

PROCURAÇÃO AD JUDICIA



Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Inacio Rodrigues Magalhães, nacionalidade Brasileiro,
estado civil solteiro, profissão autônomo, RG nº 865.934 SSP/CPF nº
056.317.853.15 residente e domiciliado(a) na Rua Professor João Luiza nº 223 bairro
centro, na cidade de Licença, e-mail: _____, constituo e nomeio a
bastante procuradora:

OUTORGADA: Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, eq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:
lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer
Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para
propor **AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS**
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Licença - CE, 20 de setembro de 2017.

Inacio Rodrigues Magalhães
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, eq. Mt. Quincas Bezzeril. Centro.
88' 3671 2583 88'99622..9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.

Declaração de Residência
(Lei nº 7.115/53)



Eu, Inacio Rodrigues Magalhães, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão autônomo, portador(a) do RG nº 865.954 SSP/ ce e CPF nº 056.317.853 - 15, filho de pai João Rodrigues Filho e mãe Inacia do Livramento Magalhães Rodrigues DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Rua professor João Luana, nº 323 bairro centro, na cidade de Lucena - ce, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Lucena - ce, 20/09/2017.

Inacio Rodrigues Magalhães

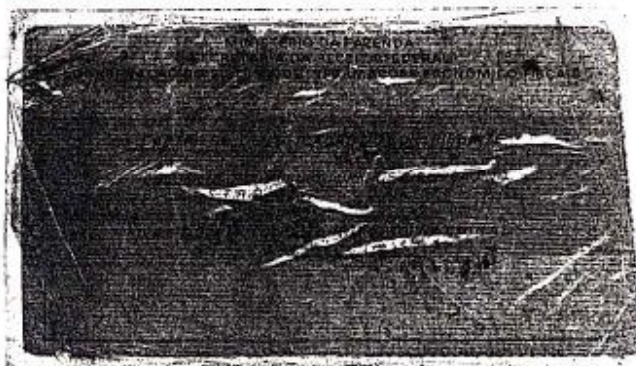
PEDIDO DE GRATUIDADE DE JUSTIÇA



Eu, Inacio Rodrigues magalhães
nacionalidade Brasileiro, estado civil solteiro
profissão autônomo portador do R.G. nº
865.954, inscrito no CPF nº 056.317.853-15
residente e domiciliado Rua Professor João Viana
bairro centro, cidade Zucosá. Declaro para os
devidos fins e efeitos de direito, que não tenho condições de arcar com
as custas deste processo sem prejuízo do meu próprio sustento, bem
como de meus familiares, requerendo com base na Lei 1.0606/50, com a
nova redação que lhe deu a Lei 7.510/86, a concessão da gratuidade de
justiça.

Zucosá - a 20 de setembro de 2017

Inacio Rodrigues Magalhães



124730-1

COELCE



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - 0142750 - 1

Rota 03 31140 01 042750 - 1
 Nome INACIO RODRIGUES MAGALHAES
 End. Postal RUA PROFESSOR JOAO VIANA 00623
 - VICOSA CEARA - 62300000
 Medidor 1692334
 Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO
 RG/CPF/CNPJ 056317853-15
 Nome do Responsável
 Data de Emissão 06/11/2014
 Poste 0000 0000
 Fator de Potência 0,00
 CGF

DATAS			INDICADORES DE CONTINUIDADE					
Período	Data de Apresentação	Período de Referência	Conjunto	VICOSA DO CEARA		EIGD 13,61		
Nov/2014	06/11/2014	04/12/2014	Mês	Set/2014	Out/2014	Nov/2014	Dez/2014	Jan/2015
ICMS			Apuração Individual					
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice	Índice
40,61	27,00%	10,96	ÍNC	5,55	11,10	22,21	0,00	0,00
			ÍTC	3,42	6,85	13,70	0,00	0,00
			ÍMIC	3,20			0,00	

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CLIENTE									
Letr. Atual	Letr. Anterior	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)	Consumo (KWh)
44733	44656	1,00	77	5,04	77	5,04	77	5,04	77
06/11/14	07/10/14	08/09/14	09/08/14	10/07/14	11/06/14	12/05/14	01/04/14	02/03/14	03/02/14

VALOR (R\$)
 40,61
 5,92
 5,00
 5,00
 3,22

VENCIMENTO 13/11/2014

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	12,87	73	77	76	75	73	71	73	84	62	67	75	69
Transmissão	0,00												
Distribuição	0,00												
Encargos Salariais	12,94												
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	40,61												
TOTAL													

