliete Felix de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

COMO ACESSAR AO DAE (DOCUMENTO DE ARRECADAÇÃO ESTADUAL):

ENTRAR NO SITE: www.pefoce.ce.gov.br

VERIFICAR A DIREITA A COLUNA: SERVIÇOS

CLICAR EM EMISSÃO DE DAE - TAXAS (ÚLTIMA LINHA DE SERVIÇOS)

PREENCHER OS DADOS: DIGITAR O NÚMERO DO CPF
DIGITAR O NOME

CLICAR NO ÚLTIMO CÍRCULO: REALIZAÇÃO DE PERÍCIAS ... PARA EFEITOS DE SEGURO DPVAT R\$ 92,35.

CLICAR EM GERAR DAE

IMPRIMIR A DAE E PAGAR EM BANCO.

Guia Policial

Exame em LSW corporal

IML: 3102-5047 / 4900 / 4922 [3218-8909]

Av. Presidente Castelo Branco, 901 - MarraBras

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C30.

CREDIAMIGO BANCO DO NORDESTE - EXTRATO INDIVIDUAL - Operação No. 182.2016.17380-1

Dados Operação		C.P.F.: 901.245.963-04		DATA DE LIBERAÇÃO: 27/05/2016					
Taxo de juros efetiva		1,7000% a.m.		Banco do Nordeste do Brasil S/A					
Custo Efetivo Total		44,25% a.a.		AMERICAN LIFE					
Percentual Seguro		0,0290% a.m.		Das 24 horas de 27/05/2016 às 24 horas de 11/11/2016					
Percentual TAC		3,00%		R\$ 762,40					
Valor do Empréstimo		R\$ 725,00		R\$ 1,24					
- TAC		R\$ 21,75		Banco do Nordeste do Brasil S/A					
Seguro Prestamista		R\$ 1,24							
- Tarifa TED		R\$ 0,00							
- Valor Líquido Empréstimo		R\$ 702,01							
Dados Seguro Prestamista									
Espirante:									
Seguradora		Banco do Nordeste do Brasil S/A							
Vigência:		Das 24 horas de 27/05/2016 às 24 horas de 11/11/2016							
Capital Segurado:		R\$ 762,40							
Prêmio pago (parcela unitária):		R\$ 1,24							
Beneficiário de seguro:		Banco do Nordeste do Brasil S/A							
Parcelas									
Nº	Data do Vencimento	Principal R\$ (A)	Juros R\$ (B)	Total R\$ (A+B)	Data do Vencimento	Principal R\$ (A)	Juros R\$ (B)	Total R\$ (A+B)	
1	11/07/2016	145,00	7,48	152,48	2	11/08/2016	145,00	7,48	
3	11/09/2016	145,00	7,48	152,48	4	11/10/2016	145,00	7,48	
5	11/11/2016	145,00	7,48	152,48					
				CLIENTE CONSULTA / SAC Banco do Nordeste 0800 782 3030.					

CREDIAMIGO BANCO DO NORDESTE - EXTRATO INDIVIDUAL - Operação No. 182.2016.17380-1

Vencimento: de

Nº 01/01

RS # 700.00

No dia 30 de 07

de 2016

Bliete feliz

pagar por esta única via de NOTA PROMISSÓRIA

DUPLICATA Nº _____ CPF/CNPJ _____

OU À SUA ORDEM,
A QUANTIA DE

Campos, mercantil
Carlos Bruno

EM MOEDA CORRENTE
DESTE PAÍS

Local de Pagamento:

Data da Emissão: 30.07.2016

Nome do Emitente:

CPF/CNPJ:

Endereço:

X Elite Felix de Sousa

Assinatura do Emitente

Coef. 10.170

AVALISTA(S)

Nome:

CPF/CNPJ:

Nome:

CPF/CNPJ:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB4C3F. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB4C3F.

TERMO DE RECEBIMENTO
 Nº 001/2016
 Valor R\$ 263,76
 Data 21/07/2016

Santander 033

Cedente: NUTOR PRODUTOS FUNCIONAIS LTDA (NP)

Endereço: 00.455.356/0001-21
 EST ANA PROCOPIO DE MORAES, 116
 06520551 - SANTANA DE PARNABA SP
 Parcela: (PARCELA 05/08)

Data do documento: 21/07/2016

Código cedente: 3403/5497086

Conta Corrente: 00003300787 0
 Agência: 00000000
 Tipo de documento: 201600018194/05

Valor do documento: 263,76

Valor cobrado: _____

Valor do Sacado: _____



NEUROFÍSIO

Rua Coronel Jucá, 1450 - Aldeota - CEP 60170-320
Fone: 3261.6067 - 3094.0705 - 8699.6067 - 9981.1620
Fone/Fax: 3261.3824 - Fortaleza - Ceará

RECIBO

R\$ 320,00

RECEBEMOS Eliete Felix de Sousa

A importância de

Trezentos e Vinte Reais - - - -

REFERENTE A

consulta médica e retirada de pontos da intervenção cirúrgica da TRM dorsal

pele que firmo(amos) o presente recibo para fins e efeitos legais.

RECEBI

EM 31 / 08 / 2016

FORTALEZA (CE), 31 DE Agosto DE 2016

p/p Helena Cordéis

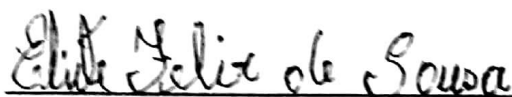
NEUROFÍSIO S/C LTDA
01.323.222/0001-08

RECIBO

Eu, **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**, portadora do RG **99099180110**, declaro que recebi da **EMPRESA SANTA CECILIA TRANSPORTES LTDA** uma capa para Colchão caixa de ovos, referente às despesas causadas no acidente de trânsito com o ônibus de prefixo 36502 e placas: **PMW -0467** de propriedade da empresa referida, ocorrido no dia 17/07/2016.

Para os devidos fins de direito firmamos nesta data o presente recibo, dando total quitação para não mais reclamar em juízo ou fora dele.

Fortaleza, 06 de Agosto de 2016.



ELIETE FÉLIX DE SOUSA

-RG 99099180110-

Santa Cecília Transportes Ltda.

Rua Capitão Francisco Pedro, 119 - Rodolfo Teófilo - CEP 60430-380 - Fortaleza/CE
CNPJ 04.259.456/0001-21 - Insc. PMF 166.842-0
Fone: (85) 3206.6300 - Fax: (85) 3206.6330

CREDIAMIGO BANCO DO NORDESTE - EXTRATO INDIVIDUAL - Operação No. 182.2016.17380-1

CLIENTE: ELIETE FELIX DE SOUSA | C.P.F.: 901.245.963-04 | DATA DE LIBERAÇÃO: 27/05/2016

Dados Operação		Dados Seguro Prestamista	
Taxa de Juros efetiva	1,7000% a.m.	Estipulante:	Banco do Nordeste do Brasil S/A
Custo Efetivo Total	44,25% a.a.	Seguradora:	AMERICAN LIFE
Percentual Seguro	0,0290% a.m.	Vigência:	Das 24 horas de 27/05/2016 às 24 horas de 11/11/2016
Percentual TAC	3,00%	Capital Segurado:	R\$ 762,40
Valor do Empréstimo	R\$ 725,00	Prêmio pago (parcela única):	R\$ 1,24
TAC	R\$ 21,75	Beneficiário do seguro:	Banco do Nordeste do Brasil S/A
Seguro Prestamista	R\$ 1,24		
Tarifa TED	R\$ 0,00		
Valor Líquido Empréstimo	R\$ 702,01		

Nº	Data do Vencimento	Principal R\$ (A)	Juros R\$ (B)	Total R\$ (A+B)	Nº Parcelas	Data do Vencimento	Principal R\$ (A)	Juros R\$ (B)	Total R\$ (A+B)
1	11/07/2016	145,00	7,48	152,48	2	11/08/2016	145,00	7,48	152,48
3	11/09/2016	145,00	7,48	152,48	4	11/10/2016	145,00	7,48	152,48
5	11/11/2016	145,00	7,48	152,48					

CLIENTE CONSULTA / SAC Banco do Nordeste 0800 782 3030.

CREDIAMIGO BANCO DO NORDESTE - EXTRATO INDIVIDUAL - Operação No. 182.2016.17380-1

192		FICHA DE REGULAÇÃO - SAMU 192 - NBo Identificada		Data Emissão: 15/07/2017 Hora Emissão: 16:29 Operador: marcelo	
No. da Ocorrência 1607170225	Qtd Vítimas 1	Data Inicio: 17/07/2016 08:04 Data Término: 17/07/2016 10:32	Classificação de Risco: PARALELO (RISCO) Tipo Ocorr: CLINICO Módulo Ocorr: RESERVA DE OPORTUNIDADES		

DADOS DA OCORRÊNCIA

Nome Sobstante: ROCHA (SINDOMBUS)
End: AV. GENERAL OSORIO DE PANA, S/N
Bairro: SIQUEIRA
Cidade: FORTALEZA
CEP:
Ponto de Referência: PCTE ESTÁ DENTRO DO ONIBUS 36502 DO TERMINAL DO SIQUEIRA

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Tipo de Ligação: **ATENDIMENTOS**
Telefone do Solicitante: **(85) 987224259**
Queria: **Queria**
Origem da Ligação: **VA PÚBLICA**

VÍTIMAS

1 Vítima	Nome: ELIETE FELIX DE SOUSA	Idade: 61 ANO(s)	Sexo: FEMININO
	Classificação: ADULTO	CNS:	Documento:
	Endereço:		

AVALIAÇÃO NÃO ESTRUTURADA

1 Vítima	Profissional: LUIZ GUILHERME P COSTA	Data/Hora: 17/07/2016 08:09:34
	Avaliação: envio um segundo solicitação valência social	
1 Vítima	Profissional: DANIELA SOUSA BARBOSA	Data/Hora: 17/07/2016 08:07:48
	Avaliação: SEM HIST. DOENÇA (NAO TOMA REMEDIO); ERF. DOR LOMBAR, NAO CONSEGUE SE MEIXER (APOS ONIBUS PASSAR EM LOMBADA)	

AVALIAÇÃO ESTRUTURADA

	A	Estado Consciê	Pulso	Col. Pele	Respiração	PA. Inf	PA. Fim	FC	FR	Glasgow	Temp	Glicemia	Escore Trauma
1 Vítima													
		ORIENTADO	NORMAL	COLOPADO	NORMAL		90/60	78				161	

DECISÃO TÉCNICA

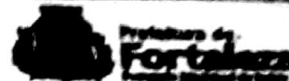
01 Vítima	Profissional: LUIZ GUILHERME P COSTA	Data/Hora: 17/07/2016 10:32:38	Situação: F
	Decisão: ENCAMINHAR A UNIDADE DE EMERGENCIA	Data/Hora: 17/07/2016 10:32:38	Situação: F
	Profissional: LUIZ GUILHERME P COSTA	Data/Hora: 17/07/2016 10:32:38	Situação: F
	Destino: PAPANG HOSP GERT MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA	Data/Hora: 17/07/2016 10:32:38	Situação: F
	Profissional: LUIZ GUILHERME P COSTA		
Intervenção:			
Observação:			
01 Vítima	Profissional: LUIZ GUILHERME P COSTA	Data/Hora: 17/07/2016 08:52:46	Situação: F
	Decisão: ENVIAR DE RESOLUÇ	Data/Hora: 17/07/2016 08:52:46	Situação: F
	Profissional: LUIZ GUILHERME P COSTA	Data/Hora: 17/07/2016 08:52:46	Situação: F
	Destino: LOCAL DA OCORRÊNCIA	Data/Hora: 17/07/2016 08:52:46	Situação: F
	Profissional: LUIZ GUILHERME P COSTA		
Intervenção:			
Observação:			

CONDUITA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C36.

** P00473/17*

SERVICÓ DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



NOME: _____ PUNTO DE APOIO: CIQUEIRA Nº DA OCORRÊNCIA: 6555
 TURNO: MT EQUIPE: ORCAIM + DANIELA
 NOME DO PACIENTE: FELIX DE JÓSSA IDADE: 61 SEXO: F
 ENDEREÇO: DE JÓSSA BAIRRO: VILA VERDE
 QUS: 05:35 QUR: 08:50 QUY: 09:00 QUU: 09:50
 LOCAL DA OCORRÊNCIA: Residência de Ciquera

RESPOSTA AO CHAMADO
 RESPONSIVO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
 NÃO RESPONSIVO PRESENTE PRESENTE
 PERVEAS OBSTRUÍDAS AUSENTE AUSENTE

RESPIRATÓRIO **INSPEÇÃO** **PALPAÇÃO/PERCUSSÃO** **AUSCULTA**
 EUPNEICO NORMAL NORMAL NORMAL
 TAQUIPNEICO ALTERADA: _____ ALTERADA: _____ ALTERADA: _____
 BRADIPNEICO
 AGÔNICA/AUSENTE

PULSO **FELE** **ENDIMENTO** **SANGUINÍFICO**
 NORMOCÁRDICO CHEIO CORADA SUDOREICA
 TAQUICÁRDICO FILIFORME PÁLIDA SECA
 BRADICÁRDICO IMPALPÁVEL CIANÓTICA QUENTE
 LOCAL: _____ FRIA
 ≤ 2 seg > 2 seg
 SIM NÃO

ESCALA DE GRADUACÃO DE AVISORRI (P)
ABERTURA OCULAR **RESPOSTA VERBAL** **RESPOSTA MOTORA**
 ESPONTÂNEA □ 4 ORIENTADO (AVSORRI (P) □ 5
 À VOZ □ 3 CONFUSO (AVSORRI CONSOLÁVEL (P) □ 4
 À DOR □ 2 PALAVRAS INAPROPRIADAS (AVSORRI CONSOLÁVEL (P) □ 3
 NENHUMA □ 1 SONS INCOMPREENSÍVEIS (AVSORRI CONSOLÁVEL (P) □ 2
 NENHUMA □ 1
 TOTAL: 15
 PUPILAS: NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
 ALTERADAS: _____

E

PA: 90 x 60 FR: 20 GLIC.: 151 OXIM.: 96 TEMP: _____
 HISTÓRICO DO PACIENTE: ESTAVA NO ÚLTIMO BANCO
RELATAR DOX INTERSTA. NT REGAR COLUNA LOMBAL
MONTE FO LOMBAL (1) KED + PUNÇÃO LOMBA

DELOCALAMENTO: QUIS OBRIGADA AO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUIS SAÍDA DO LOCAL DA OCORRÊNCIA; QUIS...
 S - SINAIS E SINTOMAS; A - ALERGIAS; M - MEDICAÇÕES; P - PASSADO MEDICAMENTOSO; L - LESÃO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C36.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Eliete Felix de Sousa**, no dia **17/07/2016**, às **08h35min**, no terminal de ônibus do **Bairro Siqueira**, vítima de acidente dentro do ônibus em movimento. Removida ao **Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira**.

Endereço da ocorrência: Avenida General Osório de Paiva, s/n, Bairro Siqueira.

Documento requerido por meio do Processo nº **P604731/2017**.

Fortaleza, 16 de março de 2017.

Atenciosamente,



Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza



Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA A REALIZAÇÃO DO EXAME DE DPVAT:

- CÓPIA DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR (SE TIVER SIDO INTERNADO)
- CÓPIA DE ATESTADO MÉDICO, OU LAUDO MÉDICO, RELATANDO OS TRAUMAS OCORRIDOS NO ACIDENTE, COM AS POSSÍVEIS SEQUELAS DEFINITIVAS
- EXAMES MÉDICOS REALIZADOS POR CONTA DO ACIDENTE

2ª e 3ª - Manhã - IJF

Dr. Antonio Gouveia.

20/250 (consul + a)

RS/70 - Pontos (retirado)

20/320

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

GRANDE CICULHA

Nº 36502 - 052

CARRO

S/S Cecilia - Empresa

TEL: 98957.01.04 FIMA

37/07/16 - 07:45 HORA

Placa do Carro: PMW-0467

Este documento é o comprovante de inscrição no Cadastro de Veículos - CAV - emitido a pedido do interessado, sob as condições previstas na legislação vigente.

Nome: *Eliete Felix de Sousa*

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emissão em: 03/12/99

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome: ELIETE FELIX DE SOUSA

Nº de Inscrição: 901245963-04

Data de Nascimento: 09/10/59

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CEARÁ: 99099180110

DATA DE EMISSÃO: 11/11/1999

NOME: ELIETE FELIX DE SOUSA

NÚMERO: FELIX ANTONIO POLICARPO E OTACILIA ELVIRA POLICARPO

NATURALIDADE: FORTALEZA-CE

DOC. ORDEM: CERT. CASAM. 1358 L B-07 F

278 VILA SERPE-AQUIRAZ-CE

DATA DE NASCIMENTO: 9/10/1955

ASSINATURA DO DIRETOR

REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA REPUBLICANA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: *Eliete Felix de Sousa*



PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3160689976

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: ELIETE FELIX DE SOUSA

Data do acidente: 17/07/2016

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE COLUNA TORACICA (T12).

Descrição do exame médico pericial: DEFICIT FUNCIONAL COMPLETO NO SEGMENTO TORACO LOMBRA DA COLUNA VERTEBRAL.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO COM SÍNTESE METALICA DO SEGMENTO TORACO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL. EVOLUIU COM DOR E COM BLOQUEIO DOS MOVIMENTOS DO SEGMENTO TORACO LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL. ESTA DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: APRESENTA PERDA TOTAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO TORÁCO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 08/05/2017

Conduta mantida:

Observações: 100% DO SEGMENTO TORÁCO-LOMBAR DA COLUNA VERTEBRAL.

OBS - NOTA DO REVISOR - APÓS AVALIAÇÃO DOS DOCUMENTOS OPTADO POR MANTER A VALORAÇÃO DEFERIDA PELO EXAMINADOR

Médico examinador: FLAVIO EDUARDO PARO HADDAD

CRM do médico: 10570

UF do CRM do médico: SC

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau completo - 100 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCUS HERRERA R ALMEIDA

CRM do médico: 52.20028-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C3E.



