

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: **Vagner Rodrigues Lima**, Nacionalidade: Brasileiro, Estado Civil: solteiro, Profissão: agricultor, portador (a) do RG N° 2015185179-9 e CPF N° 291.981.528-82, residente e domiciliado no Povoado Lagoa das Pedras, s/n°, zona rural, Crateús – CE, CEP: 63700-000, e-mail: limarodrigues032@gmail.com.

OUTORGADOS: **Gleyse Maria Soares Sales**, brasileira, divorciada, advogada OAB/CE n° 22.705, **Pedro Henrique Pereira Lira**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n° 28.243 e **José Etnatan Pereira Filho**, brasileiro, casado, advogado OAB/CE n° 37.559, todos com escritório à Rua Francisco Segundo da Costa, 77, Sl. 09, Bairro Edson Queiroz, Fortaleza-CE.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, e especialmente para atuar no processo em desfavor de BRADESCO SEGUROS S/A, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes para **receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, levantar alvará, pedir justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica. (Em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC15).**

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Crateús/Ce, 23 de julho de 2018.

Vagner Rodrigues Lima

Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: VAGNER RODRIGUES LIMA, Nacionalidade: Brasileiro, solteiro, agricultor, portador (a) do RG Nº 2015185179-9 e CPF Nº 291.981.528-82, residente e domiciliado no PV Lagoa das Pedras, s/nº, zona rural, Crateús – CE, CEP: 63700-000, para os devidos fins de obtenção de assistência judiciária gratuita, nos termos da Lei nº. 1060/50, de 05 de fevereiro de 1950, que não tenho condições de arcar com às custas processuais e honorários advocatícios do presente processo sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Crateús – CE, 23 de junho de 2018.

x Vagner Rodrigues Lima

VAGNER RODRIGUES LIMA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Vagner Rodrigues Lima,

RG nº 2035385179-9, data de expedição 02/12/15, Órgão SSP-CE,

CPF nº 241.981.528-82, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	
Número	<u>PV Lagoa das Pedras</u>
Apto / Complemento	<u>SN.º</u>
Bairro	
Cidade	<u>Zona Rural</u>
Estado	<u>Crato</u>
CEP	<u>63700-000</u>
Telefone de Contato	
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Crato, 23/07/2018

Assinatura do Declarante: Vagner Rodrigues Lima

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2015185179 - 9 DATA DE EXPEDIÇÃO 02/12/2015

NOME VAGNER RODRIGUES LIMA

FILIAÇÃO ANTONIO PEREIRA DE LIMA MARIA DE FATIMA RODRIGUES LIMA

NATURALIDADE CRATEUS - CE DATA DE NASCIMENTO 21/06/1978

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MONTE NEBO TERMO: 2325 FOLHA: 195 LIVRO: A3 CRATEUS - CE CPF 291.981.528-82

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29.08.83

Proibido Plástico

Carteira de Identidade

Vagner Rodrigues Lima



Autêntico, para os devidos efeitos, a presente cópia reprográfica do documento que me foi apresentado em Cartório pelo parte interessada. Dou fé.

CRATEUS - CE

Em Test. de Verdade.

11 ABR. 2018

Bel. Siriano Barreto Cavalcante - Oficial

☐ Fabiana Barreto Cavalcante - Substituta

☐ Valéria Cardoso Barros Pimentel - Substituta

Cartório de Registro de Imóveis

Escritório Substituto

21/06/2018

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

SINISTRO 3180212039 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA VAGNER RODRIGUES LIMA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA****CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO VAGNER RODRIGUES LIMA****CPF/CNPJ: 29198152882****Posição em 21-06-2018 08:10:10**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT.
Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo
neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
22/06/2018	R\$ 945,00	R\$ 0,00	R\$ 945,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013570048798

VIA CDP - RENAVAM

PFT

01 01062411012

ENTRADA

EXPCOD

0000000000

2017

NOME

AGNALDO GEMES DE FREITAS

CRATEUS

/CE

87070928119

PLACA

SRNE2176/CE

CHASSI

SRNE2176/CE

VEICULO

PAS/MOTOCICLETA

COMBUSTIVEL

GASOL/ALCO

HONDA/CG150 EAN ESDI

CAP TOTL

CATEGORIA

PARTIC

COTA UNICA

VENC COTA UNICA

1

VENC / COTAS

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

[illegible]

Autêntico, para os devidos efeitos, a presente
cópia reprográfica do documento que me fu
apresentado em Cartório pela parte interessada.
Dou fé.
CRATEUS CE
02 MAR 2018
Em Teste de Verdade

