



PROCURAÇÃO "AD-JUDÍCIA"

Nome Maria Sonete de Araújo
nacionalidade Brasileira, estado civil Casada
profissão Agricultora, RG nº 2008853749-3 SSP/CE
CPF nº 81101732334, residente e domiciliado(a) na
Vila Inhacim nº 517
bairro Zona Rural, na cidade de Vila Rica - CE.

Pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui sua bastante procuradora a advogada, Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/TO 4225, com escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá-Ce.

A quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad-judícia", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até o final da decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os conferindo-lhe, ainda poderes especiais para confessar, desistir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, ação ordinária, procedimento sumário, embargos, agravos, representando ainda o outorgante, para o fim do disposto nos artigos nº. s 447 do Código do Processo Civil, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e valioso.

Lucrecia -CE, 02 de maio de 2017.

Maria Sonete de Araújo

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Marcia Isonele de Araújo
nacionalidade Brasileira, estado civil casado
profissão Agricultora, RG nº 2008853749-3 SSP/CE,
CPF nº 811-017.323-34, residente e domiciliado(a) na
Vila Inhaurim, nº 511, bairro Zona Rural
na cidade de Vicosa-CE, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Leicosa - ce de maio de 2017.

Marcia Isonele de Araújo

Assinatura

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO DO ESTADO DO CEARÁ

REGISTRO DE IDENTIFICAÇÃO DE INDIVÍDUOS

CARTÃO DE IDENTIDADE

Maria José de Araújo

Polegar Direito

1

VALIA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

200855/49 - 3

25/06/2014

Nome
MARIA JOSÉ DE ARAÚJO

Matrícula
PRINCIPAL CÍVIL DE ARAÚJO

Nome
ISABEL PEREIRA DIAS

Matrícula
VÍCIOS DO CÍVIL - CE

Data de Nascimento
18/02/1965

Carteira
CEST - NASCIMENTO - CARTÃO: 1 - OFÍCIO TERMO: 13702 - FOLHA: 100V

LEI Nº 7.118 DE 20/09/73

Assinatura do Detentor

Assinatura do Emissor

RG: ANT: 1011995-06

P. 1. 14



INSTITUTO DA FAZENDA

SECRETARIA DA FAZENDA

CPF

811017323-34

MARIA JOSÉ DE ARAÚJO

18/02/1965

3853681-1

COOPER



33 31144 11 042700 - 7

350844445

17/07/2014

RAIMUNDO FELIX DE OLIVEIRA

VL INHARIN 00013

SUL - VICOSA CEARA - 62300000

24253146

0000 0000

04-RURAL MONOFASICO

366921582-49

Jul/2014 18/08/2014 18/08/2014

TIPO

No 1/2014

POT= 0,00

ELET

CENSO

5,55 0,10 0,00 0,00 0,00 0,00

0,55 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,20 0,00

0720.101F.715.3069.4455.7594.407.4066

4294

4214

1,00

00

0,00

00

0,00

0,00

0,00

0,00

17-07-14

18-08-14

31 Dias

00

19,93

VALOR CONSUMO DO MES

19,93

Multa Moratoria Ref 04/2014

0,36

CORRECAO MONETARIA DO MES

0,09

JUROS DO MES

0,22

VENCIMENTO

25/08/2014

20,60

Energia 10,20
 Aluguel 0,00
 Distribuição 0,00
 Encargos de Juros 0,40
 Total 10,60

61	60	729	60	89	83	86	64	54	60	62	67	60
----	----	-----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

CONTAS EM ATRASO

ANEXO DE DEBITO VENCIDO:

Informamos a todos os devedores vencidos sem estarem inscritos até este data, no valor de R\$ 10,60. Se o fornecedor de energia ainda se recusar a pagar até 30 dias contados a partir da data de vencimento e não pagar.

DEBITOS ANTERIORES

Mes Ano Valor R\$

07-2014 10,60

08-2014 10,60

09-2014 10,60

EM POSIÇÃO DE PAGAMENTO PARA PAGAMENTO DE R\$ 10,60



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



CERTIDÃO

ANTONIO VIANA BARBOSA JUNIOR, Escrivão de Polícia civil, lotado na Superintendência de Polícia civil, com exercício na Delegacia Regional de Polícia civil de Sobral, no uso de suas atribuições legais etc.

