



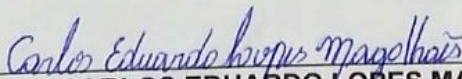
PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHÃES, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob número 068.230.273-20 e Registro Geral sob o N.º 20082416677, residente e domiciliado à Rua Francisco Rodrigues, Distrito de Trapiá, Santa Quitéria/CE, CEP: 62.280-000.

OUTORGADO: Dr. BRENO LOPES PAIVA, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE n.º 37.747, com escritório profissional na Rua Floriano Peixoto, n.º 543, loja 02, Centro, Sobral-CE.

PODERES: Extrajudiciais e judiciais na forma prevista no art. 105 CPC, com cláusula "Ad judicia", em qualquer juízo, instância ou Tribunal, para defender os interesses do outorgante, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até a final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes, e ainda poderes especiais para receber citações/notificações, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos e demais procedimentos judiciais necessários, enfim, praticar todos os atos necessários ao bom e fiel cumprimento do presente mandato.

Sobral/CE, 10 de julho de 2018.



CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHÃES



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

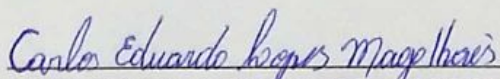
Eu, **CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHÃES**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob número 068.230.273-20 e Registro Geral sob o N.º 20082416677, residente e domiciliado à Rua Francisco Rodrigues, Distrito de Trapiá, Santa Quitéria/CE, CEP: 62.280-000

DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da Gratuidade da Justiça, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

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

Por ser verdade, firmo o presente.

Sobral/CE, 10 de julho de 2018.


CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHÃES
DECLARANTE

Secretaria de Trânsito
Fls 12
J

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1551487392

Nome: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHÃES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR: 20082416677 SSPDS CE

CPF: 068.230.273-20 **DATA NASCIMENTO:** 13/03/1995

FILIAÇÃO:
JOSE ERASMO MAGALHÃES
FILHO
ANTONIA HORLEIZA LOPES

PERMISSÃO: ☒ ACC ☐ CALHAS ☐ AB

Nº REGISTRO: 06978811989 **VALIDADE:** 22/12/2018 **1ª HABILITAÇÃO:** 22/12/2017

OBSERVAÇÕES:
SEM OBSERVAÇÃO;

Carlos Eduardo Lopes Magalhães
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: SANTA QUITERIA, CE **DATA EMISSÃO:** 22/12/2017

[Assinatura]
RUI VASCONCELOS PENTE
ASSINATURA DO EMISSOR

61581316580
CE156449994

CEARÁ

PROIBIDO PLASTIFICAR
1551487392

13
T

Nº DO CLIENTE
739031-8
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 Pedro Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 529745767
Rota 33 39089 01 131000 - 5 **Data de Emissão** 19/06/2018
Nome ANTONIA HORLEIZA LOPES LIMA
End. Postal TRAPIA 00000
SAO PEDRO - STA QUITERIA - 62280000
Medidor 1089172 **Poste** 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 947079443-53 **CGF**
Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Jun/2018	18/07/2018	18/07/2018	Conjunto	SANTA QUITERIA	
			Mês	Abri/2018	ELSD 30,16
ICMS			Padrão Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
101,12	27,00%	27,30	DIC	10,73	21,46
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			FIC	7,59	15,19
F527.8484.A308.50E0.A181.F488.68F3.501E			DMIC	5,78	0,08

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
FF 9119	8965	1,00	133	0,00	133	0,76034	101,12
19/06/18	17/05/18		33 DIAS		133		101,12

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (R\$)
MULTA MORATORIA REF 03/2018	1,42
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,18
JUROS DO MES	1,53
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,92
ADICIONAL BANDA VERMELHA	

VENCIMENTO 25/07/2018 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 119,17