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CONTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRABESCO OU BANCO DO BRASIL.
 A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

99 referente a PIS e COFINS
 10,627 ** - ICMS (03)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 459 / 2015



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **20/03/2015 10:23:27**
Data / Hora da Ocorrência : **29/08/2014 17:10:00**
Endereço da Ocorrência: **R AV. LAMARTINE NOGUEIRA**

ZONA URBANA - VICOSA DO CEARÁ /CE

Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO ESTÁDIO**

Histórico

VITIMA COMPARECEU A ESTA UNIDADE POLICIAL PARA NOTICIAR NA DATA E HORA CITADA CIMA ESTAVA GUIANDO A MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 , COR: VEMELHA, PLACA: HUV4887, ANO E MODELO DE FABRICAÇÃO: 1995/1996, CHASSI: 9C2JC2501SRT10662, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO WAGNER ARAÚJO BRANDÃO, PELA AV. LAMARTINE NOGUEIRA, BAIRRO SÃO JOSÉ VICOSA DO CEARÁ, QUANDO SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRANSITO, APÓS COLIDIR COM OUTRA MOTO; QUE VEIO A CAIR AO CHÃO E TEVE TRAUMATISMO CRANIANO GRAVE; QUE FOI SOCORRIDO POR POPULARES E LEVADO AO HOSPITAL DE VICOSA DO CEARÁ E ENCAMINHADO AO HOSPITAL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA EM SOBRAL-CE, ONDE RECEBEU ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO, E ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO CONSEGUIU SE RECUPERAR DAS SEQUELAS CAUSADAS PELO ACIDENTE. ESTE B.O É PARA FINS DEPVAT. QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.

Noticiante(s)

Nome : **INACIO RODRIGUES MAGALHÃES**
Endereço : **R RUA PROFESSOR JOÃO VIANA**
Bairro : **CENTRO 62300000**
Município/UF : **VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL**

Telefone:

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ**

Renan Saraiva Neto
INSPEÇÃO DE POLÍCIA
Mat.: 40489916

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RAIMUNDO RENAN SARAIVA DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 40489916

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **inacio Rodrigues Magalhães**

VISTO DO DELEGADO(A) :

GILK DA SILVA SANTOS - MAT.: 198400-1-8

VÍTIMA INACIO RODRIGUES MAGALHAES
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A
ENDEREÇO Rua dos Andradas, 772, Centro Histórico, Porto Alegre - 23, CEP: 90020-004
BENEFICIÁRIO INACIO RODRIGUES MAGALHAES
CPF/CNPJ: 05631786315

Posição em 31-08-2015 11:04:26

Indenização creditada em 25/08/2015, no valor de R\$ 10.125,00, em banco e conta de titularidade do beneficiário, conforme autorização de pagamento assinado pelo mesmo.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/08/2015	R\$ 10.125,00	R\$ 0,00	R\$ 10.125,00

Acessibilidade

☐ A- ☐ A- ☐

Tradução em Libras

Leitura de Páginas

Atalhos de teclado

Acessibilidade

Como dar entrada

- Como dar entrada - Dicas importantes
- Documentos despesas médicas
- Documentos invalidez permanente
- Documentos morte
- Onde dar entrada
- Dicas indispensáveis

Pague seguro

- Como pagar
- Consulta a pagamentos efetuados
- Informações gerais

Acompanhe o Processo

- Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização
- Mapa do Site
- Dicionário do DPVAT
- Imprensa
- Outros serviços
- Blog Viver Seguro no Trânsito

VISTO EM:
/ /2014

CMT DA
GCMVC



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
SECRETARIA DE INFRAESTRUTURA
GUARDA CIVIL MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ

OCORRÊNCIA

Nº 071/2014

DATA

02/09/2014

SEGUNDA-
FEIRA

CIDADE	ATENDIDO POR	HORÁRIOS			DATA
		OCORRÊNCIA	CONHECIMENTO DO FATO	ATENDIMENTO	OCORRÊNCIA
VIÇOSA DO CEARÁ	PLANTONISTA DO HOSPITAL	17h10min	17h10min	17h10min	29/08/2014

LOCAL DA OCORRÊNCIA
AV LAMARTINE NOGUEIRA PROX AO ESTADIO

RESULTADO FINAL DA AÇÃO
DA GCMVC
FEITO O REGISTRO DA OCORRÊNCIA

NATUREZA DA OCORRÊNCIA

ACIDENTE DE TRÂNSITO

COORDENADOR DE DIA	REGISTRADO POR	SOLICITANTE	ATENDIDO POR	DIGITADO POR
GDA. DIONISIO	GDA. SANTOS		HOSPITAL	GDA. ALEXANDRE

HISTÓRICO: "Segundo informações de populares a vítima vinha de moto e colidiu com outra moto vindo a cair no chão e bater com a cabeça, foi socorrida por populares e depois transferida para Sobral com suspeita de traumatismo craniano."