CERTIFICA, a requerimento verbal da parte interessada para os devidos fins de aditamento, que consta no SISTEMA DE INFORMAÇÕES POLICIAIS – SIP, o registro do BO Nº 570-472/2015, noticiando acidente de trânsito acontecido na data de 19/10/2013, às 21:40 horas, em que o Sr. MARIA ISONETE DE ARAÚJO figura como vítima lesionada, sendo que o referido senhor compareceu a esta repartição policial e requereu o aditamento do referido registro, posto que o sinistro que o vitimou se deu de fato na data de 09/10/2014, às 21:40 horas e não na data de 19/10/2013 como fora divulgado no aludido registro. O referido é verdade. Dou fé.

Tianguá-CE, 11 de maio de 2015.

ANTONIO VIANA BARBOSA JUNIOR
Escrivão de Polícia Civil
Matrícula 133.968-1-7

Antonio Viana Barbosa Junior
Escrivão de Polícia
Matrícula 133.968-1-7



fábio Araujo <afavicsa@gmail.com>



50/607637 - MARIA ISONETE DE ARAUJO [PROCESSO PAGO]

Mensagem

Brasil <noreply@proevodpvt.com.br>
ponder a: Regbrasil <noreply@proevodpvt.com.br>
afavicsa@gmail.com

30 de julho de 2015 17:06

Sinistro: 3150/607637
Vítima: MARIA ISONETE DE ARAUJO

REGBRASIL
CONSULTORIA

Vítima

Dados pessoais

Vítima: MARIA ISONETE DE ARAUJO

Endereço: VILA INHARIM SN

Bairro: ZONA RURAL

CEP: 62300-000

Nascimento: 1965-02-18

Data do Sinistro: 2013-10-19

Cidade: VICOSA DO CEARA

UF: CE

Código da vítima: NÃO TRANSPORTADO

Natureza: INVALIDEZ

CPF: 811.017.323-34

Valor (DAMS):

Beneficiário

Beneficiário 1

Nome 1: MARIA ISONETE DE ARAUJO

CPF/CNPJ: 811.017.323-34

Cidade: VICOSA DO CEARA

Banco: 237

Data de nascimento: 18/02/1965

UF: CE

Agência: 0727-7

Conta: 1006572-0

Histórico

Data	Status	Descrição
07/2015	ANALISE SEGURADORA LIDER	
06/2015	EXIGENCIA REGBRASIL	♦ RECEBEMOS DECLARAÇÃO DA VITIMA ♦ ENVIAR ESCLARECIMENTOS QUANTO A DIVERGÊNCIA DE DATAS, NA DOCUMENTAÇÃO MEDICA CONSTA 10/10/2014, NO BOLETIM DE OCORRÊNCIA CONSTA 19/10/2014 /// ENVIAR ATO DECLARATÓRIO (Quando o registro for por ato declaratório, será indispensável a apresentação de documentos adicionais, contemporâneos ao acidente, que demonstrem e comprovem a existência do acidente, as circunstancias e a participação do interessado).
03/2015	EXIGENCIA REGBRASIL	

Dados do pagamento

Beneficiário	Data	Valor	Estorno
MARIA ISONETE DE ARAUJO	31/07/2015	R\$ 1.687,50	

Atenciosamente
Equipe Regbrasil

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

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



NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

MARIA JZONETE DE SAUS

Nº DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

09/10/14

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

09/10/14

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

MARCELO PTA CRM 10671

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Fratura uterina de acidente notoriamente amarrado na
lume + fratura abaxial + fratura de mancha estue
equino.

DADOS RESULTANTES DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS):

Fratura foi encaminhada para cirurgia com nave ornamental
cirurgia e depois substituída a substituição giratória de
proteção evolutiva para musculatura.

EXISTE ALGUM DEFÉITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO
CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE
TRATAMENTO.