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	88,21	133	133	134	103	134	145	133	151	132	167	130	137
VERBA/ISSRO	2,48												
Distribuição	21,77												
Encargos Setoriais	5,84												
Tributos (ICMS, PIS, COFINS)...	31,22												
TOTAL	101,12												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg (CO₂) 51,92 Compensado kg (CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0%

CONTAS EM ATRASO

Previo Aviso
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso.
Devido o detalhamento do Débito, o não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso não tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FALTA MÉDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414
Consta desta fatura R\$ 0,92 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,04% e COFINS:4,78%
(Art. 5º Lei 100 2005 - ANEEL e Lei nº 10.637/02 e 10.638/02)

Estamos em Bandeira Vermelha Estimar 2 em Julho-18 com custo de 5,00 reais a cada 1000kWh

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE SANTA QUITERIA

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 546 - 483 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **18/04/2018 10:30:50**Data / Hora da Ocorrência: **02/07/2017 17:00:00**Endereço da Ocorrência: **ESTRADA DISTRITO DE TRAPIÁ**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **SANTA QUITERIA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES**Nascimento: **13/03/1995** CPF: **068.230.273-20**RG: **20082416677**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **ANTONIA HORLEIZA LOPES****JOSE ERASMO MAGALHAES FILHO**Endereço: **RUA FRANCISCO RODRIGUES**Bairro: **DISTRITO DE TRAPIÁ**Município: **SANTA QUITERIA/CE**CEP: **62.280-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSJ5322** Uf: **CE** Município: **SANTA QUITERIA** Chassi: **9C2JC4820DR511086** Renavam: **541202359** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANTONIA LUCIANA LEITAO LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

O noticiante informa que na data, horário e local supra, conduzia a motoneta HONDA/BIZ 125 FAN de placa OSJ-5322, ocasião em que o pneu do veículo derrapou em algumas pedras, tendo o noticiante perdido o controle da motoneta e vindo a cair; QUE em decorrência da queda teve fratura exposta em joelho direito, bem como escoriações em pé direito. O noticiante apresenta como testemunha as pessoas de FRANCISCO LEONARDO RODRIGUES SALES, CPF 043.291.763-27 e ANTONIO REINALDO VIEIRA FERREIRA, RG 2006005007348, os quais prestaram socorro à vítima. E nada mais disse.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SANTA QUITERIA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****MARIA ANGELICA CARNEIRO DE SOUSA - MAT.: 30088816****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:***+ Carlos Eduardo Lopes Magalhães***VISTO DO DELEGADO(A) :***+ Antonio Reinaldo Vieira Ferreira***VICTOR SOUSA MUNIZ - MAT.: 30081811***+ Francisco Leonardo Rodrigues Sales*

DELEGACIA MUNICIPAL DE SANTA QUITERIA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 18/04/2018 10:47:22

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Nome: Carlos Eduardo Gomes Magalhães
DN: 13.10.1995 Idade: 22 Sexo: M(☒) F(☐) - CNS: _____ Tel.: () _____
Endereço: R. F. Gomes de Araújo
Bairro: _____ PSF: Trilva Município: S. Q. Quitéria
Mãe: Antônio A. Gomes Magalhães Pai: Antônio A. Gomes Magalhães
Data do Atendimento: 02.10.17 Hora: 13:44 Recepção: 100

Sinais Vitais:

Peso: _____ kg - Temperatura: _____ °C - Pressão Arterial: _____ mmHg
FR: _____ irpm - FC: _____ bpm - DX: _____ mg/dL

Classificação Visual

de Dor:



() Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

Acolhimento:

Deseja Consulta Ambulatorial: () Sim (☒) Não

Queixa Principal: _____ Há quanto tempo: _____

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim (☒) Não

Alérgico (a) a: _____

Justificativa: _____

Cliente Relata Acidente de Trânsito: () Sim () Não - Data: ____/____/____ Hora: ____

Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado

() Moto - Usando Capacete? _____

() Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____

() Atropelamento

() Outro: _____

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Anamnese e Exame Físico Inicial:

Classificação de Risco Inicial: () Emergência () Urgência () Não Urgente

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura e Carimbo do Enfermeiro: _____

Obs: _____

Avaliação Médica:

Hipótese Diagnóstica:

Ansiedade de natureza reativa de caráter agudo, não habilitado.

