



ADVOCACIA ASSESSORIA JURIDICA

Lorena Fernandes da Cunha
ADVOGADA | OAB-TO 4225
88' 3671 2583 | 9622 9474



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

elo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Carlos Daniel dos Santos Rodrigues Nacionalidade Brasileiro
estado civil Solteiro, profissão Estudante, RG nº 20073270185 SSP/CCPF nº
14.113.233.81 residente e domiciliado(a) na Filipe Avaticum nº 52 bairro
Paraíso na cidade de Liçora 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.

Liçora - CE, 02 de maio de 20 17

Carlos Daniel dos Santos Rodrigues
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, eq. Mt. Quincas Bezerril, Centro.
88' 3671 2583 88' 9622. 9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Carlos Daniel dos Santos Rodrigues,
nacionalidade Brasileiro, estado civil Solteiro,
profissão Estudante, RG nº 2007327018-5 SSP/ ce,
CPF nº 074.113.233-81, residente e domiciliado(a) na
Sítio Anaticum, nº 51, bairro Zona Rural,
na cidade de Lucena, 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.

Lucena - ce, 02 de maio de 20 17

Carlos Daniel dos Santos Rodrigues

Assinatura



Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Carlos Daniel dos Santos Rodrigues, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Estudante, portador(a) do RG nº 2007327018-5 SSP/ce e CPF nº 074.113.233-81, filho de pai Jean Carlos Rodrigues do Nascimento e mãe Maria Irandi dos Santos DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Anaticum, nº 50, bairro Zona Rural, na cidade de Sueira - 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.

Sueira - ce 02/05/2017.

Carlos Daniel dos Santos Rodrigues



Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Carlos Daniel dos Santos Rodrigues, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Estudante, portador(a) do RG nº 2007327018-5 SSP/ce e CPF nº 074.113.233-81, filho de pai Jean Carlos Rodrigues do Nascimento e mãe Maria Ivandi dos Santos DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Anacim, nº 50, bairro Zona Rural, na cidade de Guaporé - 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.

Guaporé - ce, 02/05/2017.

Carlos Daniel dos Santos Rodrigues

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

Polegar Direito

Carlos Daniel dos Santos Rodrigues
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Tipo de Serviço..... CPF - INSCRICAO
Código de Atendimento..... IF295419904BR
Data e Hora..... 29/11/2013 12:32:18
CPF do Contribuinte..... 074.113.233-81
Nome Completo..... CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES
Data de Nascimento..... 18/09/1998
Sexo..... MASCULINO
Nome da Mãe..... MARIA IRANDI DOS SANTOS
Título de Eleitor..... 0000000000000
Naturalidade..... VICOSA DO CEARÁ
UF Naturalidade..... CE
Logradouro..... SÍTIO ARATICUM
Número..... 0
Complemento.....

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007327018 - 5 DATA DE EXPEDIÇÃO 22/07/2009

NOME
CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES
FILIÇÃO
JEAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO
MARIA IRANDI DOS SANTOS
NATURALIDADE
VICOSA DO CEARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO 18/09/1998

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PE. VIEIRA TERMO: 8424 FOLHA: 199
LIVRO: A-08 VICOSA DO CEARÁ - CE
CPF

VIA ASSINATURA DO DIRETOR
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 14

Tipo de Serviço..... CPF - INSCRICAO
Código de Atendimento..... IF295419904BR
Data e Hora..... 29/11/2013 12:32:18
CPF do Contribuinte..... 074.113.233-81
Nome Completo..... CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES
Data de Nascimento..... 18/09/1998
Sexo..... MASCULINO
Nome da Mãe..... MARIA IRANDI DOS SANTOS
Título de Eleitor..... 0000000000000
Naturalidade..... VICOSA DO CEARÁ
UF Naturalidade..... CE
Logradouro..... SÍTIO ARATICUM
Número..... 0
Complemento.....
Bairro/Distrito..... RURAL
Município..... VICOSA DO CEARÁ
UF..... CE
CEP..... 62300000

4835191-1

Para a fazer o seu pagamento, utilize o nº da conta sempre que aparecer em qualquer documento.