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº 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, ELIETE FELIX DE SOUSA
 PORTADOR(A) DO RG Nº 99099180110 EXPEDIDO POR SSPDC EM 11/11/99
 CPF 904245963-04 / CNPJ 0000000000-0000-00, PROFISSÃO FAXINEIRA
 E RENDA MENSAL DE R\$ 800,00 NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA ELIETE FELIX DE SOUSA, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício - nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional;
- Conta Empresarial - nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA;
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTÉ: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 004 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 01821 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 111196-6

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

FORTALEZA 20 de OUTUBRO de 2016

LOCAL E DATA

Eliete Felix de Sousa

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

1 ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 1.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0211204.





ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA
Dr. Antonio Lailton Moraes Duarte
OAB-CE 34.442
PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

OUTORGANTE: ELIETE FÉLIX DE SOUSA, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC – CE, inscrita no CPF/MF sob o n.º 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, não possui endereço eletrônico. Nomeia e constitui seu basto procurador.

OUTORGADO: DR. ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE, brasileiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 34.442, com escritório profissional à Rua Cabral Veras, 397, Bairro: Maraponga, CEP: 60.711-530, nesta capital, Tel.: (85) 98807-3764, endereço eletrônico: lailtonduarteadvogado@gmail.com, onde recebe citações e intimações.

P O D E R E S: Pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, a outorgante nomeia o outorgado seu bastante procurador a quem conferem amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com cláusula "EXTRA-JUDICIA" e "AD-JUDICIA", a fim de que possa defender os interesses e direito da outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo a ação competente ou defendendo-a naquelas em que ela for parte, especialmente para **DAR ENTRADA AO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO DE DESPESA MÉDICAS NO SEGURO DPVAT DA ORA OUTORGANTE**, que foi vítima de acidente de trânsito ocorrido no dia 17 de julho de 2016, no ônibus prefixo 36502, placa PWM 0467, propriedade da empresa Santa CECÍLIA Transportes Ltda, às 07h45min, na cidade de Fortaleza-CE, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer ou contra-arrazoar recursos, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 31 de agosto de 2016.

Eliete Félix de Sousa

 OUTORGANTE

[Assinatura]

 OUTORGADO

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, data da expedição 11/11/1999, órgão SSPDC – CE; inscrita no CPF/MF sob o n.º 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitada de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML – para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei n.º 6.194/74), uma vez que:

() Não há estabelecimento do IML no município da minha residência;

() o estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT;

(X) O estabelecimento do IML em que resido 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 cobertura de despesas médicas causadas diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para fins do §1º, do art. 3º, da Lei n.º 6.194/74.

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

Fortaleza, 16 de agosto de 2016.


ASSINATURA DA DECLARANTE

CONFORME DOCUMENTO DE IDENTIDADE.

**SOLICITAÇÃO DE PEDIDO DE PERÍCIA ATRAVÉS DA
SEGURADORA LÍDER, CONFORME CIRCULAR 099/2011.**

À SEGURADORA LÍDER:

VÍTIMA: ELIETE FELIX DE SOUSA.
TELEFONES: (85) 9 SINISTRO: _____

Obs.: Pedido de Perícia através da Seguradora Líder, conforme Circular 009/2011.

Anexos:

I – BAM:

() Sim () Não

II – Prontuário Médico:

() Sim () Não

III – Declaração de Internação e Alta:

() Sim () Não

IV – Certidão do Corpo de Bombeiros:

() Sim () Não

Informo a essa respeitada Empresa que sofri acidente de trânsito e adquiri debilidade permanente em decorrência do acidente. No entanto, já encaminhei todos os documentos que possuo referente ao meu tratamento, motivo pelo qual, solicito a perícia médica de V. Sª.

Esclareço que sou pessoa humilde e necessito da indenização.

Caso não seja realizada perícia, entrarei com reclamação junto a SUSEP e com Ação Judicial.

Sendo assim, conto com a colaboração desse órgão.

Eliete Felix de Sousa

Assinatura

Data: 30/10/15

SAME

Frotinha de Parangaba

3131-7322/RAMAL 228

Av. Otório de Parva, 1127 - Parangaba

31-8-16



NEUROFISIO

ISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA, NEUROLOGIA TRAUMATOLÓGICA E ORTOPÉDICA

ELIETE FELIX DE SOUSA

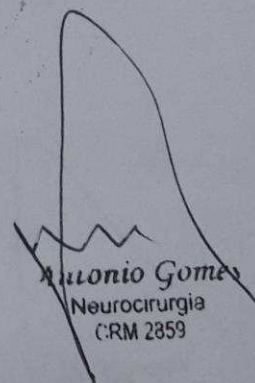
RUA DA PAZ DO MANGUE, 150

CALCIO COM VIT D

2CXS

TOMAR 1 COMP 1X DIA

FORT: 31.08.16


Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

Rua Coronel Jucá, 1450 - Aldeota - Fone: (85) 3261.6067 - 3224.9237 - Fone/Fax: (85) 3261.3824
CEP 60.170-320 - Fortaleza - CE



RECEITUÁRIO



Nome: Eliete Felix de Sousa

Solicitado (Ao posto de Saúde)

- ① - 15 pacotes de GASEL
- ② - 20 pacotes de WUOL DE PRO MEDICAMENTO
- ③ - Soro fisiológico
- ④ - Espandiarapo

Justificativa: necessidade de evasão sem a prescrição

Dr. Tony H. F. Angelo
Médico
CREMESP 16.551

Data: 25/08/16

Ao retornar favor trazer este receituário

UPA - Unidade de Pronto Atendimento - Vila Velha - Fortaleza-CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Dr. Antônio Gomes Filho

CRM: 2859 UF: CE.

Endereço: Rua Coronel Jucá, 1450
Aldeota

Cidade: Fortaleza UF: CE.

Telefone(s): (85) 3261.6067

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: _____

Endereço: ELIETE FELIX DE SOUSA

Prescrição: RUA DA PAZ DO MANGUE, 150

CEFALEXINA 500MG

2CXS

TOMAR 1 COMP VO 6/6HS POR 14 DIAS.

FORT. 31.08.16

Antônio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

Data: ____ / ____ / ____

Carimbo ou Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____



Cidade: _____ UF: _____

Telefone(s): _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data _____


RECEITUÁRIO


Nome: Eliete Felix de Sousa

uso oral

D. Dipirona comp 26/08/16 30cp
1 cp, w, até 6/6h de
dia

Dr. Tony H. F. Angelo
 Médico
 CREMÉC - 16.551

Data: 26/08/16

Ao retornar favor trazer este receituário
 UPA - Unidade de Pronto Atendimento - Vila Velha - Fortaleza-CE

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Dr. Antônio Gomes Filho

CRM: 2859 UF: CE.

Endereço: Rua Coronel Jucá, 1450
Aldeota

Cidade: Fortaleza UF: CE.

Telefone(s): (85) 3261.6067

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Droga
2ª Via - Orientação ao Paciente

Paciente: _____

Endereço: ELIETE FELIX DE SOUSA

Prescrição: RUA DA PAZ DO MANGUE, 150

KOLLAGENASE POMADA 2CXS

CURATIVO DIARIO

FORT. 31.08.16

Antônio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

Carimbo ou Assinatura do Médico

Data: ____/____/____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____ Órgão Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone(s): _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico _____

_____ / ____ / ____
Data

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

**Internamentos
Clínicos & Cirúrgicos**

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Fuete Felix

Servicio de

Parti Alto

Just

Fractura D

Prof: 08/08/16

Antonio Gomes
Neurocirurg
CRM 2859

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA - 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	Antonio Gomes Felício
CRM:	2859 UF: CE
End.:	Rua Cel. João Gualberto 1775 A Aldeia
Cidade:	Fortaleza UF: CE
Tel.:	3261 6067

11/08/16

Antonio Gomes
CRM 2859

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Antonio Felício Figueira
Endereço: Rua João Gualberto 1775

Prescrição: 1) Codeína 30mg - 2ca
Tam 1 comp 2x em
2) Pipraflo x arino 500mg - 2ca
Tam 1 comp 12h
por 10 dias

Antonio Gomes
CRM 2859

Data: 11/08/16

ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Idenl:	Orgão Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Tel.:	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data	

preendimento Pague Menos Data: 14-08-16.

Av. Mozart Lucena 1732 Vendedor: Jance.

LV: 16102 14.

LV: 03-18.

LV: 03-18.

Dispensar:

02 Co.

codit. sang.

De acordo com a...

Verifica-se que...

Indicamos a...

preendimento Pague Menos Data: 14-08-16.

Av. Mozart Lucena 1732

661091

03-18.

02 Co.

el. epinephrina

500 cl/14.

37088

Prontuário 174505

Atendimento 18885

Reserva/Guia *12600041006*

Data 22/07/2016 Hora 14:46

Paciente ELIETE FELIX DE SOUSA [CPF]

Sexo Est. Civil F Solteira

Data Nasc. 09/10/1955

Telefone 987034005

R.G. 98999100110

Código CNS 7110239821000

Endereço ARISTIDES PEREIRA CAMPOS Bairro

Núm. Complemento 507

Cidade ITAITINGA (PACATUBA)

UF CE

Nome da Mãe OTACILIA ELVIRA POLICARPO

Responsável ELIETE FELIX DE SOUSA

Bairro PARQUE SANTO ANTONIO

Endereço ARISTIDES PEREIRA CAMPOS

Cidade ITAITINGA (PACATUBA)

Núm. 507

Telefone 987034005

Cep 51880000

Médico Atendente 132020 ANTONIO GOMES FILHO [CRM: 2858] [CPF: 5758254304]

Médico Acompanhante 132020 ANTONIO GOMES FILHO [CRM: 2858] [CPF: 5758254304]

Tratamento 3040114 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

Cid S127 FRAT MULT DA COLUNA CERVICAL

Sector 012421 RECEPCAO INTERNAMENTO HOSPITALAR Convênio 50 S.U.S

Origem PACIENTES DO UF

Acomodação PORTO 010211 POSTO IV ENFERMARIA 102177 - ENFERMARIA 408 LEITO 22 - FR 42/

Data mín. para alta - 22/07/2016 Data máx. para alta - 27/07/2016 Atendente - JESSICA BRUNA ALVES DO CARMO

Resumo do Tratamento

Acompanhante? [] Sim [] Não Data admissão 22/07/2016 Data alta 03.03.16
Internação anterior ? [] Sim [] Não Hora admissão 14:45 Hora alta 21.00.15
Alta..... Curado..... [] Melhorado..... [] Inalterado..... [] Clínica: Médica []
Fracado [] A pedido [] Indisciplina [] Cirúrgica []
Transferido [] Falecimento [] Evasão [] Obstétrica []

Diagnóstico:

FRAT. MULT. CERVICAL

Internação:

FRAT. MULT. CERVICAL

Definitivo:

Histórico:

Até ao fraco, trauma no e dentro de uma semana após, porém não melhorou, elevando e com dor intensa

Alta 1 Raio X: Uti
Perm 2 [] Simples Entrada
Transf 3 [] C/Contraste Saída
Óbito 4

Motivo

[] Sangue... [] Rh... []

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE URGÊNCIA QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERIDICOS

X Robert Maito Santos de Araújo Assinatura do Paciente

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL
CPF: 07.202.000/0001-34
132020
132020
132020

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C4E.



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
Rua Professor Dias da Rocha, nº 1530 - Aldeota
Fone: (085) 3261 2999 - Fortaleza-CE

-----TERMO DE RESPONSABILIDADE CIRURGIA DE RISCO-----

Paciente: A MESMA, RG: 99099180110 SSP CE, CPF: _____
DOCUMENTO: _____

Responsável pelo paciente: Eliete Felix De Sousa

Declaro que fui esclarecido(a) a respeito dos riscos da morbidade e mortalidade da Cirurgia de _____
a que serai submetido(a)

Estou de Pleno acordo com a intervenção cirúrgica proposta pela equipe médica. Aceito os riscos da cirurgia, da anestesia, da transfusão de sangue e seus derivados, bem como o uso de medicamentos e autorizo a referida intervenção

QRS _____

Responsável: A MESMA
Endereço: RUA ARISTIDES PEREIRA CAMPOS, 507, PARQUE SANTO ANTONIO
CPF: _____
RG: 99099180110 SSP CE

Testemunha:
Endereço:
CPF:
RG:

Fortaleza(CE) FORTALEZA, 22 de JULHO de 2010.

Paciente/Responsável

X *Robert morais Santos de Araújo*

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C4E.



Rua: Professor Dias da Rocha, 1530 – Aldeota

Fone: (85) 3224.54.17 – Fax (85) 3261.1849

C.G.C. 7.263.866/0001-34

TERMO DE CONHECIMENTO

EU, Robert Mauro Santos de Araújo
 CPF. 934.465.943-53 RG. 99021010772 Estou
 ciente que o Hospital Batista Memorial não cobra de
 pacientes ou familiares qualquer valor financeiro de
 honorários médicos referentes aos internamentos ou
 procedimentos hospitalares oriundos do SISTEMA
 ÚNICO DE SAÚDE.

ASS. PACIENTE _____

ASS. RESPONSÁVEL Robert Mauro Santos de Araújo

Fortaleza, 22 / 07 / 16



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

ATM. 2316101248160

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		2 - CNES: 25291
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL BATISTA MEMORIAL		4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: ELIETE FELIX DE SOUSA				
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):	8 - DATA NASCIMENTO: 09/10/1955	9 - SEXO: <input type="checkbox"/> Masc <input type="checkbox"/> Fem	10 - RAÇA/COR	10.1 -
11 - NOME DA MÃE/ PAI: OTACILIO ELVIRA POLICARPO		12 - TELEFONE DE CONTATO:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: NI		14 - TELEFONE DE CONTATO		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): ARISTIDES PEREIRA CAMPOS 507 -PARQUE SANTO ANTONIO				
CIDADE: ITAATINGA		17 - CÔD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE NO INTERIOR DE UM ONIBUS COM SUSPEITA DE TRM.			
22 - DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TRM	24 - CID 10 PRINCIPAL:	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CONSERVADOR		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0303040114	
29 - CLÍNICA: NEURO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: CLINICO /CONSERVADOR	31 - DOCUMENTO: () CNS (X) CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 22/07/2016	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): Gustavo Costa Médico Neurolista CRM 5227

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

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

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - CÔD. ORGÃO 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): Mário Sérgio de F. ... CRM 5227		

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

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/vp/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 8BB104E.

Visual Hospub - INSTITUTO DR. JOSE FROTA - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Identificação do Paciente

Prontuario: **5456647** Nome do Paciente: Data de Nascimento: Sexo:

Profissional: **ANTONIO GOMES FILHO**

Atrividade: **NEUROCIRURGIA**

Data Registro: **22/07/2016 07:41:01**

Descrição:

ELIETE FELIX DE SOUSA

1 - DIETA LAXATIVA

2 - SF 2000ML EV 28GTS/MIN;

3 - PROFENID 100MG + 100ML SF EV DE 12-12 horas;

4 - ANTAK 150MG VO 2XDIA

5 - OLEO MINERAL 20ML VO 2XDIA

6 - DAPIRONA 2ML EV SOS

7 - TRAMAL 100MG + 100ML SF EV ATÉ DE 12-12 HORAS SE DOR MUITO FORTE;

8 - MOBILIZAR EM BLOCO

Data de Impressão: 22/07/2016 07:41:06

Antonio Gomes
CRM 2859

ANTONIO GOMES FILHO - CRM/C.R.O. 2859
Carimbo e Assinatura do Médico

ME: Cláudia Felix de Sousa

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: 22/07/16 LEITO: 4022 CONVÊNIO: SUS PRONT:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DIETA:

CURATIVO COM SF 0,9% 01 X DIA OU QN

OXIGENOTERAPIA:

GLUCEMIA CAPILAR 02X DIA

Instituição Registre S.E.T. Conforme Resolução Abranex I

263 a 250 - 04 LH - 251 a 300 - 08 LH - 301 a 07 LH - 05 LH dose a 16h de 1

DIPIRONA 2/18ML AD EV ATE 06 / 06HS (SE FEBRE OU DOR)

PLAMET 2/18ML AD EV ATE 08 / 08 (SE NAUSEAS OU VÔMITOS)

TRAMAL 100MG SF 0,9% EV DE 08 / 08H SE DOR FORTE

Captopril 25 mg Ate de 8 / 8 horas

Captopril 25 mg SL se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg ATT:

TYLEX 30MG VO 06:06HORAS

RANITIDINA 150 MG 01 CP VO 02X DIA

FENTOINA 100MG VO 08 / 08HORAS

SSVV+CCGG

JELCO

SND

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

S/N

Cláudia Felix de Sousa
Cirurgiã Assistente em Ortopedia e Traumatologia
CRM: 50.610

"MÉDICO CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
 Rua Prof. Dias da Rocha, 5, - Acesta - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
 Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1845



EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
	MANHÃ	TARDE	ENFERMARIA/LEITO	NOTURNO
11/07/2018		<p>Com 5h30 F. F. tomou 100mg de Paracetamol. Abolida a medicação por 1h. O paciente apresenta dor abdominal com intensidade de 3/10. Tratado com morfina 10mg. O paciente apresenta febre intermitente, com T_{ax} variando entre 37,5 e 38,5°C. Hemodinâmica estável, com TA = 110/70 mmHg, FC = 70 bpm, FR = 18 rpm, SpO₂ = 96%. Sinais vitais estáveis. O paciente apresenta boa hidratação oral e mantem-se hidratado. A medicação é eficaz para o controle da dor. O paciente apresenta bom estado de humor e responde adequadamente às orientações. A medicação é eficaz para o controle da dor. O paciente apresenta bom estado de humor e responde adequadamente às orientações.</p> <p>PA: 110/70 mmHg FC: 70 bpm FR: 18 rpm SpO₂: 96% T_{ax}: 37,5°C</p> <p>Tratado com morfina 10mg. O paciente apresenta febre intermitente, com T_{ax} variando entre 37,5 e 38,5°C. Hemodinâmica estável, com TA = 110/70 mmHg, FC = 70 bpm, FR = 18 rpm, SpO₂ = 96%. Sinais vitais estáveis. O paciente apresenta boa hidratação oral e mantem-se hidratado. A medicação é eficaz para o controle da dor. O paciente apresenta bom estado de humor e responde adequadamente às orientações.</p>	212	M
				T
				N
				M
				T
				N

Vanice Dutra Benevides
 Téc. de Enfermagem
 COREN - CE 199931

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16-2018.8.06.0001 e código 3BB1C4F.