Procedimentos e Condutas:

- 1- Voltar OFA (M)
- 2- Transg. p/ Lbnd
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8-
- 9-
- 10-

Dr. Bruno Lacerda
CRM 14412
Médico

Assinatura e Carimbo do Médico:

Data: 02/02/17 Hora: _____

Implementação:

(Horário e Assinatura)

- 1- _____
- 2- _____
- 3- _____
- 4- _____
- 5- _____
- 6- _____
- 7- _____
- 8- _____
- 9- _____
- 10- _____

Obs.: _____

Destino:

- () A UBS () Observação por: _____ h () Internamento () Transferência
() Ao Especialista () Outros: _____

Reavaliação:

Data: ____/____/____ Hora: _____ Assinatura e Carimbo do Médico: _____

Assinatura do usuário ou Responsável:

Antônia Helder Lopes Lima

* Às 19:47min Valderan, Mosquito de Spessa
dentado no Ar. Grosso, o mesmo relato ori-
de moto apresentando cortele em PSD, feito 1
na 1 Curatela, liberada em seguida.

* Às 20:28min. Mo. Snes M. Magalhães
R. Profeta, Paciente relato queda de
apresentando escorregos leves, falo limpo
Curatela

* Às 05:05min Anderson Moreira B.
gelista residente na R. José M. Costa 14
Préte apresentando problemas, segundo o m-
mo volume de corrente de moto, feito 1
pelo e liberado. Plantas movimentadas,
casos graves, alguns passando com
em ordem e 02 paciente em observat.

(Ocorrência número em 02.07-17.

Médico Plantonista Dr. Bruno

Enferm. Plantonista: Maria

Tec. em Emer. de emergência, Idetei.

Às 07:00h, plantonista plantado com 02 em observat. sob
ordem. Às 11:05h, deu entrada nesse setor o paciente Nelson
Júnior 15 anos de idade morando na R. Pádua com trauma torácico
região frontal sendo realizado sutura + pontos depois liberar
plantas cirúrgicas estacionado para os colegas. J. J. J. J.
Horta com 03 pacientes em observat. e 02 em ordem

Deserência noturna dia 02-07-17

Médico Plantonista Dr. Gustavo (Colg. Dr. Bruno:

Enferm. Plantonista Dr. Jany Maria

Técnicos Plantonista Maria e J. J. J.

Às 19 Horas recebeu o plantão com 03 pessoas em observat.
com múltiplos e com fado em ordem. Às 19:10. Foi Encam.
Para Santa casa de São Carlos. Carlos Edson Lopes mago

de 22 anos de idade residente na rua. f. 17
no distrito de Tróia. Apresentando fractura no pé direito
quilo fractura exposta, sendo a fractura exposta do joelho
do lado direito. muito estivo de queda de moto. Plântao calmo sua
circunferência gorda repousando o Plântao com os pacientes em
nervação para Tróia. Hospital com medicação e curativos
em tudo em ordem. Dim da Bem Plântao
Logo repousando o Plântao para Rocha e Rodolfo. Bem da

Ocorrência Diária 03.07.17

Médico plantonista: Dr. Riccardoen...

Enf. Plantonista: Adilson

Tec. Plantonista: Rocha e Rodolfo.

As 7:00 hs recebeu o plantão com o 02
paciente em observação aguardando transferência
para setor em ordem.

As 11:00 hs paciente "Ermeneide de Tróia
de Sousa", 26 anos, residente de Tróia,
transferido com fratura em dedos do nariz
após agressão física.