☒ Silvana Barreto Cavalcante - Oficial
☐ Fabiane Barreto Cavalcante - Substituto
☐ Soraya Barreto Cavalcante - Substituto

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA - A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CENº 013570048798 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 22/08/2017

VIA- 01 8707092B149 C/PF/CHPJ

RENAVAM 01062411812 HONDA/CB150 FAN ESDI

ANO FAB 2015 09 902KC160F85992B6

PLACA FNE2174

PREMIO TARIFARIO

TMS (R\$) 81,29 DENTRIM (R\$) 9,03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,32

CUSTO DO DANHEI (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7

TOTAL UNICA PAGAMENTO PARCELADO

COTA UNICA 24/08/2017

DATA DE QUITACAO

SEGUROADORA LIDER - DPVAT

CHPJ 09.2145.608/0001-04

PO 081700135E8F577186

00439



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 510 - 308 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/04/2018 11:17:26**
Data / Hora da Ocorrência: **07/12/2017 06:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PREFEITO JOSE ROSA**
Complemento:
Bairro:
Município: **NOVA RUSSAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VAGNER RODRIGUES LIMA**
Nascimento: **21/06/1978** CPF: **291.981.528-82**
RG: **20151851799** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE FATIMA RODRIGUES LIMA**
ANTONIO PEREIRA DE LIMA
Endereço: **NÃO INFORMADO LAGOA DAS PEDRAS DOS BRAS**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: PNE2176 Uf: CE Município: CRATEUS Chassi:
9C2KC1680FR599286 Renavam: 1062411312 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG150 FAN ESDI Ano
Fabricação: 2015 Ano Modelo: 2015 Combustível: GASOLINA/ALCOOL
Cor: PRATA Proprietário: AGNALDO GOMES DE FREITAS Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: NORMAL

Histórico

A vítima informa que no dia 07/12/2017, por volta das 06:40h, estava na garupa do veículo cima citado, conduzido por AGNALDO GOMES DE FARIAS. CNH: 06881991020 e quando o condutor foi realizar uma curva a direita, a perna da vítima colidiu com uma cerâmica no canto da calçada; QUE no momento já se dirigiu ao Hospital Municipal de Nova Russas e foi transferido no mesmo para o Hospital São Lucas e posteriormente para Santa Casa de Sobral, onde passou por dois procedimentos cirúrgicos; QUE RAIMUNDO MENEZES SOUSA soube do acidente e pode testemunhar o fato; E nada mais disse //// As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB)

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROBERTA DE OLIVEIRA BEZERRA - MAT.: 30113810

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS

Pág. 1 de 2

Impresso em: 19/04/2018 11:30:31



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 510 - 308 / 2018

BRUNO DE OLIVEIRA ROCHA - MAT.: 30081013

x Agnaldo gomes de Freitas

6 Raimundo meneses souza

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ACOLHIMENTO COM CLASSIFICAÇÃO DE RISCO - EMERGÊNCIA ADULTA

Idade do Paciente:

ACOLHIMENTO: 6446 | 08/12/2017 01:21:13

Aten: 504022 T.L. SILVA
Reg: 504022 T.L. SILVA
Nome: VANDER RODRIGUES LIMA
End: LOMA DAS FÉRIAS
ZONA RURAL: CRATELUS-CE; CEP: 6300000

Descrição da História Prévia do Atendimento:

PACIENTE VITIMA DE QUEDA DE MOTO. APRESENTA LESÃO EXTENSA EM MID COM SANGRAMENTO ATIVO. NEGA CEFALÉIA, TONTURAS, CERVICALGIA E LOMBALGIA. ORIENTADO E CONSCIENTE. SEM MAIS QUEIXAS NO MOMENTO.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 160/80, Nº Pulso: 76, Nº Freq. Resp: , DX: , Temperatura:

Eu, ELZIRON VIEIRA RODRIGUES Paciente () Responsável
(Seu do Parentesco) RG Nº _____, declaro que:

1º) Recebi informações enquanto a classificação de risco, segundo Protocolo HumanizaSUS, e sobre o tempo máximo de espera para o atendimento; considerando que a classificação vermelha (Emergência) mereço atendimento imediato, classificação amarela (urgência) com orientação de tempo de espera até 50 minutos, classificação verde (não - urgente) com orientação de tempo de espera até 120 minutos, e classificação azul (atendimento ambulatorial) com orientação de tempo de espera de até 240 minutos.