Dados da Vítima:

Nome: INACIO RODRIGUES MAGALHAES

DADOS DO VEICULO:

HONDA CG 125 PLACA HVV4887

DESPACHO DO CMT DA GCMVC

Guarda Alexandre
(Responsável pelas informações)

RELATÓRIO MÉDICO

SEGURO DPVAT - INVALIDEZ POR ACIDENTE

VÍTIMA: Mauro Rodrigues Magalhães

DATA DO ACIDENTE: 29 / 08 / 2014



1 - ESPECIFICAR AS LESÕES DIRETAMENTE PROVOCADAS PELO ACIDENTE:

Paciente vítima de acidente de trânsito com
Traumatismo Encefalocraniano e Hemorragia
Cerebral subdural

2 - RELACIONAR OS TRATAMENTOS MÉDICOS AOS QUAIS A VÍTIMA FOI SUBMETIDA AO LONGO DO TEMPO, INFORMANDO AS RESPECTIVAS DATAS DE INÍCIO E TÉRMINO:

Realizado tratamento cirúrgico de hematoma
subdural crônico frontal direito; transecto-
ma descompressiva

3 - A VÍTIMA JÁ RECEBEU ALTA DEFINITIVA DE TODOS OS TRATAMENTOS? ☒ SIM - () NÃO

EM CASO POSITIVO, DESDE QUE DATA Dezembro

4 - A VÍTIMA APRESENTOU EXAMES OU LAUDOS MÉDICOS? ☒ SIM (ANEXAR CÓPIAS) - () NÃO

5 - APÓS O TÉRMINO DE TODO O TRATAMENTO, RESULTOU ALGUMA SEQUELA FUNCIONAL DEFINITIVA, QUE O TORNE INCAPAZ PARA SUAS FUNÇÕES HABITUAIS?

☒ SIM - () NÃO

ESPECIFICAR O(S) MEMBRO(S), ÓRGÃO(S) OU FUNÇÃO(ÕES) ATINGIDO(S) E QUANTIFICAR A PERDA OU REDUÇÃO EM VALORES PERCENTUAIS (%). OBS: NÃO SENDO POSSÍVEL DEFINIR ESSA PERDA EM PERCENTUAL, INDICAR APENAS O GRAU APROXIMADO DE REDUÇÃO FUNCIONAL (MÍNIMO, MÉDIO OU MÁXIMO) PARA CADA ITEM.

Cefaleia; Vertigem

Deficit Cognitivo leve

lapses de memória pós-trauma

Exatidão de planejar sequências de movimento

DECLARO QUE EXAMINEI A VÍTIMA ACIMA CITADA NESTA DATA, PORTANTO, ASSUMO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA FIDELIDADE DAS INFORMAÇÕES MÉDICAS AQUI TRANSCRITAS. ESTE RELATÓRIO É SIGILOSO E TEM COMO ÚNICA FINALIDADE A DE FORNECER SUBSÍDIOS MÉDICOS PARA FINS DE ENCAMINHAMENTO DA VÍTIMA AO SEGURO DPVAT. FICANDO TOTALMENTE A CRITÉRIO DA SEGURADORA LÍDER, EFETUAR QUALQUER INDENIZAÇÃO OU RECUSA, BEM COMO REALIZAR PERÍCIA MÉDICA OU REQUERER OUTROS EXAMES PARA DETERMINAÇÃO DE GRAU EXATO DE INCAPACIDADE, SEGUNDO AS NORMAS DE SEGURO EM VIGOR.

Tranquá

LOCAL

27 DE Janeiro

DE 2015

DATA

MIGUEL A. RIBEIRA SEVILLA

Médico

CRM-GO 12.576

DR(A)

ASSINATURA - CARIMBO C/ CRM - ESPECIALIDADE



LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Reg.: 822450 Leito: DBS.