As 15:30 hs paciente "Luiz Ferraz Ferraz"
homem, residente de Sousa de Tróia, com
o mesmo ferimento "Edema submandibular (D)".

As 19:00 hs recebeu o plantão com o 03
paciente ocupando leito e se em observação
aguardando transferência para setor em
ordem para os exames. Curativos e amarra.

Bom Noite!



Nome: Carlos Eduardo Costa

Data: 20/11/77 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

Clinica: Recurrence

Enf.:

Leito: 100

Mat 409344	Reg.:
------------	-------

Peso:

Altura:

PLANO TERAPEUTICO



ak-484 4026

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM		SINAIS VITAIS	
HORA	TEMP.	PA	P
11:40	36,4	110/70	72
12:00	36,5	110/70	72
13:00	36,6	110/70	72
14:00	36,7	110/70	72
15:00	36,8	110/70	72
16:00	36,9	110/70	72
17:00	37,0	110/70	72
18:00	37,1	110/70	72
19:00	37,2	110/70	72
20:00	37,3	110/70	72
21:00	37,4	110/70	72
22:00	37,5	110/70	72
23:00	37,6	110/70	72
00:00	37,7	110/70	72
01:00	37,8	110/70	72
02:00	37,9	110/70	72
03:00	38,0	110/70	72
04:00	38,1	110/70	72
05:00	38,2	110/70	72
06:00	38,3	110/70	72
07:00	38,4	110/70	72
08:00	38,5	110/70	72
09:00	38,6	110/70	72
10:00	38,7	110/70	72
11:00	38,8	110/70	72
12:00	38,9	110/70	72
13:00	39,0	110/70	72
14:00	39,1	110/70	72
15:00	39,2	110/70	72
16:00	39,3	110/70	72
17:00	39,4	110/70	72
18:00	39,5	110/70	72
19:00	39,6	110/70	72
20:00	39,7	110/70	72
21:00	39,8	110/70	72
22:00	39,9	110/70	72
23:00	40,0	110/70	72
00:00	40,1	110/70	72
01:00	40,2	110/70	72
02:00	40,3	110/70	72
03:00	40,4	110/70	72
04:00	40,5	110/70	72
05:00	40,6	110/70	72
06:00	40,7	110/70	72
07:00	40,8	110/70	72
08:00	40,9	110/70	72
09:00	41,0	110/70	72
10:00	41,1	110/70	72
11:00	41,2	110/70	72
12:00	41,3	110/70	72
13:00	41,4	110/70	72
14:00	41,5	110/70	72
15:00	41,6	110/70	72
16:00	41,7	110/70	72
17:00	41,8	110/70	72
18:00	41,9	110/70	72
19:00	42,0	110/70	72
20:00	42,1	110/70	72
21:00	42,2	110/70	72
22:00	42,3	110/70	72
23:00	42,4	110/70	72
00:00	42,5	110/70	72
01:00	42,6	110/70	72
02:00	42,7	110/70	72
03:00	42,8	110/70	72
04:00	42,9	110/70	72
05:00	43,0	110/70	72
06:00	43,1	110/70	72
07:00	43,2	110/70	72
08:00	43,3	110/70	72
09:00	43,4	110/70	72
10:00	43,5	110/70	72
11:00	43,6	110/70	72
12:00	43,7	110/70	72
13:00	43,8	110/70	72
14:00	43,9	110/70	72
15:00	44,0	110/70	72
16:00	44,1	110/70	72
17:00	44,2	110/70	72
18:00	44,3	110/70	72
19:00	44,4	110/70	72
20:00	44,5	110/70	72
21:00	44,6	110/70	72
22:00	44,7</		

Cod. 261 - Gráfica CLIFIDE - (800) 369-1773

100

13

8

3



18
A

Ata: 0214111. PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----

INNAIS VIT

[illegible][illegible]