2º) Estou ciente que caso venha a ter alguma complicação durante o tempo de espera que venha a agravar o meu quadro de saúde, deverá ser feita uma reclassificação pelo Enfermeiro plantonista do Acolhimento com Classificação de Risco.

3º) Li, concordo com as informações registradas na ficha de primeiro atendimento, as quais informo ao profissional de saúde o qual realizou meu acolhimento onde afirmo a veracidade das mesmas.

Sobral/CE, _____ de _____ de _____ às _____

ELZIRON
Assinatura do Paciente ou Responsável

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

TIPO DE TRAUMA

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

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: 01:50

HDA DO MÉDICO: accidenti vítima de queda de moto apresentando
lesão extensa em perna esquerda

CONDUTA: Rx de perna esquerda + amulogênica.
 DIAGNÓSTICO: lesão em perna esquerda

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

A DO PACIENTE

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Maria Cleide da Silva
 COORDENADORA

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 924024
Nome...: VAGNER RODRIGUES LIMA
CPF...: 29198152882
Sexo...: MASCULINO
Data de Nascimento...: 21/6/1978
Idade...: 39a 5m 18d
Nome da Mãe...: MARIA DE FATIMA RODRIGUES LIMA
Cor...: PARDA
Nome do Pai...: ANTONIO PEREIRA DE LIMA
CNS...:
Estado Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: LAGOA DAS PEDRAS
Número...: 0
Bairro...: ZONA RURAL
CEP...: 63700-000
UF...: CE
Telefone...: 993057490

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
Endereço...:
Documento...:
Telefone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 5046051
Data...: 08/12/2017
Hora...: 02:27
Permanência...: 3 Dias
Procedimento...: 0413040178- TRATAMENTO CIRURGICO DE LESOES EXTENSAS C/ PERDA DE SUBSTANCIA CL
Atendente...: DHONLENO.SOUSA
Assessor...: EMANUEL SAMPAIO ARAUJO
Unidade Int...: UI EMERGENCIA ADULTA
Leito...: LEITO 4-3 EMERG. ADULTA
SUS...: SUS - 6'H

 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

Página: 1/1
Emitido por: LEDA.COSTA
Em: 12/12/2017

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Médica do Paciente

Atendimento: 5046051

Dt Alta: 12/12/2017 - 10:43

Dt Atendimento: 08/12/2017 - 02:27

Paciente: 924024

VAGNER RODRIGUES LIMA

Serviço: 35 OUTROS SERVIÇOS

Convênio: 1 SUS - SIH

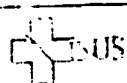
Plano: 1 SUS - SIH

Usuário: LEDA.COSTA

Alta Médica: ALTA MELHORADA

0415040035 - DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Documento de Alta



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 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CHES

3 0 2 1 1 1 4

4 - CHES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

4 - DATA DE ADMISSÃO DT. ATEND.: 0/12/2017 - 02:27
5 - DATA DE NASCIMENTO: 21/6/1978
6 - NOME DO PACIENTE: **WANDER RODRIGUES LIMA**
7 - NOME DA MÃE: **FÁTIMA RODRIGUES LIMA**
8 - CPF: **27170152882** CNS: **SUS/FIL:**
9 - ENDEREÇO: **LADEIRA DAS PEDRAS 0**
10 - CIDADADE: **JOÃO PESSOA - PB**

11 - SEXO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

DDD

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

-CE- CEP: 63700000

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente vítima de queda de moto com lesão extensa em perna esquerda.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

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

Anamnese + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

lesão extensa em perna esquerda

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUNDÁRIO 26 - CID 10 OUTRAS ASSOC.

S09.7

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento hospitalar

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01413014101313

29 - CLÍNICA

1

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

2

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

01210131812113110

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Emmanuel Campaio Araújo

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

8/12/17

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

28 DEZ. 2017

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 - CNIE EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() PRESENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Handwritten signature: *Maria Cleide da Silva*

Stamp: **CONFERE COM O ORIGINAL**

Stamp: **Santa Casa de M. de Sobral**

Stamp: **COORDENADORA**

Text: CID: _____

Text: CID: _____

Text: CID: _____

FIGHA DE CONTRA - REFERENCIA (*)

Data: _____ Hora: _____
 Profissional: _____
☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico
 Local para atendimento: _____
 Referência: _____

[illegible]

Nome: Roberto Lima Data de Nascimento: 11/11/1961 Ocupação: 1 Bairro: 1 Tel: 1
Prontuário Nº: 1 Município: 1