Rua Pedro Veloso, 120 CEP 07095-840 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CCF 06.105.048-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO B - SÉRIE B-41 N

Rota 28 31143 11 078700 - 9 Data de Emissão 10/04/2014
 Nome MARIA IRANDI DOS SANTOS
 End. Postos ST ARATICUM 00000
 OESTE - VICOSA CEARA - 62300000
 Medidor 9014555
 Classe 04-RURAL MONOFASICO
 RG/CPF/CNPJ 943621223-20
 Nome do Responsável



Mês de Referência	Data da Apresentação	Próxima Leitura	Conjunto	VICOSA DO CEARA	
Abr/2014	12/05/2014	12/05/2014	Índice	FEV/2014	EUSD 8,36
ICMS			Padrão	62300000 P	Apuração Individual
Base de Cálculo (R\$)			Mensal	Trím.	Anual
Alíquota					
Valor do Imposto					
ISENTO					
RESERVAÇÃO AO CONTRIBUÍVEL					
8FB4, EEEL, IF70, 6E76, DF63, 76F5, ESF5, ESF6			DMIC		
INFORMAÇÕES SOBRE O ESTIPULANTE					

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Ind.	Const. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
14678	14594	1,00	84	0,00	84	0,20000	16,82		
18/04/14	12/04/14		29,0165		84				
VALOR CONSUMO DO MES								VALOR (R\$)	
MULTA MORATORIA REF 01/2014								16,82	
JUROS DO MES								0,29	
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL								0,08	
								1,95	

VENCIMENTO 20/05/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)

19,14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Energia	10,41
Transmissão	0,57
Distribuição	4,74
Encargos Setoriais	1,10
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	0,00
TOTAL	16,82

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev
85	84	74	73	72	87	99	88	103	77	82	104

Importante CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO:
 Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 18,61. Conforme art. 172 da Res. Anel 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

DEBITOS ANTERIORES	
Mes/Ano	Valor R\$
03/2014	18,61

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: LEITURA BIMETRAL COM ART 86 RES 414

Consta desta fatura R\$ 0,00 referente a PIS e COFINS.

Art. 9 RLS 100 2009 ANEL e Lda n 10.637 02 e 10.450 01



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



BOLETIM DE Ocorrência N° 560 - 3582 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **21/10/2014 18:18:11**
Data / Hora da Ocorrência: **27/02/2014 22:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO ARATICUM**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
Ponto de Referência: **CEMITÉRIO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES**
Nascimento: CPF:
RG: **2007327018** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IRANDI DOS SANTOS**
JEAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO
Endereço: **SITIO ARATICUM**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **VICOSA DO CEARÁ/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWR8257** Uf: **CE** Município: **SOBRAL** Chassi:
9C2KC08105R867934 Renavam: **866107797** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN KS** Ano
Fabricação: **2005** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **FRANCISCO ANTONIO DE VASCONCELOS**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

Vítima compareceu a esta unidade policial para noticiar na data e hora citada acima estava guiando a motocicleta de Marca/Modelo: **HONDA/CG150 TITAN KS**, cor: **VERMELHA**, placa: **HWR8257**, ano e modelo de fabricação: **2005/2005**, chassi: **9C2KC08105R8667934**, de propriedade **FRANCISCO ANTONIO DE VASCONCELOS**, Pelo Sitio Inga, Zona rural de Viosa do Ceará, Quando se envolveu em um acidente de transito, após perde o controle da moto na areia, quer veio a cair ao chão e teve fratura da parede lateral da órbita esquerda, quer foi socorrido por populares ao Hospital de Viosa do Ceará e encaminhado ao Hospital São Camilo de Tianguá-CE; onde recebeu atendimento médico especializado, e até o presente momento não consegui-o se recupera das segue-la causada pelo acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANTÔNIO VIANA BARBOSA JUNIOR - MAT.: 133968-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Carlos Daniel dos Santos Rodrigues

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

Don 1 de 2

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Conheça o DPVAT e a Seguradora Líder](#)
- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Pontos de Atendimento](#)
- [Fale Conosco](#)

[Início do conteúdo](#)

Acompanhe o processo de indenização

[voltar](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

SINISTRO 3140050600 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO CENTAURO VIDA E PREVIDÊNCIA

S/A

ENDEREÇO Avenida Treze de Maio, 41 - Sala 402, Centro, Rio de Janeiro - 19, CEP: 20031-007