Paciente: José Luis Rodríguez Murguía

Diagnóstico:

[illegible]

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)

C6d. 25

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 822950
Paciente...: INACIO RODRIGUES MAGALHAES CPF...:
Sexo...: MASCULINO Idade...: 68a 10m 6d
Dt. Nasc...: 24/10/1945 Cor...: PARDA
Mãe...: INACIA DO LIVRAMENTO MAGALHAES RODRIGUE
Pai...: JOAO RODRIGUES FILHO CNS...:
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: RUA PROFESSOR JOAO VIANA Nº...: 923
Bairro...: CENTRO CEP...: 62300-000
Cidade...: VICOSA DO CEARA UF...: CE
Fone...: 38321299

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COMO ORIGINAL
S. S. Silva
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
Endereço...:
Documento...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 3910729 Atendente...: FRANCO, PAULO
Data...: 29/08/2014 Hora...: 13:03 Permanência...: 7 Dias
Procedimento...: 0303040076 TRATAMENTO CONSERVADOR DA HEMORRAGIA CEREBRAL
Médico...: RODRIGO AGUIAR BARRETO ALVES
Unidade Int...: UI EMERGENCIA - ADULTA
Leito...: LEITO EX2-EMERGENCIA ADULTA
Convênio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Carteira...:
N. Guia...:

NEUROLOGIA

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
V2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
improvança da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: ANA CAROLINA
Em: 02/09/2014 18:17

Atendimento: 3910729

Dt Atendimento: 29/08/2014 - 13:03

Dt Alta: 02/09/2014 - 18:18

Paciente: 822950 INACIO RODRIGUES MAGALHAES

Serviço: 18 NEUROLOGIA

Convênio: 1 SUS - SIH

Leito: 138 LEITO 1247 - C.S.M.EUFRASIO

Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA

Usuário: ANA CAROLINA

QID: 1618

OUTRAS HEMORRAGIAS INTRACEREBRAIS

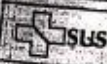
Procedimento de Alta 0303040076 - TRATAMENTO CONSERVADOR DA HEMORRAGIA CEREBRAL

Observação de Alta

ALTA MELHORADA

NEUROLOGIA

ANA CAROLINA DE SOUSA ALBUQUERQUE



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

3 - CNAE
30211114

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

4 - CNAE
30211114

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ATEND.: 3910729 DT. ATEND.: 29/8/2014 - 13:03
MATR.: 822930 NASCIMENTO.: 24/10/1945
NOME.: INACIO RODRIGUES MAGALHES
NAC.: INACIO DO LIVRAMENTO MAGALHES RODRIGUES
CPF.: CNS: SUSFACIL:
ENDER.: RUA PROFESSOR JOAO VIANA 823
BAIRRO: CENTRO - VITORIA DO CEARA

-CE- CEP: 62300000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - SEXO

8 - RAÇA/COR

9 - DATA DE NASCIMENTO

10 - DATA DE ATENDIMENTO

11 - DATA DE EXAME

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - COD. IBOE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

NEUROLOGIA

Paciente sexo masculino, 69 anos apresentando
do dificuldade para andar em decúbito.
Tomografia craniana apresentando hemorragia
subdural

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Risco de complicação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Cinomane + exame físico

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL
Hemorragia subdural

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 TERCIÁRIO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervenção Hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (IN DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CID 10 DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - CENSO

42 - CNAE EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

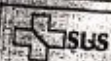
48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (IN DO REGISTRO DO CONSELHO)



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - CENSA
3 0 2 1 1 1 4

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CENSA
3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ATEND.: 3910729 DT. ATEND.: 29/8/2014 - 13:03
MATR.: 822950 NASCIMENTO.: 24/10/1945
NOME.: INACIO RODRIGUES MAGALHÃES
MRE.: INACIA DO LIVRAMENTO MAGALHÃES RODRIGUES
CPF.: CDS: SUSFACIL:
ENDER.: RUA PROFESSOR JOAO VIANA 823
BAIRRO: CENTRO - VIGOSA DO CEARA -CE- CEP: 62300000

6 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 - RACIA

11 - RACIA

12 - TELEFONE DE CONTATO

13 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

15 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente sexo masculino, 69 anos apresentando
do dificuldade progressiva em deambular,
tomo gráve craniotomia apresentando hemorragia
subdural

NEUROLOGIA

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Craniotomia + drenagem



Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hemorragia subdural

24 - CID 10 PRINCIPAL - 25 - CID 10 SECUND - 26 - CID 10 TERCIA

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Hospitalar

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA EMPRESA

40 - Nº DO BILHETE

41 - Selo

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

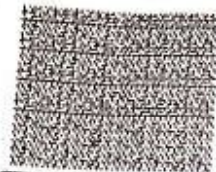
48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico
Ficha de Cirurgia Descritiva