[illegible]

FIGURA 25. RENDIMENTO DA COLHEITA

HOSPITAL SÃO LUCAS

DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAIS)

S. Têcn. psc, l + Flóquer loqui
 Derb do - t. cirurgia de lenc. ext.
 de p. co - perdo cutan
 . Revisão de lenc. ext.
 ginter. ecor. + cutis

Santa Casa de M. de Sobral
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 M. Cleide da Silva
 COORDENADORA

1º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO

fl's. 22

NOME: <u>Valmir Rodrigues Lima</u>		DATA: <u>02/10/77</u>	REGISTO: <u>5245051</u>
IDADE: <u>39a</u>	SEXO: <u>M</u>	COR: <u>Pdo</u>	CLÍNICA: <u>Ortopedia Plástica</u>
PRESSÃO ARTERIAL: <u>120x70</u>		PULSO: <u>82</u>	RESPIRAÇÃO: <u></u>
TEMPERATURA: <u></u>		PESO: <u></u>	GRUPO SANGÜÍNEO: <u></u>
ESTADO GERAL: <u>BOM</u> ☒ <u>REGULAR</u> ☐ <u>MAU</u> ☐ <u>PÉSSIMO</u> ☐		RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN): <u>Gr. I</u> ☐ <u>Gr. II</u> ☐ <u>Gr. III</u> ☐ <u>Gr. IV</u> ☐	

EXAMES COMPLEMENTARES:

AP. RESPIRATORIO: <i>ADN</i>	AP. CIRCULATORIO: <i>ADN</i>
------------------------------	------------------------------

AP. DIGESTIVO: <i>Vesiga 2-8h</i>	ESTADO MENTAL: <i>Glasgow 15</i>	DROGAS EM USO:
RES. ANESTÉSICO		ESTADO DE ANEST.

PRE-ANESTESICO: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

CIRURGIA REALIZADA: Desbridamento em AED

CIRURGIÃO: <u>Rodrigues</u>	AUXILIARES:
TERMINO DA ANESTESIA:	DURAÇÃO DA ANESTESIA:

GIO DA ANESTESIA: 16:10	TERMINO DA ANESTESIA: 16:10
----------------------------	--------------------------------

AGENTE/HORA

0.00

[illegible]

Liquipos	
VENOSOS	

1571

[illegible]

279

150

[illegible]

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100	110	120	130	140	150	160	170	180	190	200	210	220	230	240	250	260	270	280	290	300	310	320	330	340	350	360	370	380	390	400	410	420	430	440	450	460	470	480	490	500	510	520	530	540	550	560	570	580	590	600	610	620	630	640	650	660	670	680	690	700	710	720	730	740	750	760	770	780	790	800	810	820	830	840	850	860	870	880	890	900	910	920	930	940	950	960	970	980	990	1000
---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------

DIAGNOSTIC SYSTEMS

[illegible]

ARTERIA

31.2

SECRET

[illegible][illegible][illegible]

ANESTESIA GERAL ☐ RAQUIDIANA ☒ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐

TECNICA Pt. lombosacral, punção L3-4 de agulha 25G de Weiss

203 liberado sem intercorrimentos

LÍQUIDOS		MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
Volume em ml			
1000	1000	1000	6

GLUCOSE	1000 mg	7
---------	---------	---

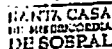
NaCl	100 ml	2	275 mg/ml	8
SANGUE		3	275 mg/ml	9

RINGER	4	1372 HODGINS	10
--------	---	--------------	----

DESTINO DO PACIENTE APTO ☐ ENFERM ☒ SRJA ☐ OUTROS ☐ SnO. 847.

SRPA PA: 110/60 PULSO: 76 RESPIRAÇÃO: 18

ASSINATURA / ANESTESISTA



SECRET

[illegible]



EVOLUÇÃO OUTRAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS

NOME:

Diego Rodriguez Lima

Nº PRONTUÁRIO

984024

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

08 | 12 | 13

Admin

9.8 1.3 1.7

00:00h

Circus Girl

paciente 40 anos, apresentando
doença em M.I.D. extensa, com comprometimento
visão importante, mas sem musculatura
e pálpebras descompostas no nível proximal.
As pernas finas, lesão de lesão em
M.I.D., olhos pálpebras pálpebras.
CO:- LAVA para garantir a aparência
curativa importante.
- Solução adequada de cirurgia plástica

Of JAMES C. FORD
CRIMINAL GEN.