(X) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

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

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

Fratura articular + edema de PNE em torno de 70%
(X) (nenhuma)

FORMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
EAS-RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Local

27/05/15

DATA

Dr. Marcelo PTA
Ortopedista e Traumatologista
CRM 10671 TEST 12915

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
AV. JOSE FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ-CE
FONE: (088) 3632.1119



FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL
200376 143920001-1

Registro: _____ Nº Prontuário: _____ Cor: _____
Nome: Maria Izonete de Araújo DN: 18/02/65
Sexo: Fem Estado Civil: solteira
Mãe: Isabel Pereira Dias Nome do Pai: João Cândido Araújo
Filho: St. Inocencio Município: Viçosa - Ce
Hora do atendimento: 09:10:10 Horas: 21:40
Local: Atendimento Religião: _____
Identificação: RG: 2008855749-3

Elviana Araújo de Oliveira
Assinatura do Paciente ou Responsável

Vitais:

☒ x ☐ 100 MM Hg FR ☐ Inc/min FC ☐ Bat/min Temp. ☐ °C. Peso: ☐

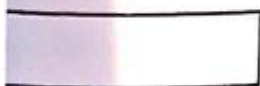
Principal

Paralisação do motor do veículo
devido ao fato de o veículo estar
com o motor desligado

co:

gnóstica:

definitivo:



Assinatura e Carimbo

Orbe

Enfermagem - Consumo de Material

[illegible][illegible]

Controle de Exames Solicitados		

Destino:

☐ Alta ☐ À Pedido ☐ Decisão Médica ☐ Transferência para: _____
☐ Óbito ☐ IML ☐ Atestado de Óbito, Data e Hora de Ocorrência: _____

Assinatura e Carimbo do Médico

FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem:

Município Sanitário:

Nome:

Maria Jhonete de Araújo

Município:

Sexo:

☐ M ☒ F

Data de Nascimento:

11/02/65

Prontuário Nº:

Endereço:

St. Ananias

Ocupação:

Cidade:

Município:

Fone:

Motivo do Encaminhamento:

Paciente sofreu acidente automobilístico, dirige de motocicleta há 15 dias, el pte de cabeça da max antioide de afobata

Resultado do(s) Exame(s):

Radiografia de HIE.

Conduta já Realizada:

Estabilização clínica.

Raquel Brito de Araújo
CPE: 004.397.343-47
Secretaria de Saúde

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Dra. Isis Afonso

Solicito avaliação e conduta do ortopedista

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento:

☐ Ambulatorial

☐ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência:

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário Nº

Data da Alta:

Sumo Clínico / Cirúrgico:

Resultado do(s) Exame(s):

Diagnóstico: Principal

CID:

Secundário 1

CID:

Secundário 2

CID:

Posta de Consulta para seguimento:

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

24.10.14
CNS: 200.17614-2200
Local: VICOSA DO CEARA
Município: VICOSA DO CEARA
UF: CE
Data de Nascimento: 18/02/1965
Idade: 48 Anos(s)
Sexo: F
CPF: 82300-000
UF: CE
CID: 12525/CE
Responsável: ADRIANA VONETE
Município: VICOSA DO CEARA
UF: 12525/CE
CPF do Responsável: COSMA F. VES DE SOUSA

ombro
clavícula

Acid - em mãos 16 dia
Veg Social e SIC Aguardava a cirurgia
Re torção do AP+P
fratura malucos later 2
Welder 1

- Bioten zero
- Consa zero



claudiana Araújo de almeida
assinatura Paciente/Responsável

atendime gerencia 15/11/02
20/11/02



UNIDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES

Atendimento - AMBULATORIO (BLOCO NOVO)

Paciente: MARIA MONETE DE ARAUJO
 Nascimento: 18/02/1965
 Local: VIOSA DO CEARA/CE
 Sexo: F
 Idade: 49 Anos

DNS: 20078149820001
 Est. Civil: Casada
 CEP: 61300-000
 UF: CE

Município: VIOSA DO CEARA
 Responsável: MARIA MONETE
 Município: VIOSA DO CEARA
 UF: CE