PLANO TERAPEUTICO



Nome: Carlos Eduardo Lopes	Módulo Clínico: Rempraceo	Enf: 2P	Leito: —	Mat: 405341	Reg: 2990	Peso: —	Altura: —
----------------------------	---------------------------	---------	----------	-------------	-----------	---------	-----------

ta: / / **PRESCRIÇÃO MÉDICA**

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

HORA	TEMP.	PA	P	FR	SINAIS VITAIS	
					HR	PR
07:30	36,0	120/80	70	20		
08:00	36,0	120/80	70	20		
08:30	36,0	120/80	70	20		
09:00	36,0	120/80	70	20		
09:30	36,0	120/80	70	20		
10:00	36,0	120/80	70	20		
10:30	36,0	120/80	70	20		
11:00	36,0	120/80	70	20		
11:30	36,0	120/80	70	20		
12:00	36,0	120/80	70	20		
12:30	36,0	120/80	70	20		
13:00	36,0	120/80	70	20		
13:30	36,0	120/80	70	20		
14:00	36,0	120/80	70	20		
14:30	36,0	120/80	70	20		
15:00	36,0	120/80	70	20		
15:30	36,0	120/80	70	20		
16:00	36,0	120/80	70	20		
16:30	36,0	120/80	70	20		
17:00	36,0	120/80	70	20		
17:30	36,0	120/80	70	20		
18:00	36,0	120/80	70	20		
18:30	36,0	120/80	70	20		
19:00	36,0	120/80	70	20		
19:30	36,0	120/80	70	20		
20:00	36,0	120/80	70	20		
20:30	36,0	120/80	70	20		
21:00	36,0	120/80	70	20		
21:30	36,0	120/80	70	20		
22:00	36,0	120/80	70	20		
22:30	36,0	120/80	70	20		
23:00	36,0	120/80	70	20		
23:30	36,0	120/80	70	20		
00:00	36,0	120/80	70	20		
00:30	36,0	120/80	70	20		
01:00	36,0	120/80	70	20		
01:30	36,0	120/80	70	20		
02:00	36,0	120/80	70	20		
02:30	36,0	120/80	70	20		
03:00	36,0	120/80	70	20		
03:30	36,0	120/80	70	20		
04:00	36,0	120/80	70	20		
04:30	36,0	120/80	70	20		
05:00	36,0	120/80	70	20		
05:30	36,0	120/80	70	20		
06:00	36,0	120/80	70	20		
06:30	36,0	120/80	70	20		
07:00	36,0	120/80	70	20		
07:30	36,0	120/80	70	20		
08:00	36,0	120/80	70	20		
08:30	36,0	120/80	70	20		
09:00	36,0	120/80	70	20		
09:30	36,0	120/80	70	20		
10:00	36,0	120/80	70	20		
10:30	36,0	120/80	70	20		
11:00	36,0	120/80	70	20		
11:30	36,0	120/80	70	20		
12:00	36,0	120/80	70	20		
12:30	36,0	120/80	70	20		
13:00	36,0	120/80	70	20		
13:30	36,0					

Altura:

MAIS VIT/

2

[illegible]

EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

**PROFISSIONAL:**

NOME: Carlos Eduardo Lopes Magalhães Nº PRONTUÁRIO 405344

SETOR: Recursos.

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

02107117

schreiben

Bruno Medalist
Mexico
CMM: 14.100

03/01

Alh 4-7 1/2

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

ATEND.: 4394076 DT. ATEND.: 2/7/2017 - 21:37

MATRI.: 405341 NASCIMENTO.: 13/3/1995

NOME.: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHÃES

MÃE.: ANTONIA ORLEIZA LOPES LIMA

CPF.: DNS: SUSFACIL:

ENDER.: TRAFIA 0

BAIRRO: DISTRITO

- SANTA QUITERIA

-CE- CEP: 62280000



QP:

HDA:

*queda de mato,
resolvida com
leito em gelado;
(D)*

EXAME FÍSICO:

ABCD - OK

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Politrauma

CONDUTA:

Tratamento

DIAGNÓSTICO FINAL:

politrauma

DATA:

02.07.17

Hora:

Ass./CRM:

 Santa Casa de M. do C.
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL.
Dr. Marcos
Andréia R. M. Menegre
CRM: 125400

Dr. Marcos
Medico
CRM: 125400



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____ Nº: _____
Endereço Completo: Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro

Telefone: (88) 3112.0400 Cidade: Sobral UF: Ceará

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data 05/07/2012

Carimbo e Assinatura do Médico

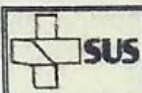
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª VIA - Orientação ao paciente



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos Eduardo Lopes Magalhães

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Quitéria

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/03/1995

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - Cód. IBGE Município

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresenta perda de substância cutânea em perna direita, necessita de tratamento cirúrgico de enxerto de pele total.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

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

Anamnese + Exame Físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

apresenta perda cutâneo em perna direita

24 - CID 10 PRINCIPAL

L97

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico Enxerto de Pele Total

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS CPF

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

2 1 8 5 7 9 6 2 3 / 2 0

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Agostinho Moura

11/07/2017

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 4 0 1 0 2 0 0 3 7

PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

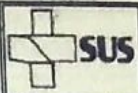
49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

CNS CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNO HOSPITALAR



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Carlos Eduardo Lopes Magalhães

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

11 - NOME DA MÃE

8 - DATA DE NASCIMENTO

13/03/1995

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

Masc

X

1

Fem

3

10 - RAÇA/COR

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Santa Quitéria

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresenta perda de substância cutânea em perna direita, necessita de tratamento cirurgico de enxerto de pele total.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

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

Anamnese + Exame Físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

apresenta perda cutâneo em perna direita

24 - CID 10 PRINCIPAL

L97

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico Enxerto de Pele Total

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 4 0 1 0 2 0 0 3 7

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS

CPF

2

1

8

5

7

9

6

2

3

/

2

0

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Agostinho Moura

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

11/07/2017

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

PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 -

ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 -

ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 -

ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BICHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNO 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)

COMPLEXO DOM WALFRIDO

Sistema de Internação

Recebimento de Depósito Antecipado: Tipo: DEPOSITO



[Dados do Paciente]

Atendimento....: 4907178
Paciente.....: 405341-CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES CPF:06823027320
Identidade.....: 20082416677 - SSPCE
Endereco.....: RUA FRANCISCO RODRIGUES, 0
Bairro.....: TRAPIA
Cidade.....: SANTA QUITERIA-CE
Cep.....: 62280000
Fone.....: 36287006
Convenio.....: PLANO ECONOMICO
Procedimento...: 30101310-ENXERTO COMPOSTO
Motivo Caucao.: 1 - COBERTURA INTERNACAO
Observacoes....: Enxerto composto, parte hospitalar.

R\$ 800,00

R e c i b o

Recebemos do Sr(a) CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES,
a importancia de oitocentos reais
referente ao depósito antecipado de procedimentos.

Sobral, 15 de Julho de 2014

Assinatura



10 de Abril
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL 504

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		
Nome Completo: _____		
CRM: _____	UF: _____	Nº: _____
Endereço Completo: Rua Major Franco, 1204 - Centro		

Telefone: (88) 3112.0423	Cidade: Sobral	UF: Ceará

Paciente:

Carla Fátima dos Anjos

Endereço:

Prescrição:

esparbuxol 500mg OK cep
a cada 12h 2x
por 10 dias
a cada 12h

Data

17.04.17

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident.: _____	
Org. Emissor: _____	
End.: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
DATA: _____	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____	

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª VIA - Orientação ao paciente