38	12	12
----	----	----

Open

Jasir Guno Peri

Process to Secret 2: Group

09/12/17

Estad
cm. 1.6

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

~~Marta Cleide da Silva~~
COORDENADORA

Rodrigo Aguirre

Dr. Rodrigo Barreto

15

Paint
house

of a few



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



fls. 26

ANEXO: 000001 - 000002 - 000003 - 000004 - 000005
000006 - 000007 - 000008 - 000009 - 000010
000011 - 000012 - 000013 - 000014 - 000015
000016 - 000017 - 000018 - 000019 - 000020
000021 - 000022 - 000023 - 000024 - 000025
000026 - 000027 - 000028 - 000029 - 000030
000031 - 000032 - 000033 - 000034 - 000035
000036 - 000037 - 000038 - 000039 - 000040

QP:

HDA:

Paciente vítima de queda de moto com lesão
externa em membro superior esquerdo

EXAME FÍSICO:

Lesão externa em membro superior
esquerdo

DIAGNÓSTICO INICIAL: lesão externa em membro superior esquerdo

CONDUTA: Internamento

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Maria Cleide da Silva
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO FINAL:

Rt. trauma



Guia de atendimento - EMERGENCIA

v20170620

DADOS DO PACIENTE

Promitório 043251	Atendimento 0011	Nome do Paciente VAGNER RODRIGUES LIMA	CNS 704709795598733	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 363241346		Estado Civil Solteiro(a)		Sexo Masculino
Data de Nascimento 21/06/1978		Local CRATEUS/CE		Idade 39 Ano(s)
Pai ANTONIO PEREIRA DE LIMA		Mãe MARIA DE FATIMA RODRIGUES LIMA		
Endereço DISTRITO LAGOA DAS PEDRAS, SN		Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS
Profissão AGRICULTOR		Empresa	Cônjuge	UF CE
Responsável MARIA DE FATIMA RODRIGUES LI		CPF do Responsável	Endereço DISTRITO LAGOA DAS PEDRAS, SN	Município CRATEUS
				UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 07/12/2017	Hora 21:05	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ORLANDO BARBOSA GOMES JUNIOR		CRM/UF 16822/CE		Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente		Funcionário MIKAELY SOARES GOMES		
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
			() Alta () Internação () Óbito	

Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
			78	22
				PA (mmHg)
				130/80

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

Vítima de acidente de moto (58c) 9/11/2017
apresentando extensas lesões luto-contusivas
MID

Lesões ASRL volume, BV

2) Soluções RX de Pernas (17)

3) Reforço sang + 100ml de 5000x, W

4) Ceftriaxona 2g, BV AS.22:30

Dr Breno Marques
Médico

ORLANDO BARBOSA GOMES JUNIOR - CRM: 16822

Assinatura Paciente/Responsável

Responsável: MARIA DE FATIMA RODRIGUES



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antônio Crisostomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3112-0400

Cert. Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0

Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Adm.: Pe. Francisco Júnior Melo

SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA

Para: VAGNER RODRIGUES LIMA.

Retornar para revisão no dia: 04/01/18 Horário: 07:00H

(SEGUNDA, TERÇA OU QUINTA)

Observações: PROCURAR DR AGOSTINHO NO AMBULATORIO.

- PARA REVISÃO CIRURGICA.

- FAZER TROCA DE CURATIVO DE ENXERTO SOMENTE NA SEXTA-FEIRA.

- LIGAR PARA (88) 99997-4757 NA DÚVIDA DO CURATIVO.

- FAZER RIFECINA NA PARTE ONDE RETIROU A PELE PARA ENXERTO.

- FAZER FICHA DE REFERENCIA PARA CIRURGIA PLASTICA.

- CONSULTA PELO PLANO ECONOMICO.

Antônio Agostinho Moura
CIRURGIÃO PLÁSTICO
CREMEC: 5.430 - RQE 8.175

Marcar **consulta** através da Central de Marcação do SUS
do seu **município** ou pelo plano econômico.

Informações: (88) 3112-0548 - 3112-0595



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3112-0400
Cert. Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550
Adm.: Pe. Francisco Júnior Melo

SERVIÇO DE CIRURGIA PLÁSTICA

Para: VAGNER RODRIGUES LIMA.

Retornar para revisão no dia: 20/12/17 Horário: 10:00H

(SEGUNDA, TERÇA OU QUINTA)

Observações: PROCURAR DR AGOSTINHO NO CENTRO CIRURGICO

- PARA REVISÃO CIRURGICA.

FAZER TROCA DE CURATIVO DIARIO .