RESFEE ALBA VIEIRA

Alameda da Moura, nº 100, Vila Militar, Rio de Janeiro

Alameda da Moura, nº 100, Vila Militar, Rio de Janeiro - Fone: (085) 3224-3117

SERVIÇO DE NEUROLOGIA

LEITO: 4022

Nome: Eliete Felix de Souza

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIO

23/01/2016

SND

DOSSIER

monter

DOSSIER

PROFESSOR

18.

ANEXO

PROFESSOR

SUJEITO

Carla S. Moura
Enfermeira

Carla S. Moura

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO		
	08:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	08:30. 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	20.00. 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	09:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	09:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	10:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	10:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	11:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	11:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	12:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	12:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	13:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	13:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	14:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	14:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	15:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	15:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	16:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	16:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	17:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	17:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	18:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	18:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	19:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	19:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	20:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	20:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	21:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	21:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	22:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	22:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	23:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	23:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		
	24:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	24:30: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia	25:00: 20.00 pet em ato clínico de 15.30 pet & Fg em de ATM. T. 36.0. Pulso: 70. Pressão: 120x70. Hiperemia		



"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDAM-SE DE VOCÊ."
 Rua: Prof. Dias da Rocha, 1530, Aldeota. CEP: 60140-160, Fortaleza – Ceará
 Telefone e Fax: (85) 3224.5417 / 3261.1849

ME: ELIETE FELIX DE SOUSA

DATA: 24/07/18
 LEITO: 4022
 CONVÊNIO: SUS
 PRONT: 4505

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DIETA:

RANITIDINA 150MG VO 02XDIA

PROFE MID 100MG+100ML SF 0,9% 12/12HRS

TRAMAL 100MG+100ML SF 0,9% EV DE 8/8h (S/N)

PLAMET 2/18 ML ABD EV ATÉ 8/8HRS (SE NAUSEAS OU VÔMITOS)

DIPIRONA 2ML EV

TYLEX 30MG VO

OLEO MINERAL 20ML VO 02XDIA

SSVV+CCGG

João Vitor A. B. Lima
 Médico
 CREMÉC 11133

Antonio Gomes
 Neurocirurgia
 CRM 2859

SND

18

18

S/N

S/N

S/N

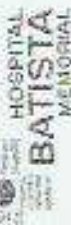
S/N

S/N

ROTINA

Antonio Gomes
 Neurocirurgia
 CRM 2859

"MEDICINA POR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
 Rua Prof. Dias da Rocha, 15 - Adepta - CEP 60146-160 - Fortaleza - Ceará
 Fone: (85) 3222.5417 - Fax: (85) 3261.1845



1594/16/013

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO		
04/08/2018	07:30 - 08:30 PT me do T.R.M. Evoluções com Cautela, Cuidados com Medicação, cuidados com Alimentação, cuidados com Higiene e conforto do paciente e medicação de acordo com A.O. de doença atualizada. T: 36,8 glicemia em jejum 100 mg/dl. Caudex 100 mg. 2x1. 700 mg T: 36,79	08:30 - 12:30 PT me do T.R.M. Evoluções com Cautela, Cuidados com Medicação, cuidados com Alimentação, cuidados com Higiene e conforto do paciente e medicação de acordo com A.O. de doença atualizada. T: 36,8 glicemia em jejum 100 mg/dl. Caudex 100 mg. 2x1. 700 mg T: 36,79	08:30 - 12:30 PT me do T.R.M. Evoluções com Cautela, Cuidados com Medicação, cuidados com Alimentação, cuidados com Higiene e conforto do paciente e medicação de acordo com A.O. de doença atualizada. T: 36,8 glicemia em jejum 100 mg/dl. Caudex 100 mg. 2x1. 700 mg T: 36,79	SUS	174505
					GLICEMIA CAPILAR
					HIGIENE ORAL
					MUDANÇA DE DECÚBITO
					CURATIVO
					Característica da Ferida:
					a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca () Hiperemada
					b - () Úlcera () estágio I () estágio II () estágio III () estágio IV
					c - () Exudato seroso () Exudato serosanguinolento () Exudato sanguinolento () Exudato purulento d - () Tecido de granulação () Tecido necrótico () fibrina
					Ass: Ass:



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ.
 Rua: Prof. Dias da Rocha, 1530, Aldeota. CEP: 60140-160, Fortaleza - Ceará
 Telefone e Fax: (85) 3224.5417 / 3261.1849

ME: ELIETE FELIX DE SOUSA

DATA: 25/06/16 LEITO: 4022 CONVÊNIO: SUS PRONT: 11W505

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA:	DATA:	LEITO:	CONVÊNIO:	PRONT:
RANITIDINA 150MG VO 02XDIA	22	4022	SUS	11W505
PROFE MID 100MG+100ML SF 0,9% 12/12HRS	22	4022	SUS	11W505
TRAMAL 100MG+100ML SF 0,9% EV DE 8/8H (S/N)	22	4022	SUS	11W505
PLAMET 2/18 ML ABD EV ATÉ 8/8HRS (SE NAUSEAS OU VÔMITOS)	22	4022	SUS	11W505
DIPIRONA 2ML EV	22	4022	SUS	11W505
TYLEX 30MG VO	22	4022	SUS	11W505
OLEO MINERAL 20ML VO 02XDIA	22	4022	SUS	11W505
SSVV+CCGG	22	4022	SUS	11W505
ROTINA	22	4022	SUS	11W505

Dr. Juremy B. Braga Jr. MD
 Clínica Médica
 CRIMEC 408

[Handwritten signature]

"Medicina e amor estão cuidando de você"

Av. Padre Antônio Tomás 2056 - Aldeota - CEP 60.140-160 Fortaleza-Ceará - Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROLOGIA

NOME: ELIETE FOLEZ DE SOUSA

26/07/2016

LEITO: 11022

PRESCRIÇÃO MÉDICA HORÁRIO

- 1. META BRANCA SW3
- 2. JEICO SAU NIZADO SW
- 3. PROFERID 100MG 200ML 5X 2X DIA ~~SW~~ CA
- 4. ANIX 150MG VO 2X DIA ~~SW~~ CA
- 5. VLEX 100MG VO SOS ~~SW~~ CA
- 6. OLEO BASSI 3AL 20ML VO 2X DIA ~~SW~~ CA
- 7. listras SW

Antonio Gomes
CRM-2859



HOSPITAL
BATISTA
MEMORIAL

"MEDICIN: TOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Rua Prof. Dias da Fochô, 503 - Aldeota - CEP 60.140-100 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

10/05/2018/13

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: <u>Chiete Felix de Jesus</u>		ENFERMARIA/LEITO <u>4022</u>	CONVÊNIO: <u>SAUD</u>	NO PRONTUÁRIO
DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		MUDANÇA DE DECUBITO	GLICEMIA CAPILAR
	MANHÃ	TARDE		
	OM 3.00h paciente, 15/05/2018, em 26.07-16 p.m.			
26	E.S. femino ef. 1 ^o dia de intern. em 26.07-16 p.m.			
27	mioc de TRM. Eclisi. 2 ^o dia de intern. em 27.07-16 p.m.			
26	concente. em estado 3 ^o dia de intern. em 26.07-16 p.m.			
26	26/07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	co em 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	expansão estado de 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	ta + med com 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	verdade com 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	use palmatória 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	que não há 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	1.00h de intern. 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	diagnóstico 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	custante + 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	sequência 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	de enfermagem 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	PA 26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			
	26.07/2018, paciente em 26.07-16 p.m.			

medicina e amor cristão cuidando de você

Av. Padre Antônio Tomás 2056 - Aldeota - CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará - Fone: (085)3224.5417

SERVICÓ DE NEUROCIURGIA

NOME: FELIPE FLEX DE SOUZA

LEITO: 4022

24/07/2016

HORARIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.
- 11.
- 12.
- 13.
- 14.

DIETA BRANDA

JELCO SALTINIZADO

PROFENID 100MG + 100MG 5XEV 2XDIA

ANTAR 150MG VO 2XDIA

TYLEX 30MG VO SOS

OLEO AMIGDAL 20MG VO 2XDIA

SUB

NO

26

26

NO

26

Ellycio

Antonio Gomes
CRM 2858

tecnologia e apoio cristão cuidando de você

Av. Padre Antônio Tomás 2056 - Aldeota - CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVICÓ DE NEUROCIURGIA

NO ME: ELIETE FERNANDES SILVA

LEITO: 4022

28/07/2016

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA BRANDA SND

1. DIETA BRANDA

2. IELCO SALINIZADO

3. PROFENID 100MG 100MG SE EV 2X/DIA

4. ANTAK 150MG VO 2X/DIA

5. TYLEX 30MG VO 50S

6. GLEFO 400MG VO 2X/DIA

SND

2x6

18
SND

18

2x6

2x6

2x6

Eliete

Antônio Gomes
CRM 2859

reunida e autorizada contendo de você

Av. Padre Antônio Tomás 2056 – Aldeota – CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVICIO DE NEUROCIRURGIA

NOME: ELIETE FELIZ DE SOUZA

LEITO: 4022

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORARIO
1.	DIETA BRANCA	SUP
2.	LEICO SALINIZADO	manha
3.	PROFENO 100MG 100MSE IV 2X/DIA	18 <u>08</u>
4.	ANTAR 150MG VO 2X/DIA	18 <u>04</u>
5.	EXLEX 30MG VO 5DS	SN <u>04</u>
6.	OLEO MINERAL 20ML VO 2X/DIA	HT

Dr. Sulliano de Oliveira
Especialista em
Neurocirurgia
CRM-CE-44006

Antonio Gomes
CRM-2859

19/07/2016



CLÍNICA E AMOR CRISTÃO CUIDANDE DO DOENTE.
Rua: Prof. Elias da Rocha, 1530, Aldeota, CEP: 60140-160, Fortaleza - Ceará
Telefone e Fax: (85) 3224.5417 / 3261.1849

IE: ELIETE FELIX DE SOUSA

DATA: 30/08/2016
LEITO: 4022
CONVÊNIO: SUS
PRONT: 174239

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA : BRANDA

FISIOTERAPIA R e M 2X DIA, ACM

OXIGENOTERAPIA:

JELCO

VALIUM 10 MG VO A NOITE SOS

Captopril 25 mg. Até de 8 / 8 horas

Captopril 25 mg SL se PAS > 180 mmhg e PAD > 110 mmhg. A.T.T !!

DIPIRONA 2/18ML AD EV. ATÉ 6/6HS (SE FEBRE OU DOR)

TRAMAL 100MG+100ML SF EV 8/8HORAS ACM

PLAMET 2/18ML AD EV ATÉ 8/8HS (SE NÁUSEAS OU VÔMITOS)

PROFENID 100MG + 100 ML SF EV 2 X DIA

TYLEX 30MG VO SOS

CURATIVO

ANTAK 150 MG VO 2X DIA

OLFO MENERAL 20 ML VO 2X DIA

SND

ACM

ACM

SN

SN

SN

SN

SN

ACM

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

SN

Dr. Armando F. Silva Neto
Cirurgião Geral
10/08/2016



MEDIC
DOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ
 Rua Prof. Dias da Rocha, 1330 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
 Fone: (85) 3724.5417 - Fax: (85) 3761.1846

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

OME DO PACIENTE:	DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
Lailton Moraes Duarte	20/08/2018				4022	SUS	174039
RELATORIO DE ENFERMAGEM							
							GLICEMIA CAPILAR
							HIGIENE ORAL
							MUDANÇA DE DECÚBITO
							CURATIVO
Característica da Ferida:							
a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca							
() Hiperemiada							
b - () Úlcera () estágio I () estágio II							
() estágio III () estágio IV							
c - () Exudato seroso							
() Exudato serosanguinolento							
() Exudato sanguinolento							
() Exudato purulento							
d - () Tecido de granulação							
ASS:		ASS:	ASS:	ASS:			



"DICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ."
Rua: Prof. Dias da Rocha, 1530, Aldeota, CEP: 60140-160, Fortaleza - Ceará
Telefone e Fax: (85) 3224.5417 / 3261.1849

IE: ELIETE FELIX DE SOUSA	DATA: 21.07.16	LEITO: 4022	CONVÊNIO: SUS	PRONT: 174239
----------------------------------	-----------------------	--------------------	----------------------	----------------------

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DIETA: BRANDA				
FISIOTERAPIA R e M 2X DIA				
OXIGENOTERAPIA:				
VALIUM 10MG VO A NOITE				
RANITIDINA 150MG VO 12/12HORAS				
Captopril 25 mg. Até de 8 / 8 horas				
Captopril 25 mg. SE se PAS > 180 mmHg e PAD > 110 mmHg - ATT 2				
DIPIRONA 2/18ML AD EV. ATÉ 6/6HS (SE FEBRE OU DOR)				
TRAMAL 100MG + 100ML 5F EV 8/8HORAS ACM				
PLAMET 2/18ML AD EV ATÉ 8/8HS (SE NÁUSEAS OU VÔMITOS)				
PROFENID 100MG + 100 ML 5F EV 2X DIA				
TYLEX 30MG VO SOS				
OLEO MINERAL 20ML VO 2X DIA				
CURATIVO				
JELCO				

Das Jurestas J. G. G. (Ingen)
Cláudia M. S. (Ingen)
SUS 4022

fls. 98
Alexsandro Nicolau
Enfermeiro
CORREN: CP. 389-708

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO		
16/07/2018	Diagnóstico: Etila Felix de Souza 20 anos em 11/04/2018	05:45 às 15:00 T.T.O de 100,8°C E.V.C.		SUS	111339
		Tec. evoluiu com melhora da consciência, porém ainda com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência			
		Ata bucal, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência			
		Ata bucal, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência			
		Ata bucal, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência			
		Ata bucal, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência			
		Ata bucal, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência			
		Ata bucal, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência			
		Ata bucal, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência			
		Ata bucal, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência, com alteração de nível de consciência			

Alma Gabriela Medeiros
 Enfermeira
 COREN CE 389.788

CURATIVO

Característica da Ferida:
 a- () Incisão cirúrgica () limpa e seca
 () Hiperemada
 b- () Úlcera () estágio I () estágio II
 () estágio III () estágio IV
 c- () Exudato seroso
 () Exudato serosanguinolento
 () Exudato sanguinolento
 () Exudato purulento
 d- () Tecido de granulação

"Medicina e amor cristão cuidando de você"

Av. Padre Antônio Tomás 2056 – Aldeota – CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVICÓ DE NEUROCIURGIA

NOME: *Elton Fernando Gomes*

LEITO: *4-32*

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

01/08/2010

SND

ATT

~~OR~~

~~AR~~ ~~OC~~

SND

~~AR~~ ~~OC~~

Leitura da prescrição ()

DIETA BRANDA

FEIJO SEM ALIADO

PROF. DR. ANTONIO TOMÁS - CRM 2056 - SP - IV 2X/DIA

COMPRIM. 45MG 4007X/DIA

PREL. 25MG VO 5X5

QUEL. 1000 - BAE 2004 - 4002X/DIA

[Signature]
Antonio Gomes
CRM 2059

MEDICINA E IR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ
Rue Prof. Dias da Rocha, 1530 - Aldeota - CEP 60.140-160 - Fortaleza - Ceará - CE
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

HOSPITAL
BAPTISTA
MEMORIAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			CONVÊNIO: 005	Nº PRONTUÁRIO
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO		
08/08	<p>19:20 chegada em UIC com exames de laboratório e exames de imagem. Tratamento com antibióticos e analgésicos. O paciente apresenta boa evolução com melhora dos sintomas. O tratamento está sendo mantido. O paciente apresenta boa evolução com melhora dos sintomas. O tratamento está sendo mantido.</p>	<p>19:20 chegada em UIC com exames de laboratório e exames de imagem. Tratamento com antibióticos e analgésicos. O paciente apresenta boa evolução com melhora dos sintomas. O tratamento está sendo mantido.</p>	<p>01-08-16, 16h-18h. Paciente em repouso, boa evolução com melhora dos sintomas. O tratamento está sendo mantido.</p>	005	
					HIGIENE ORAL
					MUDANÇA DE DECÚBITO
					CURATIVO
					Característica da Ferida: a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca () Hiperemiada b - () Úlcera () estágio I () estágio II () estágio III () estágio IV c - () Exudato seroso () Exudato serosanguinolento () Exudato sanguinolento () Exudato purulento d - () Tecido de granulação () Tecido necrótico () Fibrina
				ASS:	ASS:

"Medicina é amor e fé, não euclando de você"

Av. Padre Antônio Tomás 2056 - Aldeota - CEP 60.140-160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVICÇO DE NEUROCIRURGIA

LEITO: 4022

NOME: *Felipe Frazão Gomes*

	DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
1	02/08/2016	DIETA BRANCA	SND
2		LEITO VAGABUNDO	SND
3		PROF. VITÓR GOMES LAILTON MORAES DUARTE	08
4		ALMOÇO: CUBO DE ZABIA	06
5		LEITO VAGABUNDO	SND
6		DIETA BRANCA	08

Antonio Gomes
CRM 2859

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

OME DO PACIENTE:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	GLICEMIA CAPILAR
	Paciente alerta. Diet em PAC. Prezada 200ml. (L.S.) contatada, sem febre. Tratado de TKM (100mg 15 PM)	Exame físico: Sinais vitais: PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98% Verbaquão supilar. Febre não mais presente. Sinais vitais: PA: 110/70, FC: 85, TA: 90, FR: 16, SPO2: 98%. Cuidados de rotina para prevenção de infecção. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.		M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-
	PA: 120/80, FC: 88, TA: 92, FR: 18, SPO2: 98%. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia. + med. prescritas: Aciclovir 800mg 4x/dia, Metformina 850mg 2x/dia, Clonazepam 1mg 1x/dia, Alopurinol 300mg 2x/dia, Aspirina 100mg 1x/dia.			M-

"Medicina e amor cristão cuidando de você"

Av. Padre Antônio Tomás 2056 – Aldeota – CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVICÓ DE NEUROCIURURGIA

NOME: ÉLIZETE FERREIRA SOUSA

LEITO: 1001

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

03/04/2016

	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
1	DIETA BRANCA	5h30
2	SUICÓ 500 MG/200	5h
3	PROFUMO ITRONIO 100ML SF LV 2X/DIA	5h30
4	ALGUM. 1000 MG/200	06
5	MILFONIDA 500	5h
6	QUELON 1000 MG/200 2X/DIA	5h30

Antonio Góes
CRM 2859

MEDICINA, DR. CRISTIANO CUIDANDO DE VOCÊ.
Rua Prof. Dias da Rocha, 1330 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone: (85) 3224.5417 - Fax: (85) 3261.1846

HOSPITAL
BATISTA
MEMORIAL

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO					
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO							
3/08/16	08:30 Recebido em 110 clínico de TRR. Evolução continua. Examinado tórax, abdome e membros superiores. Vítimas de queimadura. Examinado tórax e abdome. Vítimas de queimadura. Examinado tórax e abdome. Vítimas de queimadura. Examinado tórax e abdome. Vítimas de queimadura.	TRR em 110 clínico de TRR. Evolução continua. Examinado tórax, abdome e membros superiores. Vítimas de queimadura. Examinado tórax e abdome. Vítimas de queimadura. Examinado tórax e abdome. Vítimas de queimadura. Examinado tórax e abdome. Vítimas de queimadura.	M- TRR em 110 clínico de TRR. Evolução continua. Examinado tórax, abdome e membros superiores. Vítimas de queimadura. Examinado tórax e abdome. Vítimas de queimadura. Examinado tórax e abdome. Vítimas de queimadura. Examinado tórax e abdome. Vítimas de queimadura.							