28
J



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

CANÇ CORVA

Canção fôca

01 cp 2x de, outa
do clauso e do panta

- Valfam sy

01 cp de

Dr. Antônio Agostinho Moura
CIRURGIÃO PLÁSTICO
CRM-CE: 5438

cda. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Cont. Enxas

Uetim VEnom

3 14
20/30

Antonio Agostinho Moura
CIRURGIÃO PLÁSTICO
CREMEC: 5430

Cóp. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74



**HOSPITAL
MUNICIPAL
de Santa Quitéria**
Atendimento Humanizado

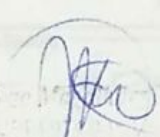


**Prefeitura Municipal de Santa Quitéria-Ce.
Secretaria Municipal de Saúde
Hospital Público Municipal**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que Sr. **CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES**, foi atendido nesta Unidade Hospitalar, dia 02 de Julho de 2017 às 18h44m. O Mesmo refere-se que foi vítima de acidente de trânsito. Segue em anexo cópia do Boletim de Urgência/Emergência.

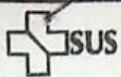
Santa Quitéria; 20 de Outubro de 2017.



Diego Magalhães Timbó
Diretor Administrativo

120-2017

Rua Coronel Antonio Ernesto nº 506 - Bairro Centro - CEP: 62.280-000
Santa Quitéria - Ceará - Fone: (88) 99927-3887
hospitalsantaquiteria@gmail.com



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

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ATEND.: 4874076 DT. ATEND.: 2/7/2017 - 21:37

MATRI.: 405341 NASCIMENTO.: 13/3/1995

NOME.: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHÃES

MÃE.: ANTONIA ORLEIZA LOPES LIRA

CPF.: CNS: SUSFACIL:

ENDER.: TRAPIA 0

BAIRRO: DISTRITO - SANTA QUITERIA

-CE- CEP: 62280000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

ICIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

10 - RAÇA/COR

DDO

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDO

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto, resultando com lesão no joelho D;

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicações

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

anterior + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Politraumático

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 9 CAUSAS

T07

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0415030013

29 - CLÍNICA

1

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

011053293116

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

02/07/17

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 SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

10/01/2017

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Cristiano Augusto Costa
CRM: 9362 DIRETOR TÉCNICO

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



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

LAUDO MÉDICO

Paciente: Carlos Eduardo Lopes Magalhães

→ Fratura de Patela 582.0

→ Fratura exposta de pé com
bom de partes moles

Paciente submetido a procedimentos cirúrgicos
pelo ortopedista e Cirurgião Plástico. Paciente
com dor + limitação do arco de movimento.

Paciente realiza fisioterapia. Paciente impossibi-
litado de trabalhar por mais 06 (seis)

19/04/2018

Dr. Thales Arconjo
Ortopedia e Traumatologia
CRM-CE: 11811 - TEO: 13543

Cóp. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Fone: (88) 3112.0400 - Fax: (88) 3613.1908
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0 - Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 314138
Paciente : 405341
Convênio Atend. : 1
Leito : 201
Dt. Início : 02/07/2017 22:15
Cid Pré-Operatório : T07
Cid Pós-Operatório : T07

Sala : 0004 SALA 04
CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES
SUS - SIH
LEITO 1472 - RECUPERACAO
Dt. Fim : 02/07/2017 22:49
TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Atendimento : 4894076
Carteira :
Idade : 22 Anos 5 Dias 7 Horas

Procedimentos

Procedimento: 0415040035 DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS
Convênio: 001 SUS - SIH
Procedimento: 0413040178 TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CUTANEA
Convênio: 001 SUS - SIH
Anestesia: 05 BLOQUEIO RAQUI

Equipe Médica

ANESTESISTA 11523 JOAO PAULO RIOS ALVES
CIRURGIAO 11811 THALES ARCANJO FONTELES
1. AUXILIAR 12560 JOSE DE ARAUJO CRUZ JUNIOR

Descrição

Descrição Cirúrgica :