BENEFICIÁRIO CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES

CPF/CNPJ: 07411323381

Posição em 10-04-2015 08:44:22

Indenização creditada em 16/03/2015, no valor de R\$ 3.375,00, em banco e conta de titularidade

10/04/2015 08:

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

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



NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Carlos Daniel dos Santos Rodrigues

Nº DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

28/02/2014

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

28/02/2014

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Miguel A. Ribera Sevilla CRM - 12.570

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente vítima de acidente de moto com Traumatismo Intracraniano com perda da consciência pós-trauma.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS(DATAS):

Tratamento conservador, evoluiu com cefaleia, vertigem e lapsos de memória (pós-trauma)

EXISTE ALGUM DEFEITO 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

1º Cefaleia ; Vertigem.
2º Lapsos de memória.
3º Dificuldade de entender o que foi dito

A FIRMO QUE ASSISTI E/OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE _____ A _____ E
QUE AS RESPOSTAS ACIMA, SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Tranquila

LOCAL

14/10/2014

DATA

MIGUEL A. RIBERA SEVILLA
ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

46.913



PREFEITURA MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MUNICIPAL DE VIÇOSA DO CEARÁ
AV. JOSÉ FIGUEIRA, S/N - CENTRO - VIÇOSA DO CEARÁ - CE
FONE: (88) 3632.1119
FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL



IS: _____ Registro: _____ Nº Prontuário: _____ COR: _____
ciente: CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES DN: 18/09/98
xo: MASC. Estado Civil: SOLTEIRO
me da Mãe: MARIA IRANDI DOS SANTOS Nome do Pai: JEAN CARLOS R. RODRIGUES
dereço: ST. PRATICUM Município: VIÇOSA DO CEARÁ
ta / Hora do atendimento: 27/02/14 22:05 Horas
fissão: ESTUDANTE Religião: _____
cumento: R-6. 207327018-5
22.07.09 Maria Tereza dos Santos
Assinatura do Paciente ou Responsável

ais Vitais:

130 x 70 MM Hg FR ☐ Inc/min FC ☐ Bat/min Temp. ☐ °C. Peso: ☐

ox: 164 mmHg Sat. 99% FC-109 bpm
eixa Principal Acidente motociclistico

IA. 15 anos, acidente motociclistico sem capacete, perda
de consciência no local, amnésia pós-trauma; mega
episódios de vômitos.

ame Físico: RFG, ECG-35; pupilas isocóricas e potomealicas,
sem déficits motores focais, palmentar digitos em face
principalmente em região frontal (E), amnésia pós-trauma
ACP: fisiológica, abdome sem sinais de irritação peritoneal
int: normais



ótese Diagnóstica TCE moderado

agnóstico Definitivo

LOUISANNA KELLY PEREIRA SÍRIO

Dr. Luis Anderson Bevilacqua Bandeira
MÉDICO
CREMEC 13.978

Assinatura e Carimbo

Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará - HMMVC - Prescrição
Enfermagem - Consumo de Material

Prescrição Médica	Aprazamento	Observação de Enfermagem
1) Dieta oral ZERO		
2) SRL 2000 mL A1 ± 45 g/L/mL	20:05	27/02/14 às 20:05
3) Dimensão Wamp + 10 mL AD. 10 g/L	20:05	paciente jovem
4) Volto sem Wamp em	20:05	subido por de
5) Colar cervical + prancha longa	20:05	ta de moto, vel
6) O2 úmido sob cateter 5 L/min	20:05	conhecimento de
7) Transf. 40 / 0,07 - neurologico	20:05	avaliado por
		does e monitora
		consciente, for
		orientado, apre
		tando varios
		contusos - contus
		na face e em
		as temporais 20/12
		70 mmHg, Sat 99%
		200 cateter nasal
		3 L/min, FC 80 bpm,
		369 mg/dL. Insulín

Evolução Médica

Consumo de Material, Gases, Oximetria, Respira

02. Liga h Desl. h Oximetria: Liga h Desl.
Ar. Liga h Desl. h Oximetria: Liga h Desl.
Respirador Liga h Desl. h Oximetria: Liga h Desl.

imobilização cervical sutura
em lesões. Wb em MSE com H
rápida. SSC teve amarelecimento
local do acidentado. Transf
de para S.C.M.S. Ebbasto
28/02/14 às 04:05h FC. 80 bpm
da S.C.M.S após ter restituido
FC com resultado normal. Que
tudo permaneceu por 12h em
observação no hospital de or
gm. Ebb.