TRAZER FICHA DE REFERENCIA.

TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA.

Marcar consulta através da Central de Marcação do SUS
do seu município ou pelo plano econômico.

Informações: (88) 3112-0548 - 3112-0595



**SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL**
ENTIDADE FILANTRÓPICA

Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Wagner Rodrigues Junior

Necessita de 60 (sessenta) dias de Licença para
tratamento de Saúde.

Devido:

Externo para internar
em outra cidade

Antônio Agostinho Moura
CIRURGIÃO PLÁSTICO
CREMEC: 5.430 - ROE 8.175

C.I.D. _____ Sobral, 09 / 0 / 2018

[Assinatura]
Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfica CLEIDE - 3611.3723

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVA RUSSAS
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS/CEARÁ

1. Preencher esta ficha em três vias
 2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via Unidade de Origem

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H m J 6 ROSA
 Distrito Sanitário: 15 Iresse Município: NOVA Ressa

Nome: Vagner Madrugueira Lima Prontuário N° _____
 Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento 21/06/78 Ocupação: _____
 Endereço: Rua Antenor de Azevedo Bairro: _____ Tel: _____

Motivo do Encaminhamento: Amar, itua de los corte cartua xifusa
em para cluitor

Resultado de Exames: _____

Consulta já Realizada: 1) Urastus 2) Tasmia Sey

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro _____ Função Médico Data 07/12/17 Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐
 Procedimento: Desbridamento Profissional: Cirurgião Gen
 Unidade de Referência: _____ Data: 1/1 Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
 Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta: 1/1

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico: Principal _____ CID: _____
 Secundário 1 _____ CID: _____
 Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para Seguimento _____

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

Assinatura do Consultante - N° Registro _____ Função _____ Data 1/1

(*) Utilizar também como resumo de alta

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ETNATAN PEREIRA-FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/08/2018 às 16:17, sob o número 0156823302018060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0156823-30.2018.8.06.0001 e código 3D1CB7C.

 SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
Aten: 5046042 Dt. Atende: 08/12/2017 - 01:28 Reg.: 524024 Dt Nasc: 21/06/1978 Nome: VAGNER RODRIGUES LIMA End.: LAGOA DAS PEDRAS 0 ZONA RURAL: CRATELUS-CE: CEP: 63700000	
Contribuição Voluntária: Uma opção de atendimento de consultas, exames e internações sem burocracia, rápida, que a Santa Casa de Sobral lhe oferece.	
Informações: _____ Santa Casa: (88) 3112.0548 - 3112.0595	

VOLTAR:	
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____
Dia: ____/____/____	Dia: ____/____/____



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Ligam. Ant. de
fezer anetiv

999074757

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



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

WAGNER Romão Jure

folha

urina venosa

3/4

20/80

Antônio Agostinho Moura
CIRURGIÃO PLÁSTICO
CREMEC 5.430 - ROE 8.175

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



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil



RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório

Wafra

Combinar foto _____

01 Sp 2x40, 2x40
e lincos 2 de 10x15

Antônio Agostinho Moura
CIRURGIÃO PLÁSTICO
CREMEC: 5.430 - RQE 8.175

CÓD. 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 Filantropico - Proc. 242.442/74



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo: Rua Antonio Crisóstomo Moura, 919 - Centro
 Antonio Agostinho Moura
 CIRURGIÃO PLÁSTICO
 CREMEC: 5.430 - RQE 8.175

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

Paciente: Wagner Romário Lima

Endereço: _____

Prescrição: ciprofloxacina 500mg - 2
 01 cp de 12/12h
 Colocação - 6h
 1º e 2º ao farmácia

Antonio Agostinho Moura
 CIRURGIÃO PLÁSTICO
 CREMEC: 5.430 - RQE 8.175

Carimbo e Assinatura do Médico

Data 17/12/2017

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

DATA:

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



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

5-4

IDENTIFICADO DO EMITENTE

Nome Completo: Antônio Agostinho Moura
 CRM: _____ UF: _____ Nº: _____
 Endereço Completo: Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro
 Telefone: (88) 3112.0400 Cidade: Sobral UF: Ceará

Paciente: Vagner Rompão Junior
 Endereço: _____
 Prescrição: R. flocina spray — ol
aplica no feze cativo

Data 26/12/2017

Antônio Agostinho Moura
 CIRURGIÃO PLÁSTICO
 CREMEC: 5.430 - RQE 8.175

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 Drogaria
 2ª VIA - Orientação ao paciente