DEBRIDAMENTO DE JOELHO D

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
- ANTISSEPSIA E ASSEPSIA
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO/NECROZADO, ATÉ TECIDO VIÁVEL (PERFUNDIDO)
- IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- SUÇÃO DA FERIDA
- HEMOSTASIA
- SUTURA
- CURATIVO ACOLCHOADO

DEBRIDAMENTO DO PÉ D

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
- ANTISSEPSIA E ASSEPSIA
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- DEBRIDAMENTO DE TECIDO DESVITALIZADO/NECROZADO, ATÉ TECIDO VIÁVEL (PERFUNDIDO)
- IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- SUÇÃO DA FERIDA
- HEMOSTASIA
- CURATIVO ACOLCHOADO

OBSERVAÇÕES:

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Jr José de Araújo Cruz Junior
Ortopedia / Traumatologia
CIRURGIA DO JOELHO
CRM 12560

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

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Distrito Sanitário: **11ª**

Município: **SANTA QUITÉRIA - CE**

Nome: **CAIO EDUARDO LOPES MACHADO** Prontuário Nº _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data Nascimento: **13/3/96** Ocupação: _____

Endereço: **YMAHA** Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: **Foi up PE especificando o canal físico**

Resultado de Exames: **com y reser de rec'd no unid.**

Consulta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Dr. LOPES
CRM 8119 M
Rua Manoel
Fone 13-XXXX

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

[Assinatura]

Função

[Assinatura]

? **?** **?**

Data

?

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado(s) do(s) Exame(s): _____

Diagóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Conduta Realizada: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincidiu com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Hora

DADOS DO PACIENTE

trícula...: 405341
 ciente...: CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES
 o...: MASCULINO
 Nasc...: 13/3/1995
 e...: ANTONIA ORLEIZA LOPES LIMA
 ...: JOSE ERASMO MAGALHAES FILHO
 Civil...: SOLTEIRO
 lereço...: TRAPIA
 ro...: DISTRITO
 ade...: SANTA QUITERIA
 ie...: 8836287006

CPF...:
 Idade...: 22a 3m 21d
 Cor...: PARDA
 CNS...:
 N°...: 0
 CEP...: 62280-000
 UF...: CE



DADOS DO RESPONSÁVEL

ne...:
 lereço...:
 umento...:
 ie...:

DADOS DA INTERNACAO

ndimento...: 4894076
 a...: 02/07/2017
 cedimento...: 0415030013- TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
 tico...: ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA
 dade Int...: UI EMERGENCIA ADULTA
 o...: LEITO 3-8 EMERG. ADULTA
 venio...: SUS - SIH
 io...: 1
 teira...:
 ãuia...:

Atendente...: DHONLENO.SOUSA
 Hora...: 21:37
 Permanência...: 0 Dias

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

Secretaria de Saúde
Fls. 36
J

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Atendimento: 4894058 | Paciente: 405341 - CARLOS EDUARDO LOPES MAGALHAES
Data e Hora do Acolhimento: 02/07/2017 20:06:31

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO

TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: NÃO / Paciente Regulado: NÃO - SAMU: NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE, 22A, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO, SEM CAPACETE, ETILIZADO, APRESENTANDO FRATURA EXPOSTA EM JOELHO D. BEM COMO ESCORIAÇÕES EM PÉ D. REFERE DOR E POSSUI SINAIS DE TRAUMA EM REGIÃO TORÁCICA. CONSCIENTE E ORIENTADO.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 120/90, Nº Pulso: , Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico
☒ Queda? Descrição da Queda: MOTO
☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:
☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto
☒ Moto ☒ Utilizava Capacete
☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:
☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

ACIDENTE DE TRANSITO, EVOLUINDO COM TRAUMA DE JOELHO D

Exame Físico:

BCD=OK

Destino do Atendimento: INTERNACAO CIRÚRGICO

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

ANTONIO BRUNO DE MEDITOS LIMA - CRM: 14190