Erotides Braga Bastos
Enfermeira
COREN-CE: 76275

LOUISANNA KELLY PEREIRA SIRKO
Escrevente

Controle de Exames Solicitados

Destino:

☐ Alta ☐ À Pedido
☐ Óbito ☐ IML

☐ Decisão Médica

☐ Atestado de Óbito

☒ Transferência para:

SCMS - Neurologia

Data e Hora de Ocorrência:

MÉDICO
COREMEC 13.978

Assinatura e Carimbo

SISTEMA ÚNICO
Unidade de Origem
Distrito Sanitário

Nome: Paulo

Sexo: ☒ M

Endereço: S

Bairro:

Motivo de Encaminhamento: acidente de trânsito

Resultado do(s) exame(s): sem alterações

Conduta já Realizada: iniciada

Impressão Diagnóstica: Dr. Luiz

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Encaminhamento: procedimento

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

Assinatura do Médico: Dr. Luiz

Unidade de Referência: Unidade de Referência

FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: St. m. m. u. c.

Distrito Sanitário: _____



Nome: Paulo Daniel dos Santos Rodrigues Município: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 18/03/1998 Prontuário: _____

Endereço: St. Anacleto Ocupação: _____

Bairro: _____

Motivo de Encaminhamento: _____ Município: Viçosa do Ceará Fone: _____

Resultado do(s) Exame(s): Exame de consciência, acidente motociclistico sem capacete, face, necessário avaliação neurológica

Resultado do(s) Exame(s): REG, ECG 15; pupilas isocóricas e fotoreativas

Resultado do(s) Exame(s): sem déficits motoras aparentes, ferimentos difusos em face

Resultado do(s) Exame(s): principalmente em região frontal esquerda. PA: 130x70; Dx: 167;

Resultado do(s) Exame(s): Condução já Realizada: Suporte Clínico Inicial

Resultado do(s) Exame(s): SpO2: 99%, FC: 109 bpm

Impressão Diagnóstica: TCE moderado

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissão: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: SMS

Município: São José Prontuário N°: _____

Data da Alta: 27/02/14

Resumo Clínico/Cirúrgico: Nota 27/02/14 de Glória, após de

Resumo Clínico/Cirúrgico: moto. (Anexo 15)

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Resultado do(s) Exame(s): Exame de trauma normal

Problema justificou a referência? ☒ Sim ☐ Não

Assinatura do Consultante - N° Registro: _____

Prescrição Médica

Evolução Médica

Consumo de Material, Gases, Oximetría, Respirador

Controle de Exames Solicitados

Scanned by CamScanner



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Aten: 373376 Dt. Atende: 28/02/2014 - 00:30
Reg.: 430160 Dt. Nasc: 18/09/1978
Nome: CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES
End.: SÍTIO APATILUM 0
SÍTIO: VÍDOSA DO CEARÁ-CE; CEP: 62300000

ATENDIMENTO: ADULTO ☒

PEDIÁTRICO ☐

CIRÚRGICO ☒

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: Amarelo

ACOLHIMENTO

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 00:26

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

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

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

NÃO ☐

CAUSAS:

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

☒ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

☐ UBS

HDA DO ACOLHIMENTO:

Acid de 15 anos, vítima de queda de moto,
responsável, desorientado, incoerente no relato

430160 PULSO: _____ FR: _____ TEMP.: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

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

LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio
- ☒ Via Pública
- ☐ Escola

TIPO DE TRAUMA

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

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: 02:15h

HDA DO MÉDICO:

Pula quem, vidro no - animal
 As curvas para + 6h
 B → NW bem HT 11
 C → FC: 82 bpm
 D → Glasgow 15
 E → edema e excoriação em face

CONDUTA: Revisão

DIAGNÓSTICO: Edema de M. Viscerata

Dr. Jansen de M. Vasconcelos
 MÉDICO
 CRP: 017.772-853-13
 CRM-EC: 15.156

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 28/02/14

Hora: 02:30h

Sanatório de M. de Espai
 André R. Gonçalves
 COORDENADOR

Nesta
 demo
 Protoc
 Nr. Vol
 Autua
 Assun
 Natur
 Just. G
 Segre
 Apres
 Comp
 Nome
 Reque
 Rep
 Reque