GLICEMIA CAPILAR

HIGIENE ORAL

MUDANÇA DE DECÚBITO

CURATIVO

Característica da Ferida:

a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca
() hiperemiada

b - () Úlcera () estágio I () estágio II
() estágio III () estágio IV

c - () Exudato seroso
() Exudato serosanguinolento
() Exudato sanguinolento
() Exudato purulento

d - () Tecido de granulação
() Tecido necrótico () Fibrina

Ass: _____ COREN: _____

Ass: _____ COREN: _____

Ass: _____ COREN: _____

Ass: _____ COREN: _____

Ass: _____ COREN: _____

Ass: _____ COREN: _____

Ass: _____ COREN: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfces.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C50.

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
07/07	16	Atendimento realizado Ata do Conselho Reunião com a família e Conselho
08/07	16	Atendimento realizado Ata do Conselho Reunião com a família e Conselho
09/07	16	Atendimento realizado Ata do Conselho Reunião com a família e Conselho
10/07	16	Atendimento realizado Ata do Conselho Reunião com a família e Conselho
11/07	16	Atendimento realizado Ata do Conselho Reunião com a família e Conselho
12/07	16	Atendimento realizado Ata do Conselho Reunião com a família e Conselho

Nome: _____

Apto./Leito: _____

Conv.: _____

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
22/07/16		NO ambulatório e prescrição A
23/07/16		ANÁLISE DE S ALTA D PROBLEMA M C ALTA após prescrição A
24/07/16		MURRIS guelmas presc A
25/07/16		DE Colonne Aoyol = beta MURRIS guelmas presc A ALTA HC, G, U, C. presc A
26/07/16		ALTA D ALTA após prescrição A
27/07/16		MURRIS guelmas presc A
28/07/16		ALTA D ALTA após presc A

NOME:

[Handwritten signature]

APTO./LEITO: _____

CONV.: _____



Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32537409 - FAX: 85 - 32536356 / 32537409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secel.com.br

DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **ELIETE FELIX DE SOUSA**
Mãe: **OTACILIA ELVIRA DE ALENCA**
DN: **09/10/1955**
Sexo: **Feminino**
Médico Dr(a): **HERCILIO RIBEIRO**

RG:
Atendimento: **4168-09**
Data Entrada: **27/07/2016**
Convênio: **HBMSUS**
Impressão: **27/07/2016 14:24:39**

Nota: **4022**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Materiais: Sangue Total
HEMOGRAMA COMPLETO

Data coleta: 27/07/2016 08:39:00

Hemácias.....: 4,68 milhões/mm³
Hemoglobina.....: 14,5 g/dL
Hematócrito.....: 43,3 %
 M.....: 92,5 fL
 CM.....: 31 pg
CHCM.....: 33,5 g/dL
RDW.....: 12,5 %

Valores de referência:
1,9 a 5,3 milhões/mm³
12,0 a 16,0 g/dL
37 a 48 %
80 a 100 fL
27 a 33 pg
32 a 36 g/dL
11 a 14,5 %

	Valores Relativos:	Valores Absolutos:			
Leucócitos totais.....		9.650	/mm ³		3.500 a 11.000/mm ³
Blastos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Mieloblastos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Trombocitos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Mielócitos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Metamielócitos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Neutrófilo Bastões.....	0 %	0	/mm ³	0 a 5 %	0 a 410 /mm ³
Neutrófilo Segmentados.....	49,5 %	4776	/mm ³	40 a 78 %	1700 a 9200 /mm ³
Eosinófilos.....	3,1 %	299	/mm ³	1 a 5 %	20 a 500 /mm ³
Linfócitos.....	41,1 %	3968	/mm ³	20 a 50 %	1000 a 4500 /mm ³
Linfócitos atípicos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Basófilos.....	0,4 %	38	/mm ³	0 a 2 %	0 a 200 /mm ³
Monócitos.....	5,9 %	569	/mm ³	2 a 10 %	100 a 1000 /mm ³
Plaquetas.....		428.000	/mm ³		150.000 a 450.000/mm ³

Obs:
- médias normocíticas e normocrômicas.
- Plaquetas morfológicamente normais.
- Leucócitos morfológicamente normais.

Método.: Automatizado - ADVIA 120 ou ADVIA 2120
Liberado por: ROSSON CRAVES MOREIRA

Data de liberação: 27/07/2016 10:14

Dr. Rossion Craves Moreira
CRM-CE: 4334



Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
PABX: 85 - 32212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536156 / 32532409
(URL) www.laboratoriodr.edilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@seccel.com.br

DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente:	ELIETE FELIX DE SOUSA	RG:	
Mãe:	OTACILIA ELVIRA DE ALENCA	Atendimento:	4168-09
DN:	09/10/1955	Data Entrada:	27/07/2016
Sexo:	Feminino	Cólera:	HBMSUS
Médico Dr(a):	HERCILIO RIBEIRO	Impressão:	27/07/2016 14:24:39
Leito:			

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Plasma Fluoretado

Data coleta: 27/07/2016

GLICOSE

88 mg/dL

Valores de referência:

Valores Normais ou Recomendados:

Glicose no soro (jejum de 8 horas)

emsturo: 20 a 60 mg/dL

< 1 dia: 40 a 60 mg/dL

> 1 dia: 50 a 80 mg/dL

Crianças e Adultos: 60 a 99 mg/dL

100 a 125 mg/dL - Glicose de jejum alterada

> ou = 126 mg/dL - Provável Diabetes Mellitus

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação

Método.: Gas - trinder - Automatizado LABMAX 240

Data de liberação: 27/07/2016 10:51

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Material: Soro

Data coleta: 27/07/2016 08:15:00

CREATININA

0,40 mg/dL

Valores de referência:

Recém-nascido: 0,31 - 0,92 mg/dL

7 semanas - 1 ano: 0,16 - 0,39 mg/dL

1 - < 3 anos: 0,27 - 0,35 mg/dL

3 - < 5 anos: 0,26 - 0,42 mg/dL

5 - < 7 anos: 0,25 - 0,48 mg/dL

7 - < 9 anos: 0,34 - 0,55 mg/dL

< 11 anos: 0,42 - 0,64 mg/dL

< 13 anos: 0,42 - 0,71 mg/dL

13 - < 15 anos: 0,46 - 0,91 mg/dL

Adulto (mulheres): 0,53 - 1,00 mg/dL

Adulto (homens): 0,70 - 1,20 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação

Método.: Clássico de dois pontos - Automatizado LABMAX 240

Data de liberação: 27/07/2016 10:51

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA


 Dr. Robson Chaves Moreira
 CRF-CE 4834



Laboratório de Patologia Dr. Edilson Gurgel

Rua Dr. João Moreira, 344 - Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
P.BOX: 85 432212800 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536456 / 32532409
(URL) www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br

DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SA / CRM 7513

Paciente:	ELIETE FELIX DE SOUSA	RG:	
Mãe:	OTACILIA ELVIRA DE ALENCA	Atendimento:	4168-09
DN:	09/10/1955	Data Entrada:	27/07/2016
Sexo:	Feminino	Convênio:	HBMSUS
Méico Dir(a):	HERCILIO RIBEIRO	Impressão:	27/07/2016 14:24:38
Lado:			

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Sangue COAGULOGRAMA

Data coleta: 27/07/2016 08:13

TEMPO DE COAGULAÇÃO.....:	5:00 minutos/segundos	Valores de Referência:
TEMPO DE SANGRIA.....:	1:30 minutos/segundos	(5:00 - 8:00)
PROVA DO LAÇO.....:	NEGATIVO	(1:00 - 3:00)
		(NEGATIVO)

Obs: estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Liberado por: MAYANE BEZERRA SALES PEREIRA

Data de liberação: 27/07/2016 13:55


 Dr. Mayane Bezerra Sales Pereira
 CRM/CE 4872

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C50.



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



Município de
Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Paciente: ELIETE FELIX DE SOUSA		ID Paciente: 5456647
Data de Nascimento: 09/10/1955	Idade: 60 anos	Sexo: F
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 21/07/2016
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice, sem uso de contraste venoso, com imagens processadas e analisadas em workstation.

Fratura/achatamento do corpo vertebral de T12, com componente ósseo no interior do canal vertebral.

Sinais de osteoporose.

DR. CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 9404



HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PAGINA: 1 / 1
DATA: 04/08/2016
HORA: 15:04:31

22107/16

Aih Subsequente

Prontuário 174505, Atendimento 19110, Reserva/Guia *12600041006*
Date 04/08/2016 Hora 06:00

Paciente ELIETE FELIX DE SOUSA [CPF:]
Sexo Est. Civil F Solteiro Dt Nasc. 08/10/1955 Telefone 987834905 R.G. 96089180110 Codigo CNS 701102308121080
Endereço APOSTIDES PEREIRA CAMPOS
Bairro PARQUE SANTO ANTONIO
Nome da Mãe OTACILIA ELVIRA POLICARPO
Responsável ELIETE FELIX DE SOUSA
Endereço APOSTIDES PEREIRA CAMPOS
Bairro PARQUE SANTO ANTONIO
Cidade ITAITINGA (PACATUBA)
Cep 51650000
Telefone 987834905

Médico Atendente ANTONIO DOMINGOS FILHO [CRM: 2859] [CPF: 5758254304]
Médico Acompanhante ANTONIO GOMES FILHO [CRM: 2859] [CPF: 5758254304]
Procedimento 408030275 - ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRES NIVEIS
Setor 012401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 S U B
Convênio 012401
Acomodação POSTO: 010217 - POSTO IV - ENFERMARIA: 102177 - ENFERMARIA 408 - LEITO: 22 / ENF 422
Data min. para alta - 04/08/2016 Data max. para alta - 11/08/2016 Atendente - JESSICA BRUNO ALVES DO CARMO

Resumo de Tratamento
Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 04/08/2016 Data alta 11/08/16
Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão 06:00 Hora alta 19:20:45
Alta.....: Curado.....: [] Melhorado.....: [] Inalterado.....: [] Clínica.: Médica..... []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica..... []
Transferido...: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica... []

Diagnóstico:
Internação: TIAM dorsal
Definitivo...: Fratura de
Histórico: Até não realizado o estudo para o estudo e tratamento com base em exames e exames laboratoriais de controle

Alta - 1 Raio X: [] Simple [] C/Contraste
Perm - 2
Transf - 3
Óbito - 4
Utl Entrada 04.08.16 17:40 hr Saída 05.08.16 09:30 hr
Caract. Trat. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Motivo [] Sangue...: [] Rh...: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERIDICOS.

Assinatura do Paciente

HOSPITAL B...
CPF: 07.283.000/0001 - 34

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C52

SUBSEQUENTE

Fortaleza

Atm: 031610157466

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIEMTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
2 - NOME DO ESTABELECIEMTO EXECUTANTE: HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE: ELIETH FÉLIX DE SOUSA
4 - SEXO: MASCULINO
5 - IDADE: 63 ANOS
6 - DATA NASCIMENTO: 10/05/1954
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):
8 - NOME DA MÃE:
9 - NOME DO RESPONSÁVEL:
10 - ENDEREÇO DO PACIENTE:
11 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA:
12 - CÓD. IBGE - MUNICÍPIO:

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

REF COM QUEIXA DE QUEDA COM DOR E DEBILIDADE LOMBAR, ASSIA E PARAPARESIA MLD, DISTÚRBIO DE EQUILIBRIO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EXAME - CT COLUNA LOMBAR
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TRM LOMBAR

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: ARTRODESE DE COLUNA LOMBAR

25 - CLÍNICA: NEURO
26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EXERC.
27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: ANTONIO GOMES
28 - DATA SOLICITAÇÃO: 04.05.19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

29 -) ACIDENTE DE TRÂNSITO
30 -) ACIDENTE TRABALHO TIPO A
31 -) ACIDENTE TRABALHO TIPO B
32 -) ACIDENTE TRABALHO TIPO C
33 -) ACIDENTE TRABALHO TIPO D

34 - VEÍCULO COM A PREVISÃO:
35 - EMPREGADO (EMPREGADOR) / AUTÔNOMO / DESEMPREGADO / ARRETIADO / NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:
37 - CARGO DO PROFISSIONAL:
38 - DOCUMENTO:
39 - Nº DOCUMENTO (CNS, CP, ID, TRUF, NOME, AUTORIZAÇÃO)
40 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:
41 - ASSINATURA (CARIMBO E RUBRICA DO CONSULTOR)

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

Antonio Gomes
Neurologista
CRM 2858

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1CS2

HOSPITAL BAPTISTA MEMORIAL

"Medicina e amor cristão cuidando de você"

Av. Padre Antônio Tomás 2056 - Aldeota - CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME: ELIETE FELIX DE SOUSA

LEITO: 4122

7004

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

04/08/16

1	DIETA BRANDA, dieta zero	SND	()	()
2	FILCO SALINIZADO SF 2000 100ML BV SN 500 (18.45)	DE	()	()
3	PROFEN D 100MG+100ML SF EV 2XDIA	DE	()	()
4	ANTAL 150MG VO 2XDIA	DE	()	()
5	TYLEX 30MG VO SOS	DE	()	()
6	OLEO MINERAL 20ML VO 2XDIA	DE	()	()
7	Roxerfina 9 BV 24/24h	DE	()	()
8	Rapronone 20ml	DE 6/6h 24	()	()
9	T. NEMURAL 200mg + 200mg	DE 1800	()	()
10	SF BV 121 (2L)	DE 1000	()	()
11	M.C + OP	DE 1000	()	()
12				
13				

Magrid Kopylov de Sousa
Enfermeira Intensiva
COREN-CE 413609

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:	DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
		MANHÃ	TARDE			
						GLICEMIA CAPILAR:
						HIGIENE ORAL
						MUDANÇA DE DECÚBITO
						CURATIVO
						Característica da Ferida:
						a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca
						b - () Úlcera () estágio I () estágio II () estágio III () estágio IV
						c - () Exudato seroso () Exudato serosangüinolento () Exudato sanguinolento () Exudato purulento
						d - () Tecido de granulação () Tecido necrótico () Fibrina
						Ass:
						COREN:
						COREN:



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CU "DE VULGÊ."
 Prof. Dr. José de Fátima, 1530, Aldeota, CEP: 50140-160, Fortaleza - Ceará
 Telefone e Fax: (85) 3224-5417 / 3261-1845

E: ELIETE FELIX DE SOUSA

DATA: 05 08 2016 LEITO: 2004 CONVÊNIO: SUS PRONT: 174239

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DIETA: BRANDA

FISIOTERAPIA R e M 2X DIA

OXIGENOTERAPIA:

IV, SF 0,9% 2000 ml EV 25ML/H

Rocefin 2g + 100ml SF 0,9% EV de 24 / 24 horas hs. D2.