Aviso de Cirurgia : 248773
Paciente : 822950
Convênio Atend. : 1
Leito : 1515

Sala : 0003 SALA 03
INACIO RODRIGUES MAGALHAES
SUS - SIH
LEITO EX2-EMERGENCIA ADULTA
Dt. Firm :

Atendimento : 3910729
Carteira :
Idade : 58 Anos 5 Dias 16 Horas

Procedimentos

Procedimento : 0403010314
Convênio : 001
Anestesia :

TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO
SUS - SIH

Equipe Médica

ANESTESISTA
CIRURGIO

12005 JONATHAS DE AGUIAR CAVALCANTE
9032 PAULO ROBERTO LACERDA LEAL

Descrição

Descrição Cirúrgica :

- TRAT.CIR.DE HEMATOMA SUB-DURAL CRONICO.
- INCISAO FRONTAL DIREITA
- INCISAO PARIETAL DIREITA
- TREPANACAO FRONTAL DIREITA
- TREPANACAO PARIETAL DIREITA
- ABERTURA DA DURA-MATER
- DRENAGEM DE VOLUMOSO HEMATOMA SUBDURAL CRONICO SOB PRESSAO
- LAVAGEM DA CAVIDADE COM SORO FISIOLÓGICO MORNO
- HEMOSTASE COM SURGICEL
- SINTESE

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

DR(A) : PAULO ROBERTO LACERDA LEAL
CRM : 9032

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERE COM
R. S. GORIGIN
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Call 1-800-4-A-DRUGS or (800) 251-5752

PLANO TERAPEUTICO



Nome: **Lucio Rodrigues Mopelher**

Data: **29.01.14** PRESCRIÇÃO MÉDICA

Dieta: **3ra. Dieta**
 med. **3ra. Dieta**
 SF **0,1** 1000 ml **→ 54 38 g/dl/min**
 SG **0,1** 1000 ml **→ 54 38 g/dl/min**
 D **2** 1000 ml **→ 54 38 g/dl/min**
 S **2** 1000 ml **→ 54 38 g/dl/min**
 F **2** 1000 ml **→ 54 38 g/dl/min**

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

Enf.:

Letto:

Mat: **833550**

Reg: **910769**

Peso:

Altura:

Ho CC - NEU

Santa Casa de M. de Sobral
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Andréia R. Montenegro
 COGADENADORA

Dr. Rodrigo Barreto
 Cirurgião Plástico

29/01/14
20:35
 Exame 2 Neurológica amarela
 Deixa um jeito a partir de me...

Dr. Roberto...
 Neurologista

Márcia Cristina
 AUXILIAR DE ENFERMAGEM
 COREN 737070

Márcia Cristina
 AUXILIAR DE ENFERMAGEM
 COREN 737070

SINAIS VITAIS

USO O2: 5 ARCOMP

RESPIRADOR

LG	DESL	CONT
LG	DESL	CONT
Monitor	LG	DESL
Gravidade	LG	DESL

HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO	LIGADO	DESLIG
MEDICAÇÃO	LIGADO	DESLIG

ECG 12
 Rolo X de



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA



PROFISSIONAL: .

NOME: Lucia Indiguen Jorgensen

Nº PRONTUÁRIO 822950

SETOR: .

ENFERMARIA: .

LEITO: .

23

DATA

25/08/14
08:00h

TPE Na 14:30h
Exame com PROCTOLOGIA
- TC CEFALA. Volume HSD CRÔNICO HEMISPÉRCIO (D)
Cp: Hospitalização
Exame LABORATORIAL DE ROTINA (PRÉ-OP)
Prontuário

CHAMADO: 0000
HISTÓRICO: 0000
X-RAY: 0000
ORDEM: 0000
COP: 0000

29/08/14

* EVOLUÇÃO MÉDICA *

Lucia, 69 anos 1º DIU pm
- HSD CRÔNICO

* em uso de medicamentos

* Paciente sem queixas clínicas. nega tosse, falta
cefaleia, prurido, constipação, disúria

* do exame físico

- ectoscopia: BEC, gaa, hidratado, normocorado,
orientado

- AP: MUCOSA DA

- AC: RCR em AT BNF SV

- neus: Glasgow 15; ϕ parietal; ϕ parietal

* Conduta: Solução pré-operatória

Santa Casa de Misericórdia de São Paulo
CONFERE COM O ORIGINAL
R. R. Andréia R. Monteiro
COORDENADORA

Dr. Rodrigo Barreto
Cirurgia Plástica
CRM: 11.111