CRM/UF: 12525/CE
 Fundador: CAROLINE LOPES SILVA
 CPF do Responsável:

kg Altura (cm):
 Sinais Vitais: T (°C):
 P (bpm): R (rpm): PA (mmHg): X

Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

FAK - 09 - (0 - 14)
 24/02/10 - 09 - 14 - 11
 200 - 2 - 10 - 11

Rx torax (2)
 fratura múltipla tórax e útero
 No. torax e útero -
 pseudo artrose
 Ombro esquerdo
 fratura humeral
 fratura
 ATX

29/12/14
 H

2
 FERNANDO PANIZZA - CRM: 12525

Claudia Araujo de Oliveira
 Assinatura Paciente/Responsável

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

CASA
RICARDO
L. SOBRAL

Atend: 0754950 21. Atenção: 10.10.2014 10:00
Rec: 0.0.0.0 0.0.0.0 0.0.0.0 0.0.0.0
Nome: MARIA LIZONETE DE ARAUJO
End: RUA INHARIM D
ZONA RURAL: VICOSA DO CEARA-CE: CEP: 62000000



ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐

ACOLHIMENTO

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: _____

PROCEDÊNCIA: Urgência

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

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

Original
CONFERIDO
em Auditoria

NÃO ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
- ☐ É LONGE DE CASA
- ☐ NUNCA TEM MÉDICO
- ☐ TEM PLANO DE SAÚDE
- ☐ SAMU
- ☐ CARRO
- ☐ DEAMBULANDO
- ☒ OUTRAS AMBULANCIAS
- ☐ MOTO, BICICLETA...

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

DA DO ACOLHIMENTO:

Acidente com queda de moto, apresentando fratura
na região do antebraço e no braço direito, com
hemorragia e dor intensa no local.
PULSO: 72 FR: 120 TEMP.: 36,5 PESO: 60

PO DE ACIDENTE:

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

OUTROS

LOCAL DO ACIDENTE:

Domicílio

☐ Via Pública

☐ Escola

☐ Outros

DE TRAUMA

- ☐ CE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL ☐ DESCONHECIDO
☐ PAI ☐ PADASTRO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Paciente vítima de acidente automobilístico. Agredido e espancado, 15, referindo dor abdominal, em hipogástrio. História de acidente recente, com lesão no tórax. Paciente com queixa de um episódio de urina no sangue.

CONDUTA: _____

DIAGNÓSTICO: _____

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

- ☐ COM MEDICAÇÃO
☐ SEM MEDICAÇÃO

- ☐ ALTA COMPLEXIDADE
☐ INTERNAÇÃO

- ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO

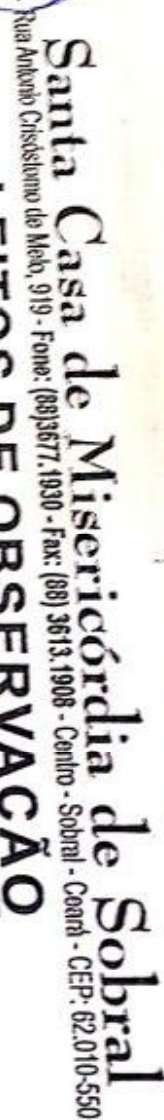
OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☐ INTERNADO: ☐ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data: ____/____/____

Hora: _____



LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: Maria Zocete de Jesus

Matrícula: 717 381

Rog: 3454486 Lelto:

Quelxas:

Diagnóstico: Polifrenema / Guineidopsis

[illegible]

OLITRAUMA

1 DESCONHECIDO

OLÓGICO
LÓGICO

CONFIDENTIAL
ORIGINAL

PARECER DO ESPECIALISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA

ORTO PÉ D/A

PRESENTE POULTIM UNITIZADA,
COM FRATURA DO METACARPO
LATERAL FETAL DE LESÃO
FIBRINÁRIA DO OS

CD: OSTEOMIELITE DO TORNADO
ACUMULADA VACA EM HOSPITAL
DE ORTOPEDIAS TRAUMATOLOGIA
E FISIOTERAPIA EM ORTO (E)

Adriano de Almeida Pereira
MÉDICO
CRM-CE 12379

COLEGIO DE MÉDICOS
DO ESTADO DO CEARÁ
CONSELHO REGIONAL DE MÉDICOS
DO CEARÁ - CRM-CE

Destino do Paciente:

Data: 1 / 120

Assinatura - CRM

Assinatura - CRM



Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Sobral - Ceará - CEP: 62010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: W. Lyant de Araújo

Diagnóstico: _____

Matrícula: 827381

Reg.: 3034956 Leito: 40

Queixas: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
10-10			6:30	encontra-se bem, alívio
				urgência médica, aceso
				veroso mantido, aguarda
				conduta do neurosur
				40x70 mmHg, 76, 77, 78
				bilírub. 980, 776 //
			8:30	avaliado pelo neuro-
				logista //
			7hs	administrado medicação
				ação do item (3) bilírub.
				980, 776 //
			13hs	administrado medicamento
				do item (3) bilírub. 980, 776 //

CONFERIDO
Técnico em Análises

CONF. ORIGINAL
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
ANEXO 1

Carimbo e Assinatura do Chefe do Serviço

**SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL
ENTIDADE FILANTROPICA**

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.011-100

CONFERE COM O ORIGINAL

Paciente: Mrs. J. B. Smith Dr. Smith

Matrícula: 82.7381

Reg.: 3954956 Leito:

Diagnóstico:

[illegible]

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COMPEN)

Col. 263

Rev 29 / Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723



Matrícula: 827381 Reg.: 3954956 leito:

— Queixas: _____

CONFERIDO
Técnico em Auditoria

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:

NOME: V^o Izabela de Almeida Nº PRONTUÁRIO 822.001

SETOR: Emerg ENFERMARIA: Obs LEITO: 1

DATA

10.10.14 Paciente da Neurocirurgia
paciente 48 anos, TCE, queda de moto, mecanismo
traumático, dor torácica, dor abdominal

- Glasgow 15, sem déficit motor

Rx cervical normal, mas não se visualiza C7 T1
Rx coluna T + L → normais.

cd: solicitou TC coluna cervical
evoluir clínica/cirúrgica politrauma
(dor abdominal)

Stamp: Santa Casa de Misericórdia de Sobral, CONF. COM O ORIGINAL, Montagem

CONFERIDO
Técnico em Auditoria

Dr. Keven Perreira da Ponte
NEUROLOGIA
CRM 10830 CPF 834.061.003-25

CINURSV

Ptk 5/ dor abdome - Abdo
flesido 5/ punção L

HMD este

Apresenta frnt / tran largu
cn. Neov. NEURO

Parecer Tran b

Aet. Cin Genl

Stamp: Dr. Rodrigo Perreira, Cirurgião Plástico

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3617.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

10/10/14

Neurocirurgia

TC cervical (10/10) → ausência de fratura
 ou outro lesão de natureza traumática
 evidente; espondilose cervical

cd: alta neurocirúrgica

Dr. Reven Ferreira da Silva
 NEUROLOGIA
 CRM 10830

11/10/14

Evolução Médica

Paciente evolui clinicamente estável e sem
 queixas.

Exame físico:

- BEG: boa, normotensa, hidratada.
- ACV: BNE OT, SIS.
- AP: MYO e RA.

- Abdome: RHA, flácido, indolor à palpação.

Conduta:

- Encaminhado à sala de gesso p/ imobilização fixa.
- Alta hospitalar p/ aguardar cirurgia em outro
 local de origem.

Dr. Envaldo Mororo
 MÉDICO
 CRM: 8633

Dr. Envaldo Mororo
 MÉDICO
 CRM: 8633



FICHA DE REFERENCIA

DO SUS

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: _____

Prontuário: _____

Sexo: ☐ M ☒ F

Data de Nascimento: _____

Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo de Encaminhamento: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Raquel Brito de Araújo

CPF: 094.397.343-47

Secretária de Saúde

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____

Função _____

Data _____

Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro _____

Função _____

Data _____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N° _____

Data da Alta _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

Diagnóstico Principal: _____

CID: _____

Secundário 1: _____

CID: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento: _____

O Problema justificou a referência?

☐ Sim

☐ Não

Motivo da referência coincide com o diagnóstico?

☐ Sim

☐ Não

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____

Função _____

Data _____

Hora: _____