VALIUM 10MG VO A NOITE

RANITIDINA 150MG VO 12/12HORAS

Captopril 25 mg. Até de 8 : 8 horas

Captopril 25 mg SL se PAS > 180 mmhg e PAD > 110 mmhg ATT II

DIPYRONA 2/18ML AD EV ATÉ 6/6HS (SE FEBRE OU DOR)

FRAMAL 100MG - 100ML SF EV 8/8HORAS ACM

PLAMET 2/18ML AD EV ATÉ 8/8HS (SE NÁUSEAS OU VÔMITOS)

PROFENID 100MG + 100 ML SF EV 2X DIA

OLEO MINERAL 20ML VO 2X DIA

Curativo com SF 09% (100) 1 X ao dia ou Q/N

TYLEX 30MG VO SOS

SSVV

JELCO

TRANSFERIR PARA ENFERMARIA

SND

M T

Ligado () Desligado ()

500 (08:00) 500 (19:00) 500 (06) 500 () 500 ()

(10) (14) (22) (22) (22) (22)

S/N S/N S/N S/N S/N S/N

ACM ACM ACM ACM ACM ACM

ATT ATT ATT ATT ATT ATT

S/N S/N S/N S/N S/N S/N

(08:00) (19:00) (06) () () ()

(10) (14) (22) (22) (22) (22)

S/N S/N S/N S/N S/N S/N

ACM ACM ACM ACM ACM ACM

ATT ATT ATT ATT ATT ATT

S/N S/N S/N S/N S/N S/N

(08:00) (19:00) (06) () () ()

(10) (14) (22) (22) (22) (22)

S/N S/N S/N S/N S/N S/N

ACM ACM ACM ACM ACM ACM

ATT ATT ATT ATT ATT ATT

S/N S/N S/N S/N S/N S/N

(08:00) (19:00) (06) () () ()

(10) (14) (22) (22) (22) (22)

S/N S/N S/N S/N S/N S/N

ACM ACM ACM ACM ACM ACM

ATT ATT ATT ATT ATT ATT

S/N S/N S/N S/N S/N S/N

Jose Roberto Torres Silva
 Enfermeiro
 CREA nº 14714

Prontuário para transferência
 ()

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
	MANHÃ	TARDE			
CRISTIANE	05/08/2018	05-08-11h	05-08-11h	M-1	
					GLICEMIA CAPILAR
					HIGIENE ORAL
					MUDANÇA DE DECÚBITO
					CURATIVO
					Característica da Ferida:
					a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca () Hiperemiada
					b - () Úlcera () estágio I () estágio II () estágio III () estágio IV
					c - () Exudato seroso () Exudato serossanguinolento () Exudato sanguinolento () Exudato purulento d - () Tecido de granulação () Tecido necrótico () Fibrina
					Ass:
					COREN:
					COREN:

José Roberto Lopes Silva
 Enfermeiro
 COREN/CE 117

Admissão no ponto de enfermagem da UTI - paciente de conduta e não PI. HV em estado no MSE. Assiste por SOT e S- que não conduta de

COREN: *[assinatura]*

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"Medicina e amor cristão cuidando de você"

Av. Padre Antônio Tomás 2056 - Aldeota - CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME : EMIETE FELIX DE SOUSA

LEITO : 2002

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
1	DIETA BRANDA	3:00
2	JEICO SALINIZADO	12:00 18:00
3	PROFENID 100MG+100ML SE EV 2XDIA	35 46
4	ANTAK 150MG VO 2XDIA	5:00
5	TYLEX 300MG VO SOS	18
6	ÓLEO MINERAL 20ML VO 2XDIA	12
7	<i>Curativo</i>	
8		
9		
10		
11		
12		
13		

[Signature]
 Alexandre M. ...
 COBEN - CE. 358.708

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: DATA	RELATORIO DE ENFERMAGEM				CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	ENFERMARIA/LEITO		
06/05/16 07:50 PM	07:50 PM - paciente arterial sem Evoluções comparadas de, orientados, de amarras deglutir de dependente me duto, aféris memorandos, de ta dinta + medi Carga operacional PA = 32,0 x 80 mmHg AVP em ASE em T = 36,3°C	08:50 PM - paciente arterial sem Evoluções comparadas de, orientados, de amarras deglutir de dependente me duto, aféris memorandos, de ta dinta + medi Carga operacional PA = 32,0 x 80 mmHg AVP em ASE em T = 36,3°C	08:50 PM - paciente arterial sem Evoluções comparadas de, orientados, de amarras deglutir de dependente me duto, aféris memorandos, de ta dinta + medi Carga operacional PA = 32,0 x 80 mmHg AVP em ASE em T = 36,3°C	M- T- N- M- T- N- M- T- N-		

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C52

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"Medicina e amor cristão cuidando de você"

Av. Padre Antônio Tomás 2056 – Aldeota – CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME : ELIETE FELIX DE SOUSA

LEITO: 4022

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA

07/08/2018

DIETA BRANDA

SN

JELCO SALINIZADO

SN

PROFENO 100MG + 100ML SF EV 2XDIA

SN

ANTAK 150MG VO 2XDIA

SN

TMLEX 30MG VO SOS

SN

OLEO MINERAL 20ML VO 2XDIA

SN

Elisete Felix de Sousa
Médica
CREMESP 12133

Jaúlio Vilhote A. B. Lima
Médico
CREMESP 12133

[Signature]

[Signature]

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"Medicina e amor cristão cuidando de você"

Av. Padre Antônio Fomás 2056 - Aldeota - CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME : ELIETE FELIX DE SOUSA

LEITO : 4022

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
08/08/16	DIETA BRANDA	
2.	JEJUNO SALINIZADO	SND
3.	PROFENID 100MG+100ML SF EV 2X/DIA	03.
4.	AMTAK 150MG VO 2X/DIA	06.
5.	TYLEX 30MG VO SOS	SND
6.	OLEO MINERAL 20ML VO 2X/DIA	08. 06
7.	RETICAC SVD	(OK)
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		

Antônio
 Dra. Antonella H. Bayde Weyne
 Clínica Médica
 CREMEC 4070

Fundo *med* *Weyne*

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO
	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
	NOME DO PACIENTE: <u>Eliete Felix de Sousa</u>				
	ENFERMARIA/LEITO <u>123</u>				
					GLICEMIA CAPILAR
					HIGIENE ORAL
					MUDANÇA DE DECÚBITO
					CURATIVO
					Característica da Ferida:
					a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca
					() Hiperemiada
					b - () Úlcera () estágio I () estágio II
					() estágio III () estágio IV
					c - () Exudato seroso
					() Exudato serosanguinolento
					() Exudato sanguinolento
					() Exudato purulento
					d - () Tecido de granulação
					() Tecido necrótico () fibrina
					Ass:
					COREN:
					Ass:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:
					COREN:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"Medicina e amor cristão cuidando de você"

Av. Padre Antônio Tomás 2056 - Aldeota - CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME : ELIETE FELIX DE SOUSA

LEITO: 4032

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
09/08/16	DIETA BRANDA	SND
1.	JELCO SALINIZADO	SN
2.	PROFENID 100MG+100M. 5F EV 2XDIA	20F 08F
3.	ANTAK 150MG VO 2XDIA	18 06
4.	TYLEX 30MG VO SOS	SN 20/15 07/06
5.	OLEO MINERAL 20ML VO 2XDIA	18 06
6.	TONOTENSIO	18 A
7.	FANSIN M	M A
8.		M A
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		


 Antonio Gomes
 Neurocirurgia
 CRM 2859

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE: <i>Évete Telino de Sousa</i>	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		ENFERMARIA/LEITO <i>402</i>	CONVÊNIO: <i>SUS</i>	GLICEMIA CAPILAR
	MANHÃ	TARDE			
<i>04</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>05</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>06</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>07</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>08</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>09</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>10</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>11</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>12</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>13</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>14</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>15</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>16</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>17</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>18</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>19</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>20</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>21</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>22</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>23</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>24</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>25</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>26</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>27</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>28</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>29</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>30</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>31</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>32</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>33</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>34</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>35</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>36</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>37</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>38</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>39</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>40</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>41</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>42</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>43</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>44</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>45</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>46</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>47</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-
<i>48</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		N-
<i>49</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		M-
<i>50</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>	<i>Atendimentos com insucesso</i>		T-

CURATIVO

Característica da Ferida:

a - () Indício cirúrgica () limpa e seca
() Hiperemiada

b - () Úlcera () estágio I () estágio II
() estágio III () estágio IV

c - () Exudato seroso
() Exudato serosanguinolento
() Exudato sanguinolento
() Exudato purulento

d - () Tecido de granulação
() Tecido necrótico () Fibrina

ASS: _____ COREN: _____

Av. Padre Antônio Tomás 2056 - Aldeota - CEP 60.140-160 Fortaleza - Ceará Fone: (085) 3224.5417

LEITO: 10212

SERVIÇO DE NEUROLOGIA

NOME: ELITE FERRAZ

AG/07/2016	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
1	DIETA BRANCA	SND
2	FLUXO SALIVAR	SN
3	PROLACTINA 1000Ug - 130ML SF EV 2X DIA	+20:00 08 ^h
4	ANALISA SANGUE VO ZADIA	18 06
5	TYLIDORIM VO 500S	SN 17:12 (31/05)
6	OLEO MAN. BAL 70ML VO ZADIA	18 06
7	XXXXXXXXXX	18
8	Ferraz Mariana	18
9		
10		
11		
12		
13		
14		

El. Ferraz
305020


Antonio Gomes
CRM 2859

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MEM DO PACIENTE:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	ENFERMARIA/LEITO	CONVÊNIO:	Nº PRONTUÁRIO	
10/08/16 08:00	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	GLICEMIA CAPILAR	
10/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
11/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
12/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
13/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
14/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
15/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
16/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
17/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
18/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
19/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
20/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
21/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
22/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
23/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
24/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
25/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
26/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
27/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
28/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
29/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
30/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					
31/08/16 08:00 horas em por separativa de antecabeça de nao humer e crax. Evoluç reente quita do, malaligo de diambito nab. acita autat med. apendi da. hi quemgada, la Nho par 1 nao + tuca de luves el ant retilo ad int Prnacim. Bil mnacis pois. 20x60 @ 34 nos curiadas pa 5ml PA: 110x80 mmHg T: 36					

SERVICO DE NEUROCIRURGIA

NOME: *ELIETE FORTALEZA*

LEITO: *1022*

NUMERO	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
1	GUATA ELÁSTICA	SND
2	ELICO-SALICILADO	5N
3	PROFENOL-100MG - PROMESF-UV 2X0A	20
4	ANLÁS-DICLOFENAC-VOL 2X0A	18.
5	TYLX-500MG-VOL 505	5N
6	OLICORONAL 20M-VOL 2X0A	18.

Renato

Antonio Gomes
CRM 2859

ALTA MARC 1906

Ex-ate

Antonio Gomes
CRM 2859

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		CONVENIO:	Nº PRONTUÁRIO
	MANHÃ	TARDE		
11/03	<p>paciente em estado de inconsciência por choque séptico. Despertou após administração de antídoto de A. a. e recebeu 2 doses de insulina g. com monitorização de glicemia capilar. Higiene oral realizada.</p> <p>PA: 20x88mmHg T: 36,2°C</p> <p>Exadato seroso e purulento em curativo.</p>	<p>Exadato seroso e purulento em curativo. Higiene oral realizada.</p> <p>PA: 20x88mmHg T: 36,2°C</p> <p>Exadato seroso e purulento em curativo.</p>	M-	GLICEMIA CAPILAR
			M-	HIGIENE ORAL
			T-	MUDANÇA DE DECÚBITO
			N-	
			M-	
			T-	
			N-	
				CURATIVO
				Característica da Fenda: a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca () Hiperemiada b - () Úlcera () estágio I () estágio II () estágio III () estágio IV c - () Exudato seroso () Exudato serosanguinolento () Exudato sanguinolento () Exudato purulento d - () Tecido de granulação () Tecido necrótico () Fibrina
				ASS: _____
				COREN: _____
				ASS: _____
				COREN: _____

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
 Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
 Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

HOSPITAL
BATISTA
 MEMORIAL

DATA	IIORA	•EVOLUÇÃO•
04/08/16		Amoço 15 31 A E Nome do doente: <i>[illegible]</i> J. S. S.
05/08/16	8:16	Amoço 15 31 A E Trabalho Amarelo J. S. S.
06/08/16		Amoço 15 31 A E Trabalho Amarelo J. S. S.
07/08/16		Amoço 15 31 A E Trabalho Amarelo J. S. S.
08/08/16		Amoço 15 31 A E Trabalho Amarelo J. S. S.
09/08/16		Amoço 15 31 A E Trabalho Amarelo J. S. S.

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

COXV: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620180600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C55.



DATA	HORA	EVOLUÇÃO
10/08/16	P 16	BOA noite. Ausência de náuseas, vômitos ou diarreia
11/08/16	P 16	Melhor estado geral
		BOA noite

NOME: _____

APTO./LEITO: _____

CONV: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C55.

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
 Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Cear
 Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

HOSPITAL
BATISTA
 MEMORIAL

fixado na parede

DATA	HORA	•EVOLUÇÃO•
11/08/16	6	fixo Paciente O ^o 61, PO 6 de artrose joelho lateral Depressão em o.a. Exame cl. presença em HTE Realizada fisioterapia. Orientamentos p/ HTE Satisfatório
11/08/16	11	fixo Depressão em o.a. Exame cl. presença em HTE Realizada fisioterapia. Orientamentos p/ HTE
11/08/16	14	fixo Depressão em o.a. Realizado 2 ^o atendimento Mentado conduta Aguardando alta hospitalar

nome: Cláudia Maria de Sousa

APTO./LEITO: 4022

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C55.

Campo - 00.000-000 - Fortaleza - Ceará
 FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32516386 / 32514409
 www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
 DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

4022

Paciente: **ELIETE FELIX DE SOUSA**
 Mãe: **OTACILIA ELVIRA DE ALENCA**
 DN: **09/10/1955**
 Sexo: **Feminino**
 Médico Dr(a): **ANTONELLA HELENA BAYDE WEYNE**
 Leito: **7004**

RG:
 Atendimento: **4264-09**
 Data Entrada: **05/08/2016**
 Convênio: **HBMSUS**
 Impressão: **05/08/2016 13:32**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

Materiais: Sangue Total
HEMOGRAMA COMPLETO

Data coleta: 05/08/2016 09:51

Hemácias.....	4,07	milhões/mm ³	Valores de referência:	3,9 a 5,3	milhões/mm ³
Hemoglobina.....	12,3	g/dL		12,0 a 16,0	g/dL
Hematócrito.....	38,3	%		36 a 49	%
VCM.....	94,1	fL		80 a 100	fL
DCM.....	30,2	pg		27 a 34	pg
CHCM.....	32,1	g/dL		32 a 36	g/dL
RDW.....	12,8	%		11 a 14,5	%

	Valores Relativos:	Valores Absolutos:			
Leucócitos totais.....		13.600	/mm ³		4.000 a 10.000/mm ³
Blastos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Mieloblastos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Promielócitos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Mielócitos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Metamielócitos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Neutrófilo Bastões.....	5 %	680	/mm ³	0 a 5 %	0 a 410 /mm ³
Neutrófilo Segmentados.....	77,4 %	10526	/mm ³	40 a 78 %	1700 a 8200 /mm ³
Eosinófilos.....	0,4 %	54	/mm ³	1 a 5 %	20 a 500 /mm ³
Linfócitos.....	9,1 %	1239	/mm ³	20 a 50 %	1.000 a 4500 /mm ³
Linfócitos atípicos.....	0 %	0	/mm ³	0 a 0 %	0 a 0 /mm ³
Basófilos.....	0,4 %	54	/mm ³	0 a 2 %	0 a 200 /mm ³
Monócitos.....	7,7 %	1047	/mm ³	2 a 10 %	100 a 1000 /mm ³

Plaquetas.....: 469.000 /mm³ 150.000 a 450.000/mm³

ORS:

Hemácias normociticas e normocrômicas.
 com leucocitose.
 Plaquetas aumentadas em número.

Método: Automático - ADVIA 120 ou ADVIA 2120L

Liberado por: KATIA V. ADELO DE PAULA SOUSA

Data de Impressão: 05/08/2016 13:32


 Dr. Roberto Chaves Moreira
 CRM CE - 1834

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 8BB1C55.

Paciente: **ELIETE FELIX DE SOUSA**
 Mãe: **OTACILIA ELVIRA DE ALENCA**
 DN: **09/10/1955**
 Sexo: **Feminino**
 Médico(Do): **ANTONELLA HELENA BAYDE WEYNE**
 Loto: **7004**

RG:
 Atendimento: **4264-09**
 Data Entrada: **05/08/2016**
 Convênio: **HBMSUS**
 Impressão: **05/08/2016 13:33**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

Material: Soro

Data coleta: 05/08/2016 09:55

POTÁSSIO : **5,05 mEq/L**

Valores de referência: 3,50 a 5,50 mEq/L

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: Eletrodo Seletivo

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 05/08/2016 11:34

Material: Soro

Data coleta: 05/08/2016 09:55

CÁLCIO : **8,6 mg/dL**

Valores de referência:

Idade:

Cordão Umbilical : 8,2 a 11,2 mg/dL

Primitivos : 6,2 a 11,0 mg/dL

0 a 10 dias : 7,8 a 10,4 mg/dL

Lactentes : 9,0 a 11,0 mg/dL

2 a 10 anos : 8,8 a 10,0 mg/dL

> 10 anos e adultos: 8,6 a 11,0 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: Arsenato III - Automatizado LABMAX 240

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 05/08/2016 12:19

Material: Soro

Data coleta: 05/08/2016 09:55

ALBUMINA : **3,3 g/dL**

Valores de referência:

1 a 30 dias : 2,8 a 4,3 g/dL

1 a 6 meses : 2,8 a 4,6 g/dL

6 a 12 meses : 3,0 a 4,0 g/dL

1 a 10 anos : 3,5 a 4,7 g/dL

Adultos : 3,5 a 5,5 g/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: Método de bromocresol - Automatizado LABMAX 240

Liberado por: ROBSON CHAVES MOREIRA

Data de liberação: 05/08/2016 12:23


 Dr. Robson Chaves Moreira
 CRF CE. 4034

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 0157975162018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C55.

Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
FONE: 85 - 32517400 - FAX: 85 - 32536356 / 325-2409
www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **ELIETE FELIX DE SOUSA**
Mãe: **OTACILIA ELVIRA DE ALENÇA**
DN: **09/10/1955**
Sexo: **Feminino**
Médico/Dra: **ANTONELLA HELENA BAYDE WEYNE**
Lab: **7004**

RG:
Atendimento: **4264-09**
Data Entrada: **05/08/2016**
Convênio: **HBMSUS**
Impressão: **05/08/2016 13:32:4**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Soro

Data coleta: 05/08/2016

GLICOSE

115 mg/dL

Valores de referência:

Valores Desejáveis ou Recomendados:

Plasma ou soro: (jejum de 8 horas)

Prematuro: 20 a 60 mg/dL

7 a 7 dia: 30 a 60 mg/dL

1 dia: 50 a 80 mg/dL

Crianças e Adultos: 65 a 99 mg/dL

100 a 125 mg/dL - Glicose de jejum alterada

> ou = 126 mg/dL - Provável Diabetes Mellitus

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: God - triose - Automatizado LAMMAX 240

Liberado por: KAYANE BEZERRA SALES PEREIRA

Data de liberação: 05/08/2016 12:50

Material: Soro

Data coleta: 05/08/2016 09:51:00

CREATININA

0,74 mg/dL

Valores de referência:

Recém-nascido: 0,21 - 0,32 mg/dL

2 semanas - 1 ano: 0,15 - 0,35 mg/dL

1 - < 3 anos: 0,17 - 0,35 mg/dL

4 - < 5 anos: 0,26 - 0,42 mg/dL

5 - < 7 anos: 0,25 - 0,40 mg/dL

7 - < 9 anos: 0,34 - 0,55 mg/dL

9 - < 11 anos: 0,32 - 0,64 mg/dL

11 - < 13 anos: 0,42 - 0,71 mg/dL

13 - < 15 anos: 0,46 - 0,81 mg/dL

Adulto (mulheres): 18 - 74 anos: 0,53 - 1,00 mg/dL

Adulto (homens): 18 - 74 anos: 0,70 - 1,20 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: Cinético de dois pontos - Automatizado LAMMAX 240

Liberado por: KAYANE BEZERRA SALES PEREIRA

Data de liberação: 05/08/2016 12:50

Kayane
Dr. Alexsandro Dantas Sales, Médico
CRFICO 1872

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C55.

DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: ELIETE FELIX DE SOUSA
Mãe: OTACILIA EL VIRA DE ALENCA
DN: 09/10/1955
Sexo: Feminino
Médico Diretor: ANTONELLA HELENA BAYDE WEYNE
Lota: 7004

RG:
Atendimento: 4264-09
Data Entrada: 05/08/2016
Convênio: HBMSUS
Impressão: 05/08/2016 13:32:4

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Soro

URÉIA

Data coleta: 05/08/2016 09:51:00
53,8 mg/dL

Valores de referência:
1 dia a 12 meses: 2 a 14 mg/dL
1 a 13 anos: 0 a 16 mg/dL
Adultos: 15 a 45 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: Colorimétrico Enzimático

Liberado por: NATASH BEZERRA SALES PEREIRA

Data de liberação: 05/08/2016 12:50

Material: Soro

TRANSAMINASE OXALACETICA (TGO-AST) ... : 70,59

Data coleta: 05/08/2016 09:51:00
U/L

Valores de Referência: Temperatura de Trabalho - 37°C
Idade: Masculino: Feminino:
01-07 dias: 26-98 U/L 20-93 U/L
08-30 dias: 16-87 U/L 20-69 U/L
01-06 meses: 18-62 U/L 16-61 U/L
07-12 meses: 16-52 U/L 16-60 U/L
01-03 anos: 16-57 U/L 16-57 U/L
04-06 anos: 10-47 U/L 10-47 U/L
07-15 anos: 10-41 U/L 05-38 U/L
Adultos: 11-39 U/L 10-37 U/L

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: Cinético UV - IFCC - Automatizado LARMAX 740

Liberado por: NATASH BEZERRA SALES PEREIRA

Data de liberação: 05/08/2016 12:50

[Assinatura]
Dra. Natash Bezerra Sales Pereira
CRANCE-2012

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C55.

CEP: 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 320 7409
www.laboratorioedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **ELIETE FELIX DE SOUSA**
Mãe: **OTACILIA ELVIRA DE ALENCA**
DN: **09/10/1955**
Sexo: **Feminino**
Médico(Or): **ANTONELLA HELENA BAYDE WEYNE**
Loto: **7004**

RG:
Atendimento: **4264-09**
Data Entrada: **05/08/2016**
Convênio: **HBMSUS**
Impressão: **05/08/2016 13:32**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente.

Material: Soro

TRANSAMINASE PIRÚVICA (TGP-ALT) : 55,73

Data coleta : 05/08/2016 09:51:00
U/L

Valores de Referência: Temperatura do Trabalho - 37°C
Idade: Masculino: Feminino:
1-30 dias: 20-54 U/L 21-54 U/L
1 a meses: 26-55 U/L 24-61 U/L
7-12 meses: 26-59 U/L 26-55 U/L
1-3 anos: 19-59 U/L 24-59 U/L
-11 anos: 24-49 U/L 24-49 U/L
12-15 anos: 24-59 U/L 19-44 U/L
Adultos: (1-45) U/L 10-97 U/L

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: : Creatinase UV - ITCO - Automatizado LABMAX 240

Liberado por: **NAVANE BEZERRA SALES PEREIRA**

Data de liberação: 05/08/2016 13:50

Material: Soro

SÓDIO : 145,0 mEq/L

Data coleta : 05/08/2016 09:51:00

Valores de referência: 136,00 a 147,00 mEq/L

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: : Eletrodo Seletivo

Liberado por: **NAVANE BEZERRA SALES PEREIRA**

Data de liberação: 05/08/2016 13:50

Material: Soro

MAGNÉSIO : 2,58 mg/dL

Data coleta : 05/08/2016 09:51:00

Valores de referência:

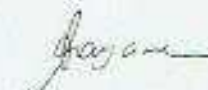
Idade na Idade: 1,38 a 2,56 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: : Magnésio Solúvel - Automatizado LABMAX 240

Liberado por: **NAVANE BEZERRA SALES PEREIRA**

Data de liberação: 05/08/2016 13:50


Dr. Navane Bezerra Sales Pereira
CRM-CE: 4872

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2016 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C55.

Centro - 60.030-000 - Fortaleza - Ceará
FONE: 85 - 32532400 - FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
www.laboratoriocedilsongurgel.com.br - E-MAIL: leg@secret.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Paciente: **ELIETE FELIX DE SOUSA**
Mãe: **OTACILIA ELVIRA DE ALENÇA**
DN: **09/10/1955**
Sexo: **Feminino**
Médico Dr(a): **ANTONELLA HELENA BAYDE WEYNE**
Leito: **7004**

RG:
Atendimento: **4264-09**
Data Entrada: **05/08/2016**
Convênio: **HBMSUS**
Impressão: **05/08/2016 13:32:4**

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Soro

CLORO : **120,2 mg/dL** Data coleta: 05/08/2016 09:11:19

Valores de referência:

Soro ou Plasma | Todas as idades | : 98 a 110 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: : Titulação de Mercurio - Automatizado LABMAX 340

Liberado por: **RAYANE BEZERRA SALES PEREIRA**

Data de liberação: 05/08/2016 12:59

Material: Soro

FÓSFORO : **5,13 mg/dL** Data coleta: 05/08/2016 09:11:19

Valores de referência:

Crianças e Adolescentes:

Até 10 dias : 4,5 a 9,0 mg/dL

10 dias a 2 anos : 4,5 a 6,7 mg/dL

2 a 12 anos : 4,5 a 5,5 mg/dL

Maior que 12 anos: 2,5 a 4,0 mg/dL

Adultos : 2,5 a 4,8 mg/dL

Obs: Estes valores podem ser usados apenas como orientação.

Método: : Solv e Fritschhansen Modificado - Automatizado LABK

Liberado por: **RAYANE BEZERRA SALES PEREIRA**

Data de liberação: 05/08/2016 12:59

Material: Plasma (Citrato de Sódio)

TEMPO DE PROTROMBINA : **14,6 segundos** Data coleta: 05/08/2016 09:11:19

TEMPO DE PROTROMBINA DO PACIENTE : **14,6 segundos** Valor de referência: 12 a 16 segundos

ATIVIDADE : **79,3 %** 100 %

SMI : **1,18** 3,01

Método: : Automatizado - Coagulômetro Coagmaster 88

Liberado por: **RAYANE BEZERRA SALES PEREIRA**

Data de liberação: 05/08/2016 12:59


Dra. Rayane Bezerra Sales Pereira
CRFCE: 4872

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 0157975162018060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C55.

Endereço: Rua ... - 60 030-000 - Fortaleza - Ceará
Telefone: FONE: 85 - 32532409 - FAX: 85 - 32536356 / 32532409
E-mail: edilsongurgel@secrrel.com.br - E-MAIL: leg@secrrel.com.br
DIREÇÃO GERAL: DRA. DANIELLE SANTOS BEZERRA SÁ / CRM 7513

Nome: ELIETE FELIX DE SOUSA
Mãe: OTACILIA ELVIRA DE ALENCA
DN: 09/10/1955
Sexo: Feminino
Médico-Dr(a): ANTONÉLLA HELENA BAYDE WEYNE
Lote: 7004

RG:
Atendimento: 4264-09
Data Entrada: 05/08/2016
Convênio: HBMSUS
Impresso: 05/08/2016 13:32:4

Os resultados dos exames podem sofrer alterações fisiológicas. Somente seu médico pode interpretá-los corretamente

Material: Plasma (Citrato de Sódio)

Data coleta: 05/08/2016 09:51

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA... : 30,5 segundos

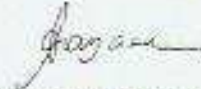
RELAÇÃO... : 0,9

Valor de referência: 35,5 segundos

Método: Automático - Coagulômetro Coagmaster RR

Liberado por: NAYANE BEZERRA SALES PEREIRA

Data de liberação: 05/08/2016 13:32


Dr. Nayane Bezerra Sales Pereira
CRFIC 4677

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1CS55.


 INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
 "24 hora de proteção à vida"

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
Paciente: ELIETE FELIX DE SOUSA		ID Paciente: 5456647	
Data de Nascimento: 09/10/1955	Idade: 60 anos	Sexo: F	
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 21/07/2016	
LAUDO			

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice, sem uso de contraste venoso, com imagens processadas e analisadas em workstation.

Fratura/achatamento do corpo vertebral de T12, com componente ósseo no interior do canal vertebral.
 Sinais de osteoporose.

DR. CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
 CRM 5404

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE
COORDENADORIA DE POLITICA DE SAUDE
CELULA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
EQUIPE DE AUDITORIA, AVALIAÇÃO E CONTROLE
CENTRAL DE REFERENCIA E REGULAÇÃO DAS INTERNAÇÕES DE FORTALEZA

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS PARA UTI-FORTALEZA
PROTOCOLO DE ADMISSÃO DO PACIENTE NA REGULAÇÃO

MÉDICO SOLICITANTE: J. A. SOUZA MOURA J. CRM: 6111

HOSPITAL: HOSPITAL

PACIENTE: FILIPPO DE SOUSA LEITO: _____

Emergência Enfermaria Unidade semi-intensiva IDADE: 48 SEXO: M F

END.: _____

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: _____

HISTÓRIA CLÍNICA:

Paciente com queixa de dispnéia progressiva há alguns dias, piorando nos últimos dias, com tosse seca.

DIAGNÓSTICO: Insuficiência cardíaca

COMORBIDADES: _____

RESPIRATÓRIO: SAT O2 _____ % Ventilação Mecânica: Sim Não FR _____ Taquicardemia

CARDÍACO: PA 120 mmHg P 70 bpm Drogas vasoativas: Sim Não

Arritmia: _____ IAM: Complicado Não Complicado

NEUROLÓGICO: Coma: Sim Não Escala de Coma de Glasgow: _____

Convulsão: Sim Não Realizada TC crânio? Sim Não Diagnóstico: _____

RENAL: Diurese: Oligúria Anúria IRC Hemodiálise Ur _____ Cr _____ Hb _____

HEPÁTICO: Sem alterações Insuficiência Hepática TAP: _____ TTPA: _____

ENDÓCRINO: Diabetes Tireoidopatia Glicemia _____ Uso de Insulina: Sim Não

COMPLICAÇÃO CIRÚRGICA: Sim Não COMPLICAÇÃO de QT? Sim Não

OBS - COMENTÁRIO DO REGULADOR (MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA)

Data: / /

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945



8985-0

FIOS CIRÚRGICOS

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que assisti o(a)

paciente Éliete Felix de Sousa

tendo realizado Artrodese tornozelo - Bombas Sacras Posterior Traz Naveiro

utilizei os fios abaixo relacionados: _____ quando

Dr. Gerson

Acillex	_____	Unidades
Cat gut cromado	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Cat gut simples	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Mersilene	<u>20 E1A6 1111</u>	Unidades
Mononylon	<u>0</u>	Unidades
_____	<u>0 Simples 1</u>	Unidades
_____	_____	Unidades
Policot	_____	Unidades
Prolene	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Seda	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Vicril	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
_____	_____	Unidades
Total	_____	Unidades

Obs.: Boleta = 4022

Idade = 70

Pront = 134505

Cont = 52

Fortaleza, 04/03/2010

[Signature]
Médico Assistente

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

GASTO CIRÚRGICO

Nome do Paciente: Silvia Felix de Jesus CID: _____

Diagnóstico: Femur Direito SSM: _____

DIA: 01 MÊS: 08 ANO: 16

OXIGÊNIO	
Início	Término
Total/Horas	
OXIGÊNIO NITROSO	
Início	Término
Total/Horas	

ação: Ativo de exame bond com bar

MEDICAMENTOS	TIPO	QUANT.	MEDICAMENTOS/MATERIAIS	TIPO	QUANT.	Início	Término	Duração	DESCRIÇÃO CIRÚRGICA
Salina injt			Abocath	U	0				Por um furo visto através
destilada			Fluothane						
ina injt			Halotano						
ana			Keflin 1 gr						Exame B10 - L3
ab			Biototal 1 gr						superfície do
gninae injt			Quemicefina 1 gr						superfície para
fl injt			Claforan 1 gr						com o furo de
na injt			Recefin 1 gr						hemostático de
ou Efedrina			Xilocaina 2% S/Vaso						
in injt			Xilocaina 2% C/Vaso						
ambuval			Xilocaina Pesada						
il injt			Marcaina 5% S/Vaso						
injt			Marcaina 5% C/Vaso						
n			Soro Glicosado 5% 500 ml						
f			Soro Fisiológico 9% 500 ml						
l			Soro Glico-Fisiológico						
ina			Sol. Ringer C/Lactato						
nid			Sol. Eletrolítica 500 ml						
r			Sol. Manitol 250 ml						
ate			Solu-Cortef						
l			Protamina 1000-UI						
o p.Soro			Bicarbonato de Sódio						
o Micro-Gotas			Cloreto de Sódio						
			Revivayn / Dopamina						

TIPOS DE CIRURGIAS

L. Impa.	Contaminada
Potenc. Contaminada	Infectada
Cirurgião: <u>DOM</u>	1º Auxiliar:
2º Auxiliar:	2º Auxiliar:
Perfusionista:	Instrumentalista:
Anestesiata:	Circulante:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/08/2018 às 09:45, sob o número 01579751620188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.jfce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157975-16.2018.8.06.0001 e código 3BB1C55.

Ao Instituto Dr. José Frota,

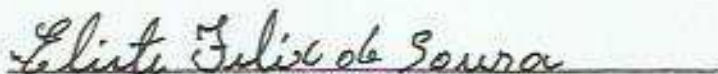
REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**, 51 anos de idade, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC – CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, venho, por meio deste requerimento, solicitar, ao Hospital Batista Memorial, A CÓPIA DO MEU PRONTUÁRIO COMPLETO, INCLUINDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, de acordo com dados do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, para apresentar ao seguro DPVAT, com data de entrada neste hospital no dia 17 de julho de 2016 e transferência para o Hospital Batista memorial em 22 de julho de 2016 para fins de cirurgia da fratura de vértebra dorsal 12, decorrente de acidente de trânsito ocorrido no dia 17 de julho de 2016, no ônibus prefixo 36502, placa PWM 0467, propriedade da empresa Santa CECÍLIA Transportes Ltda, às 07h45min, na cidade de Fortaleza-CE.

Nestes termos

Aguardo deferimento.

Fortaleza, 31 de agosto de 2016.



ELIETE FÉLIX DE SOUSA

Ao Hospital Batista Memorial,

REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**, 51 anos de idade, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC – CE, inscrita no CPF/MF sob o n.º 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, venho, por meio deste requerimento, solicitar, ao Hospital Batista Memorial, A CÓPIA DO MEU PRONTUÁRIO COMPLETO, INCLUINDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, de acordo com dados do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, para apresentar ao seguro DPVAT, com data de entrada neste hospital no dia 22 de julho de 2016 e alta em 11 de agosto de 2016 para fins de cirurgia da fratura de vértebra dorsal 12, decorrente de acidente de trânsito ocorrido no dia 17 de julho de 2016, no ônibus prefixo 36502, placa PWM 0467, propriedade da empresa Santa CECÍLIA Transportes Ltda, às 07h45min, na cidade de Fortaleza-CE.

Nestes termos

Aguardo deferimento.

Fortaleza, 31 de agosto de 2016.

 _____

ELIETE FÉLIX DE SOUSA

Ao Hospital Gonzaguinha da Parangaba

REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**, 51 anos de idade, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC – CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, venho, por meio deste requerimento, solicitar, ao Hospital Batista Memorial, A CÓPIA DO MEU PRONTUÁRIO COMPLETO, INCLUINDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, de acordo com dados do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, para apresentar ao seguro DPVAT, com data de entrada neste hospital no dia 17 de julho de 2016 e transferência para O Instituto Dr. José Frota (UF) em 17 de julho de 2016 para fins de cirurgia da fratura de vértebra dorsal 12, decorrente de acidente de trânsito ocorrido no dia 17 de julho de 2016, no ônibus prefixo 36502, placa PWM 0467, propriedade da empresa Santa CECÍLIA Transportes Ltda, às 07h45min, na cidade de Fortaleza-CE.

Nestes termos

Aguardo deferimento.

Fortaleza, 31 de agosto de 2016.



ELIETE FÉLIX DE SOUSA



ESCRITÓRIO DE ADVOCACIA
Dr. Antonio Lailton Moraes Duarte
OAB-CE 34.442
PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

OUTORGANTE: ELIETE FÉLIX DE SOUSA, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC - CE, inscrita no CPF/MF sob o n.º 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, não possui endereço eletrônico. Nomeia e constitui seu basto procurador.

OUTORGADO: DR. ANTONIO LAILTON MORAES DUARTE, brasileiro, advogado, inscrito na OAB-CE sob o número 34.442, com escritório profissional à Rua Cabral Veras, 397, Bairro: Maraponga, CEP: 60.711-530, nesta capital, Tel.: (85) 98807-3764, endereço eletrônico: lailtonduarteadvogado@gmail.com, onde recebe citações e intimações.

P O D E R E S: Pelo presente instrumento de procuração, ao final assinado, a outorgante nomeia o outorgado seu bastante procurador a quem conferem amplos e ilimitados poderes, para o foro em geral, com cláusula "EXTRA-JUDICIA" e "AD-JUDICIA", a fim de que possa defender os interesses e direito da outorgante perante qualquer juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo a ação competente ou defendendo-a naquelas em que ela for parte, especialmente para **SOLICITAR A CÓPIA DO PRONTUÁRIO DA ORA OUTORGANTE, INCLUINDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, de acordo com dados do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS - SIGTAP, PARA APRESENTAR AO SEGURO DPVAT, COM DATA DE ENTRADA NO HOSPITAL GONZAGUINHA DA PARANGABA NO DIA 17 DE JULHO DE 2016 E TRANSFERÊNCIA PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA NESTE MESMO E SAÍDA NO DIA 22 DE JULHO DE 2016 PARA O HOSPITAL BATISTA MEMORIAL COM ENTRADA NO DIA 22 DE JULHO DE 2016 E ALTA EM 11 DE AGOSTO DE 2016, PARA FINS DE CIRURGIA DA FRATURA DE VÉRTEBRA DORSAL 12, DECORRENTE DE ACIDENTE DE TRÂNSITO OCORRIDO NO DIA 17 DE JULHO DE 2016, NO ÔNIBUS PREFIXO 36502, PLACA PWM 0467, PROPRIEDADE DA EMPRESA SANTA CECÍLIA TRANSPORTES LTDA, ÀS 07H45MIN, NA CIDADE DE FORTALEZA-CE,** podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer ou contra-arrazoar recursos, receber e dar quitação, confessar, firmar compromisso, prestar declarações, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza, 31 de agosto de 2016.

Eliete Félix de Sousa
 OUTORGANTE

Antonio Lailton Moraes Duarte
 OUTORGADO

ADVOGADO ESPECIALISTA EM DIREITO ADMINISTRATIVO, CÍVEL, PREVIDENCIÁRIO, FAMÍLIA E PATENTÁRIO.
 RUA CABRAL VERAS, 397 - BAIRRO: MARAPONGA, CEP: 60.711-530 - FORTALEZA - CEARÁ - FONE: (85) 988073764

Ao Hospital Gonzaguinha da Parangaba

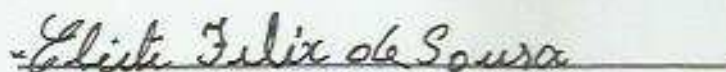
REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**, 51 anos de idade, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC – CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, venho, por meio deste requerimento, solicitar, ao Hospital Batista Memorial, A CÓPIA DO MEU PRONTUÁRIO COMPLETO, INCLUINDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, de acordo com dados do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, para apresentar ao seguro DPVAT, com data de entrada neste hospital no dia 17 de julho de 2016 e transferência para O Instituto Dr. José Frota (IJF) em 17 de julho de 2016 para fins de cirurgia da fratura de vértebra dorsal 12, decorrente de acidente de trânsito ocorrido no dia 17 de julho de 2016, no ônibus prefixo 36502, placa PWM 0467, propriedade da empresa Santa CECÍLIA Transportes Ltda, às 07h45min, na cidade de Fortaleza-CE.

Nestes termos

Aguardo deferimento.

Fortaleza, 31 de agosto de 2016.



ELIETE FÉLIX DE SOUSA

Ao Hospital Batista Memorial,

REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**, 51 anos de idade, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC – CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, venho, por meio deste requerimento, solicitar, ao Hospital Batista Memorial, A CÓPIA DO MEU PRONTUÁRIO COMPLETO, INCLUINDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, de acordo com dados do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, para apresentar ao seguro DPVAT, com data de entrada neste hospital no dia 22 de julho de 2016 e alta em 11 de agosto de 2016 para fins de cirurgia da fratura de vértebra dorsal 12, decorrente de acidente de trânsito ocorrido no dia 17 de julho de 2016, no ônibus prefixo 36502, placa PWM 0467, propriedade da empresa Santa CECÍLIA Transportes Ltda, às 07h45min, na cidade de Fortaleza-CE.

Nestes termos

Aguardo deferimento.

Fortaleza, 31 de agosto de 2016.



ELIETE FÉLIX DE SOUSA

Ao Instituto Dr. José Frota,

REQUERIMENTO DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Eu, **ELIETE FÉLIX DE SOUSA**, 51 anos de idade, brasileira, união estável, faxineira, portadora do RG n.º 99099180110, SSPDC – CE, inscrita no CPF/MF sob o nº 901.245.963-04, residente e domiciliada na Rua da Paz do Mangue, no. 150, Bairro: Vila Velha III, Fortaleza-CE, CEP: 60.349-444, fone: (85) 98783-4609, venho, por meio deste requerimento, solicitar, ao Hospital Batista Memorial, A CÓPIA DO MEU PRONTUÁRIO COMPLETO, INCLUINDO O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, de acordo com dados do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS – SIGTAP, para apresentar ao seguro DPVAT, com data de entrada neste hospital no dia 17 de julho de 2016 e transferência para o Hospital Batista memorial em 22 de julho de 2016 para fins de cirurgia da fratura de vértebra dorsal 12, decorrente de acidente de trânsito ocorrido no dia 17 de julho de 2016, no ônibus prefixo 36502, placa PWM 0467, propriedade da empresa Santa CECÍLIA Transportes Ltda, às 07h45min, na cidade de Fortaleza-CE.

Nestes termos

Aguardo deferimento.

Fortaleza, 31 de agosto de 2016.



ELIETE FÉLIX DE SOUSA



(/)



Buscar no site



A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT / Como Pedir Indenização (/Pages/Como-Pedir-Indenizacao.aspx)

Documentação Despesas Médicas

Informamos abaixo os documentos normalmente requeridos para a análise do pedido de indenização. Em casos especiais, a seguradora poderá solicitar algum documento ou informação complementar. Se isso acontecer, lembre-se: o objetivo da solicitação é garantir o pagamento correto, em favor do legítimo beneficiário. Portanto, colabore.

Os documentos para abertura do pedido de indenização só poderão ser entregues pela própria vítima, beneficiário ou representante legal. Terceiros poderão apresentar a documentação desde que entreguem uma procuração específica para dar entrada no Seguro DPVAT.

Da Vítima e do Acidente

→ Boletim de Ocorrência Policial (original ou cópia autenticada)

Na eventualidade do registro do acidente ter sido feito por ato declaratório, será indispensável a apresentação de documentos adicionais, contemporâneos ao acidente, que demonstrem a existência do acidente, as circunstâncias e a participação do interessado, tais como:

- Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, ou
- Atendimento pela Polícia Militar, ou

- Atendimento pela Polícia Civil, ou
- Atendimento e/ou remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou
- Atendimento e/ou remoção pelos “Anjos do Asfalto”, ou concessionárias de vias públicas ou similares, ou
- Remoção pelo SAMU, ou
- Remoção pela Defesa Civil, ou
- Inquérito Policial, ou
- Aviso de sinistro em seguradora do ramo auto ou
- Outro documento que evidencie que o acidente relatado no B.O. por ato declaratório de fato ocorreu na data/local informado.

ATENÇÃO: Os documentos acima, inclusive os emitidos pela rede de atendimento médico-hospitalar, deverão ser produzidos imediatamente após o acidente e permitir a comprovação do nexos de causa e efeito entre o acidente e as lesões.

- Declaração do proprietário do veículo - ([ver/imprimir\(.pdf 38KB\)](#) (/Documents/formularios-indenizacao/declaracao-do-proprietario-do-veiculo.pdf)).

ATENÇÃO: Apenas para acidente com motocicleta cujo Boletim de Ocorrência tenha sido emitido por Ato Declaratório. O documento deve ser apresentado com firma reconhecida por autenticidade.

- RG da vítima (ou CNH, Carteira de Trabalho, Certidão de Casamento ou de Nascimento) - cópia simples
- CPF da vítima - cópia simples
- Comprovante de residência ou declaração de residência - ([ver/imprimir modelo \(.pdf 28KB\)](#) (/Documents/formularios-indenizacao/DECLARACAO_DE_RESIDENCIA.pdf))
- Boletim do primeiro atendimento médico-hospitalar ou relatório do médico informando quais as lesões sofridas pela vítima e o tratamento realizado - cópia simples
- Relatório do dentista (se for o caso) informando as lesões sofridas pela vítima, se o tratamento foi realizado em decorrência das lesões sofridas no acidente, bem como se os dentes eram naturais antes do acidente - cópia simples

Do(s) Beneficiário(s)

A PRÓPRIA VÍTIMA efetuou as despesas e os recibos estão em seu nome

- Comprovantes das despesas (recibos ou notas fiscais), contendo discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos) acompanhados das respectivas requisições e/ou receituários médicos - EM ORIGINAIS
- Autorização de pagamento - ([ver/imprimir modelo \(.pdf 169KB\)](#) (/Documents/formularios-indenizacao/formulario_autorizacao_pagamento.pdf)).

ATENÇÃO! A autorização de pagamento deverá ser apresentada com um documento comprobatório dos dados bancários, como: cópia de folha de cheque ou cópia do cartão bancário ou cópia do cabeçalho do extrato bancário.

SE FOR UM TERCEIRO PESSOA FÍSICA quem efetuou as despesas

Conforme a Lei 11.945/09 está vedada a cessão de direitos para acidentes ocorridos a partir de 04/06/2009.

- Comprovantes das despesas (recibos ou notas fiscais), contendo discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos) acompanhados das respectivas requisições e/ou receituários médicos - EM ORIGINAIS
- RG do beneficiário (ou CNH, Carteira de Trabalho, Cert.Casamento ou Certidão de Nascimento) - cópia simples
- CPF do beneficiário - cópia simples
- Comprovante de residência ou declaração de residência - ([ver/imprimir modelo \(.pdf 28KB\)](#) (/Documents/formularios-indenizacao/DECLARACAO_DE_RESIDENCIA.pdf))
- Autorização de pagamento - ([ver/imprimir modelo \(.pdf 169KB\)](#) (/Documents/formularios-indenizacao/formulario_autorizacao_pagamento.pdf)).

ATENÇÃO! A autorização de pagamento deverá ser apresentada com um documento comprobatório dos dados bancários, como: cópia de folha de cheque ou cópia do cartão bancário ou cópia do cabeçalho do extrato bancário.

SE FOR UM TERCEIRO PESSOA JURÍDICA quem efetuou as despesas

Conforme a Lei 11.945/09 está vedada a cessão de direitos para acidentes ocorridos a partir de 04/06/2009.

- Comprovantes das despesas (recibos ou notas fiscais), contendo discriminação dos honorários médicos e despesas médicas (materiais e medicamentos) acompanhados das respectivas requisições e/ou receituários médicos - EM ORIGINAIS
- Estatuto ou Contrato Social (se pessoa jurídica), qualificando o funcionário da empresa a receber o reembolso em nome do estabelecimento - cópia simples

- RG do funcionário da empresa (ou CNH, Carteira de Trabalho, Cert.Casamento ou Certidão de Nascimento) - cópia simples
- CPF do funcionário da empresa - cópia simples
- Comprovante de residência ou declaração de residência do funcionário da empresa - ([ver/imprimir modelo\(.pdf 28KB\)](#) (/Documents/formularios-indenizacao/DECLARACAO_DE_RESIDENCIA.pdf))
- Autorização de pagamento - ([ver/imprimir modelo \(.pdf 169KB\)](#) (/Documents/formularios-indenizacao/formulario_autorizacao_pagamento.pdf)).

ATENÇÃO! A autorização de pagamento deverá ser apresentada com um documento comprobatório dos dados bancários, como: cópia de folha de cheque ou cópia do cartão bancário ou cópia do cabeçalho do extrato bancário.

- Termo de declaração e quitação para as categorias 3 e 4 - ([ver/imprimir modelo \(.pdf 30KB\)](#) (/Documents/documentos/Termo-de-declaracao-quitacao-para-categoria-3-4.pdf))

Outros - (somente em caso de beneficiário representado por procurador)

- RG e CPF do Procurador - cópia simples
- Comprovante de residência do Procurador - cópia simples
- Declaração de Prevenção à Lavagem de Dinheiro - ([ver/imprimir modelo \(.pdf 70KB\)](#) (/Documents/formularios-indenizacao/declaracao_procurador_circular_SUSEP.pdf))

[Voltar](#) (/Pages/Como-Pedir-Indenizacao.aspx)

ACESSIBILIDADE



[\(/Pages/Acessibilidade.aspx\)](#)



[\(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx\)](#)



Consulte o prazo para pedir indenização

Para morte e despesas médicas: prazo de 3 anos a contar da data do acidente.

Para invalidez permanente: prazo de 3 anos a contar da ciência da invalidez permanente da vítima.

DD/MM/AAAA





COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](#)

[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](#)

[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](#)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](#)

[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuos.aspx\)](#)

[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](#)

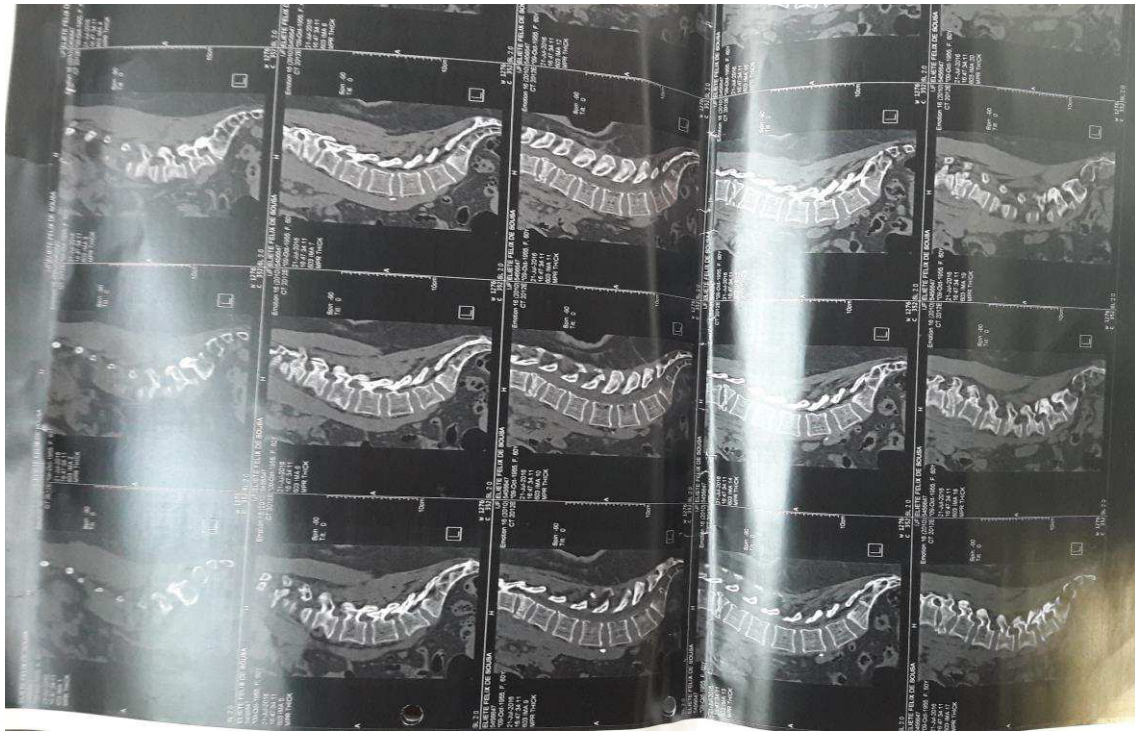


ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](#)









IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Paciente: ELIETE FELIX DE SOUSA		ID Paciente: 5456647
Data de Nascimento: 09/10/1955	Idade: 60 anos	Sexo: F
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 21/07/2016
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA COLUNA LOMBAR

TÉCNICA:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice, sem uso de contraste venoso, com imagens processadas e analisadas em workstation.

Fratura/achatamento do corpo vertebral de T12, com componente ósseo no interior do canal vertebral.

Sinais de osteoporose.

DR. CHRISTIANNE MARIA FERNANDES CUNHA
CRM 5404

BENEFICIO ASSISTENCIAL LOAS para maior de idade**I. DADOS PROFISSIONAIS DO(A) SR(A). PERITO(A) JUDICIAL**

Nome completo e número de registro de inscrição profissional: Rafael Barros Botelho - CRM 13307.

Grau de instrução e formação profissional: Superior completo – Médico Ortopedista e Traumatologista.

II. DADOS PESSOAIS DO(A) PERICIADO(A)

Nome completo:

ELIETE FELIX DE SOUSA

Data de nascimento e idade:

09/10/1955, 62 ANOS.

Endereço (especificar se é zona rural ou urbana):

Rua Res Jose Euclides, nº 101, Ap 101, Bl 03, Quadra 06, Jangurussu - Fortaleza-CE, ZONA URBANA.

Estado civil (especificar se tem companheiro[a] e se vive com ela[e]):

UNIÃO ESTÁVEL

Número de filhos (maiores e menores):

1 FILHO (FALECIDO)

Grau de instrução:

PRIMEIRO GRAU COMPLETO

Profissão(ões) habitual(is) atual(is):

SEM ATIVIDADES

Outra(s) profissão(ões) na(s) qual(is) trabalhou e tem habilitação profissional (especificar, quando possível e ainda que aproximadamente, o(s) respectivo(s) período(s) de trabalho ou a correspondente duração):

SERVENTE E EMPREGADA DOMÉSTICA

Colocação atual no mercado de trabalho (empregado, desempregado, autônomo [por conta própria] etc):

DESEMPREGADA

III. EXAMES COMPLEMENTARES, ATESTADOS E DEMAIS DOCUMENTOS

MÉDICOS

EXAMES:

DATA 21/07/2016 CRM 5404

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA COLUNA LOMBAR
FRATURA/ACHATAMENTO DO CORPO VERTEBRAL DE T12, COM
COMPONENTE ÓSSEO NO INTERIOR DO CANAL VERTEBRAL.
SINAIS DE OSTEOPOROSE.

ATESTADOS:

DATA 9/5/17 CRM 7340

IMPOSSIBILITADA DE EXERCER ATIVIDADE LABORAL POR TEMPO
INDETERMINADO, DEVIDO A RECUPERAÇÃO DE CIRURGIA DE FRATURA
DE VÉRTEBRA DORSAL T12

MEDICAÇÕES:

CEFALEXINA 2G/DIA

ANALGÉSICOS

IV. ANAMNESE E HISTÓRICO DA(S) PATOLOGIA(S) DIAGNOSTICADA(S)

PERICIANDA SOFREU ACIDENTE DE ÔNIBUS DIA 17/7/2016. FOI
ENCAMINHADA AO HOSPITAL FROTINHA DE PARANGABA E
POSTERIORMENTE PARA O IJF E DEPOIS PARA O HOSPITAL BATISTA.
NESSE PERÍODO, REALIZOU EXAMES DE IMAGEM (RX E TC DA COLUNA
TORÁCICA), SENDO DIAGNOSTICADA COM FRATURA INSTÁVEL DE T12.
FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM ARTRODESE DA
COLUNA DORSAL, COM POSTERIOR REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA.
NO MOMENTO, ESTÁ EM ACOMPANHAMENTO MÉDICO ORTOPÉDICO
PERIÓDICO, EM USO DE MEDICAÇÕES ANALGÉSICAS E EM USO DE
COLETE, MAS SEM REABILITAÇÃO FISIOTERÁPICA (DEVIDO À
DISTÂNCIA). ESTÁ AGUARDANDO REAVALIAÇÃO PELO MÉDICO
ASSISTENTE E QUEIXA-SE DE FORTE DOR NA COLUNA
TORACOLOMBAR, COM DRENAGEM DE SECREÇÃO SEROSA PELA
FERIDA, FEBRE E PERDA DE PESO.

V. EXAME FÍSICO E MENTAL

Ao exame:

Bom estado geral, acianótico, afebril, anictérico, corado, hidratado, orientado, cooperativo.

Aparelho Cardíaco:

Ritmo cardíaco regular, em 2 tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros.

Aparelho Pulmonar:

Murmúrio vesicular universal, sem ruídos adventícios.

Abdome:

Ruídos hidroaéreos presentes, palpação superficial e profunda indolor, sem visceromegalias.

Extremidades:

EM USO DE COLETE ORTOPÉDICO. Marcha CLAUDICANTE, COM o auxílio de órteses. REDUÇÃO DA FORÇA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO PELA DOR.

EXPOSIÇÃO DE FIO DE SUTURA E FÍSTULA DE BAIXO DÉBITO NA REGIÃO DORSAL, NA CICATRIZ OPERATÓRIA.

Esqueleto axial COM DOR E espasmos à palpação DA COLUNA TORÁCICA, sem deformidades. Lasegue negativo.

Exame Psíquico:

Paciente em boas condições de higiene, com vestimenta adequada, orientado no tempo e no espaço, cognição preservada, discurso conexo, juízo crítico preservado, atenção e memória preservadas, com humor normal e afeto congruente com o humor. Tem planos para o futuro.

VI. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

HÁ IMPEDIMENTO QUE A IMPOSSIBILITA DE PARTICIPAR DE FORMA PLENA E EFETIVA NA SOCIEDADE, EM IGUALDADE DE CONDIÇÕES COM AS DEMAIS PESSOAS EM PERÍODO SUPERIOR A 2 ANOS. PERICIANDA SUBMETIDA À ARTRODESE DA COLUNA TORACOLOMBAR DEVIDO À FRATURA INSTÁVEL DE T12 EM MEADOS DE JULHO/2016. EVOLUIU COM SUSPEITA DE INFECÇÃO DA CIRURGIA, TENDO FÍSTULA LIQUÓRICA DE BAIXO DÉBITO NA REGIÃO TORACOLOMBAR, DOR, FEBRE E PERDA DE PESO.

DESSE MODO, ESTÁ TEMPORARIAMENTE INCAPACITADA DE REALIZAR SUAS ATIVIDADES LABORAIS HABITUAIS DE SERVENTE E DE EMPREGADA DOMÉSTICA OU QUALQUER PROFISSÃO POR PERÍODO SUPERIOR A 2 ANOS, POIS ESSA COMPLICAÇÃO É DE DIFÍCIL TRATAMENTO E MUITAS VEZES SE CRONIFICA. DEVE PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (ORIENTADA DURANTE A PERÍCIA) PARA REALIZAR EXAMES DE IMAGEM E LABORATORIAIS PARA PROPEDÊUTICA DE INFECÇÃO E OSTEOMIELITE DA COLUNA TORACOLOMBAR E PROGRAMAR FECHAMENTO DA FÍSTULA.

VII. QUESITAÇÃO PARA PEDIDOS DE BENEFICIO ASSISTENCIAL DE MAIORES

1. DO(A) PERITO(A)

O(a) Sr(a). Perito(a) Judicial já atendeu/receitou/forneceu atestado(s) para o(a) Periciado(a) ou tem com ele(a) alguma relação de proximidade ou afinidade pessoal que, de alguma forma, interfira na imparcialidade necessária à elaboração do laudo técnico?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A): () SIM (X) NÃO

2. DA IDENTIFICAÇÃO PESSOAL DO(A) PERICIADO(A)

O(a) Periciado(a) apresentou a devida documentação de identificação pessoal na ocasião da realização da perícia? Qual(is) documento(s) dessa natureza foi(ram) apresentado(s)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

SIM. RG.

3. DO QUADRO PATOLÓGICO

O(a) Periciado(a) é, ou já foi, portador(a) de alguma patologia (deficiência, enfermidade, moléstia, doença, lesão, sequela, anomalia, distúrbio etc)?

No caso de não ser(em) diagnosticada(s) patologia(s) ativa(s) na atualidade, explicitar se a(s) entidade(s) patológica(s) noticiada(s) porventura existiu(ram) no passado. Descrever, de todo modo, aspectos

técnicos que reputar relevantes relativos à(s) manifestação(ões) patológica(s) diagnosticada(s) e especificar o(s) pertinente(s) código(s) de referência na lista da versão mais atualizada da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID).

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

FRATURA INSTÁVEL DE T12. S22.0.

Quais exames (físicos, laboratoriais etc), dados de história clínica e demais evidências empíricas conduzem à conclusão técnica relativa ao quesito anterior?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

EXAMES, ATESTADOS, MEDICAMENTOS E EXAME FÍSICO E PSÍQUICO SUPRACITADOS.

Qual(is) a(s) provável(is) causa(s) da(s) manifestação(ões) patológica(s) diagnosticada(s)? A(s) patologia(s) é(são) hereditária(s), congênita(s) ou adquirida(s)? Há nexos causal entre a(s) atividade(s) laborativa(s) porventura desempenhada(s) pelo(a) Periciado(a) e o surgimento e/ou agravamento da(s) entidade(s) patológica(s)? Em caso positivo, apontar os elementos técnicos que permitem a referida conclusão.

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

ADQUIRIDAS. NÃO.

O(s) agravo(s) patológico(s) diagnosticado(s) é(são) qualificável(is) como leve(s), moderado(s), grave(s) (severo[s]) ou extremo(s) (gravíssimo[s] ou profundo[s])?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

() LEVE () MODERADO () GRAVE (X) SEVERO () GRAVÍSSIMO

Ainda que por aproximação, qual a data (ou período) do provável início da(s) entidade(s) patológica(s) diagnosticada(s)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

MEADOS DE 2016(PRIMEIRO DOCUMENTO COMPROBATÓRIO).

Em caso de a(s) entidade(s) patológica(s) identificada(s) ter(em) sido superada(s), qual a provável data (ou período) em que cessou(aram)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

NÃO CESSARAM.

A(s) manifestação(ões) patológica(s) diagnosticada(s) têm caráter temporário (provisório) ou permanente (definitivo)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A): (X) PROVISÓRIO () PERMANENTE

Em caso de se tratar de manifestação(ões) patológica(s) de caráter temporário (provisório) e o(a) Periciado(a) ainda se encontrar nessa condição, há como estimar uma data (ou período) de provável recuperação satisfatória da saúde, caso se submeta ao tratamento adequado? Em caso afirmativo, o(a) Periciado(a) provavelmente permanecerá nessa condição por mais quanto tempo?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

3 ANOS.

Em caso de o(a) Periciado(a) ainda se encontrar nessa condição, qual o tratamento (ingestão de medicamentos, intervenções cirúrgicas, repouso, acompanhamento clínico, internação hospitalar, terapias fisioterápicas, fonoaudiológicas, psiquiátricas etc) a ser dispensado para o controle e reversão do quadro patológico? Referido tratamento é fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

PROCURAR ATENDIMENTO MÉDICO DE URGÊNCIA (ORIENTADA DURANTE A PERÍCIA) PARA REALIZAR EXAMES DE IMAGEM E LABORATORIAIS PARA PROPEDEÚTICA DE INFECÇÃO E OSTEOMIELOTE DA COLUNA TORACOLOMBAR E PROGRAMAR FECHAMENTO DA FÍSTULA. SIM.

A(s) manifestação(ões) patológica(s) diagnosticada(s) é(são) contagiosa(s)? Em caso afirmativo, o risco de contágio é baixo, moderado ou elevado?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

(X) NÃO É CONTAGIOSA.

SIM. RISCO DE CONTÁGIO: () BAIXO () MODERADO () ELEVADO

4. DOS IMPEDIMENTOS de natureza física, mental, intelectual ou sensorial

Qual(is) o(s) impedimento(s) significativo(s) de natureza física, mental, intelectual ou sensorial a que o(a) Periciado(a) está, ou esteve, em princípio, sujeito(a) em razão das manifestação(ões) patológica(s) diagnosticada(s)? No caso de inexistir(em) impedimento(s) dessa natureza na atualidade, explicitar se porventura existiu(ram) no passado em razão do quadro patológico em comento.

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

FRATURA INSTÁVEL DE T12.

Qual o grau (leve, moderado ou severo [intenso]) do(s) referido(s) impedimento(s)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

GRAU DO IMPEDIMENTO: () LEVE () MODERADO (X) INTENSO

Ainda que por aproximação, qual a data (ou período) do provável início do(s) aludido(s) impedimento(s)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

MEADOS DE 2016(PRIMEIRO DOCUMENTO COMPROBATÓRIO).

Em caso de o(s) mencionado(s) impedimento(s) ter(em) sido superado(s), qual a provável data (ou período) em que cessou(aram)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

NÃO CESSARAM.

O(s) aludido(s) impedimento(s) te(ê)m caráter temporário (provisório) ou permanente (definitivo)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A): (X) TEMPORÁRIO () PERMANENTE

Em caso de possuir(írem) caráter temporário (provisório), qual a duração estimada do(s) citado(s) impedimento(s)?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

3 ANOS.

O(s) impedimento(s) pode(m) ser qualificado(s) como de longo prazo, entendendo-se como tal aqueles que produzem efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A): (X) SIM () NÃO

O(s) impedimento(s) acarreta(m) ao(à) Periciado(a) significativa limitação da capacidade de desempenho de suas atividades profissionais regulares?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A): (X) SIM () NÃO

O(s) impedimento(s) obstruem significativamente a participação plena e efetiva do(a) Periciado(a) na sociedade em condições de relativa e satisfatória igualdade com as demais pessoas? Levar em consideração as condições pessoais e socioambientais em que o(a) Periciado se encontra (idade, profissão, colocação atual no mercado de trabalho, grau de instrução, condição familiar, local em que reside etc). Justifique a resposta.

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

SIM. PERICIANDA COM DORES, FEBRE, PERDA DE PESO E MAIS GRANDE DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO.

O(s) impedimento(s) acarreta(m) ao(à) Periciado(a) redução efetiva e acentuada de sua capacidade de inclusão social?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A): (X) SIM () NÃO

5. DA (IN)CAPACIDADE PARA A VIDA INDEPENDENTE

A incapacidade torna o(a) Periciado(a) dependente de outras pessoas para a realização das atividades da vida diária?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

NÃO.

O(a) Periciado(a) encontra-se plenamente capaz de exercer, de forma independente, os atos em geral da vida diária sem a necessidade de auxílio, vigilância, assistência ou acompanhamento de terceiros? O(a) Periciado(a) tem autonomia para realizar, sozinho, atividades instrumentais básicas da vida diária, tais como as tarefas de higiene pessoal, arrumar-se, tomar banho, alimentar-se, vestir-se, etc.?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

SIM.

O(a) Periciado(a) tem necessidade da manutenção permanente e rotineira de cuidados médicos ou de enfermagem?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A):

NÃO.

VIII. DOS COMENTÁRIOS ADICIONAIS

Que outros comentários ou esclarecimentos adicionais o(a) Sr(a).

Perito(a) considera relevantes para a melhor compreensão do estado de saúde, dos impedimentos pertinentes e da (in)capacidade do(a)

Periciado(a) para o trabalho, para a vida independente e, em caso de criança ou adolescente, para o exercício das atividades próprias de sua respectiva idade?

RESPOSTA DO(A) PERITO(A): SEM COMENTÁRIOS ADICIONAIS.

Fortaleza, 24 de NOVEMBRO de 2017.

Rafael Barros Botelho – CREMEC 13307

Médico-Perito

SERVIÇO SOCIAL
PARECER SÓCIO-ECONÔMICO

Nº DO PROCESSO: 0525169-07.2017.4.05.8100

1. DADOS PESSOAIS

Nome: Eliete Felix de Sousa

Data de Nascimento: 09/10/55

CPF: 901245963-04 RG: 99099180110

Escolaridade: 8º. Ano do ensino fundamental

Filiação: Felix Antonio Policarpo e Otacilio Elvira Policarpo

Endereço: Rua E, Quadra 6, Bloco 03 – Jangurussu - Fortaleza - CE

Telefones: 987336259

Motivo: Pretensão Assistencial- Benefício de Prestação Continuada – BPC deficiente

2. COMPOSIÇÃO FAMILIAR

Nº	NOME	DATA DE NASC.	PARENTESCO	OCUPAÇÃO	RENDA	DOCUMENTO
1	Eliete Felix de Sousa	09/10/55	Assistida	Não possui	R\$ 87,00 (Programa Bolsa Família)	CPF 901245963-04
2	Robert Maiko Santos de Araújo	02/05/81	Companheiro	Reciclagem	R\$ 100,00	CPF 934465943-53

3. SITUAÇÃO SOCIAL

No dia 17 de Março de 2018 foi realizada visita domiciliar à assistida **Eliete Felix de Sousa** a fim de averiguar a situação social em que a mesma está inserida, priorizando a obtenção de informações necessárias à análise de concessão de Benefício de Prestação Continuada – BPC - da Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS.

A requerente ingressou com pedido de Benefício de Prestação Continuada – BPC – da Lei Orgânica da Assistência Social / LOAS junto ao INSS alegando a condição de **pessoa com deficiência**. Ocorre que o benefício pleiteado foi indeferido pelo **não enquadramento no critério de deficiência** necessário à concessão do referido benefício. Diante de tal indeferimento, ingressou posteriormente com pedido judicial a fim de obter o benefício em questão.

Segundo relatos a autora é separada de fato há 49 anos, porém informou que vive maritalmente com Sr. Robert.

De acordo com informações a assistida apresenta “sequela de fratura de vértebra dorsal”. A autora realiza acompanhamento médico no Posto de Saúde, com frequência de três em três meses. A assistida informou que faz uso de *paco, dipirona, ibuprofeno, cloreto de sódio, omeprazol, dorflex, ciprofloxacina e torsilax*.

Ressaltou-se que a família acessa os serviços do CRAS. Destaca-se que a autora vivencia situações de preconceito por parte da comunidade. Ademais, a assistida estabelece boa relação com a vizinhança.

Acrescenta-se que a requerente exerceu atividade de trabalho como auxiliar de serviços gerais, porém afirma que está sem trabalhar há 20 anos.

4. SITUAÇÃO DE MORADIA

De acordo com declarações, a assistida **reside juntamente com seu companheiro em casa própria há quatro meses, uma vez que a autora fora contemplada com um apartamento do conjunto habitacional no município de Fortaleza-CE.**

A rua onde se localiza o imóvel é pavimentada. A localidade dispõe de rede de equipamentos sociais (postos de saúde, escolas, etc.) e apresenta altos índices de violência urbana e drogadição.

Trata-se de um apartamento constituído de tijolo, em boas condições de habitação, dividida da seguinte maneira: 01 sala, 01 cozinha, 02 quartos e 01 banheiro.

A residência dispõe de instalações hidráulicas e elétricas, sendo o abastecimento de água através da CAGECE. A mobília do imóvel apresenta estado de aparente desgaste. Os eletrodomésticos presentes na casa são: uma televisão e um fogão. A casa apresenta compartimentos com piso de cerâmica. As paredes são rebocadas e pintadas com tinta d'água. A cobertura do imóvel é forrada e as portas são de madeira, com janelas de vidro.

5. SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA

Segundo relatos a família da autora é beneficiária do Programa de Transferência de Renda Bolsa Família, cujo valor mensal corresponde à R\$ 87,00 (oitenta e sete reais).

De acordo com informações a renda familiar é proveniente exclusivamente do Programa Bolsa Família e do trabalho informal do companheiro da pericianda com

reciclagem, o qual auferে renda de aproximadamente R\$ 100,00 (cem reais).

Conforme relatos as despesas mensais do núcleo familiar em pauta estão elencadas, em valores aproximados, na tabela abaixo:

ENERGIA	ÁGUA	PL. FUNER.	REMÉDIOS	TELEFONE	PRESTAÇÃO	GÁS
R\$ 50,00	R\$ 20,00	-	R\$ 50,00	-	-	R\$ 75,00 (dois meses)
ALIMENTOS	INTERNET	TRANSPORTE	EDUCAÇÃO	ALUGUEL	FRALDAS	OUTROS
R\$ 100,00 + doações	-	-	-	-	-	-

6. ANÁLISE SOCIAL

A Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS- 8.742/93), em seu artigo 20, Capítulo IV, que trata dos Benefícios, dos Serviços, dos Programas e dos Projetos de Assistência Social, especificamente a Seção I, do Benefício de Prestação Continuada, o define como um salário mínimo destinado a idosos acima de 65 anos e à pessoa portadora de deficiência, desde que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

O Decreto nº 6.214/ 2007, que regula o Benefício de Prestação Continuada, esclarece no artigo 4º, incisos II e III, para fins de reconhecimento do direito ao benefício, o que é considerado pessoa com deficiência e incapacidade, de tal modo “... II- **pessoa com deficiência:** aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho; III- **incapacidade:** fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com a deficiência e seu ambiente físico e social”.

7. PARECER SOCIAL

Desta forma, com a perícia social e de acordo com a entrevista realizada, conclui-se que a parte autora encontra-se em situação econômica desfavorável, uma vez que os recursos financeiros da família não atendem de modo satisfatório todas as necessidades do núcleo em pauta.

A assistida utiliza os serviços públicos nas áreas de saúde e transporte. Convém informar que os familiares não dispõem de recursos suficientes para melhor assistir a requerente.

Ressalta-se que a autora vive em situação de extrema pobreza e vulnerabilidade social, bem como apresenta saúde fragilizada.

Conclui-se que a carência de recursos financeiros compromete a manutenção de sua moradia, sobrevivência, saúde, dignidade e o deferimento do benefício pleiteado poderá garantir à família uma significativa melhoria em sua qualidade de vida.

Fortaleza, 03 de Abril de 2018.

Aline Coutinho Cavalcante

Assistente Social

CRESS 4151



~~XXXXXXXXXX~~
 GRANDE CICOLHA
 Nº 36502 - 052
 CARRO
 Ex: Cecilia - Empresa
 Tel: 98957.01.04 FIMA
 17/07/16 - 07:45 HORA
 Praça do Embaix. PMW-0467

