PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: LARYSSA DE ARAUJO GOMES, brasileira, casada, técnica de enfermagem, portadora do RG nº 2007290242-0, inscrita no CPF sob o nº 057.979.713-99, residente no Sítio Pedra Branca, nº 500, Zona Rural, Nova Olinda-CE, CEP 63.165-000, com telefone: (88) 99781-4067.

OUTORGADO: Gerson Felinto de Matos, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE nº 38.035, com endereço profissional na Rua Jeremias Pereira, nº 573, Centro, Nova Olinda-CE, CEP: 63.165-000, endereço eletrônico (e-mail) gerson.felinto@hotmail.com.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o **OUTORGANTE** confere ao **OUTORGADO** plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicia* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais 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 e assinar declaração de hipossuficiência econômica, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Nova Olinda - CE, 31 de maio de 2019.

Laryssa de Araujo Gomes

OUTORGANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB85F.

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: Laryssa de Araujo Gomes, brasileira, casada, técnica de enfermagem, portadora do RG nº 2007290242-0, inscrita no CPF sob o nº 057.979.713-99, residente no Sítio Pedra Branca, nº 500, Zona Rural, Nova Olinda-CE, CEP 63.165-000

Declara, nos termos dos Art. 98 e ssss. Do NCPC (Lei nº 13.105 de março de 2015), desejando obter os benefícios da "Justiça Gratuita", que se encontra em estado de vulnerabilidade econômica e não possui recursos suficientes para custear demandas judiciais, sem prejuízo da manutenção da sua família e suas atividades.

Por ser verdade, firmo.

Nova Olinda-CE, 31 de maio de 2019.

Laryssa de Araujo Gomes

LARYSSA DE ARAUJO GOMES

DECLARANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB85F.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Larryssa de Araujo Gomes

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007290242-0

DATA DE EXPEDIÇÃO 22/05/2013

NOME
LARYSSA DE ARAUJO GOMES

FILIAÇÃO
CLAUDENIZIO TAVARES GOMES
EDISANGELA SALES DE ARAUJO GOMES

NATURALIDADE
CRATO - CE

DATA DE NASCIMENTO
03/04/1995

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO:1 OFICIO TERMO:47.457 FOLHA:091
LIVRO:A-41 CRATO - CE

CPF 057.979.713-99

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 76

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CORREIOS

Cartão de uso pessoal e intransferível.
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
MAR/2010

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de Inscrição
057.979.713-99

Nome
LARYSSA DE ARAUJO GOMES

Nascimento
03/04/1995

fls. 10

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB862.

Nº DO CLIENTE
2625565-0
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 Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 503185618

Rota 21 11174 02 062500 - 0 Data de Emissão 30/11/2017
Nome ADERSON ALVES DE ARAUJO
End. Postal ST PEDRA BRANCA 00500
P BRANCA - NOVA OLINDA - 63165000

Medidor 11023374 Poste 0000 0000
Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência
RG / CPF / CNPJ 196082683-20 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Dez/2017	30/12/2017	30/12/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto NOVA OLINDA
Mês Out/2017 EUSD 14,34
DICRI= 0,00 P

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	11,01	22,03	44,07	4,27	0,00	0,00
FIC	7,67	15,34	30,69	1,00	0,00	0,00
DMIC	5,98			4,27		

ICMS

Base de Cálculo (R$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
626C.955B.ED2F.62D1.C4FF.3980.D6D4.7329

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R$/kWh)	Valor (R$)
14301	14207	1,00	94	0,00	94	0,40382	37,88
30/11/17	31/10/17		30 DIAS		94		37,88

DESCRIÇÃO	VALOR (R$)
VALOR CONSUMO DO MES	37,88
MULTA MORATORIA REF 09/2017	0,78
TAXA DE RELIGACAO	7,43
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R$ 4,97)	

VENCIMENTO 08/01/2018

TOTAL A PAGAR (R$) 46,09

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	17,81
Transmissão	1,78
Distribuição	12,10
Encargos Setoriais	4,19
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	2,00
TOTAL	37,88

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	J
96	94	103	91	102	86	103	84	99	83	132	74	10

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO_2 (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO_2)	Compensado kg (CO_2)	Consciência Ecológica (%CO_2)
40,63	0,00	0 — 100

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMATICO UTILIZE
SEU NUMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DIGITO VERIFICADOR."

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

NAO FOI POSSIVEL COLHER LEITURA POR: FAT MEDIA-LEIT BIMESTRAL ART 86 RES 414

Consta desta fatura R$ 2,00 referente a PIS e COFINS.Alíquotas: PIS:0,95% e COFINS:4,37%
(Art. 3 Res. 100/2005 - ANEEL e Leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB862.

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

Rio de Janeiro, 28 de Janeiro de 2018

Carta n°: 12304891

A/C: LARYSSA DE ARAUJO GOMES

Nº Sinistro:	**3180012860**
Vitima:	**LARYSSA DE ARAUJO GOMES**
Data do Acidente:	**08/09/2016**
Cobertura:	**INVALIDEZ**

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **LARYSSA DE ARAUJO GOMES**
Valor: **R$ 1.350,00**
Banco: **237**
Agência: **000005452-6**
Conta: **000000002392-2**
Tipo: **CONTA CORRENTE**

Memória de Cálculo:

Multa:	R$	**0,00**
Juros:	R$	**0,00**
Total creditado:	R$	**1.350,00**
Dano Pessoal: Lesões neurológicas que cursem com dano cognitivo-comportamental alienante 100%		
Graduação: Em grau residual 10%		
% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 100%) 10,00%		
Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 =	R$	**1.350,00**

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 01013/01014 - carta_15R - INVALIDEZ

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
Impresso nº 2019353739

FLS.
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 8718 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/11/2017 09:21:43**
Data / Hora da Ocorrência: **08/09/2016 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA NOVA OLINDA - SANTANA DO CARIRI**
Complemento:
Bairro: Município: **NOVA OLINDA/CE**
Ponto de Referência: **BAIXIO DO GEREMIAS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LARYSSA DE ARAUJO GOMES**
Nascimento: **03/04/1995** CPF: **057.979.713-99**
RG: **20072902420** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **EDISANGELA SALES DE ARAUJO GOMES**
CLAUDENIZIO TAVARES GOMES
Endereço: **SITIO PEDRA BRANCA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVA OLINDA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99781-4067**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCL0849** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi: **9C2JC4820CR008830** Renavam: **390680206** Tipo do Veículo: **MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 125 ES** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **ROSA** Proprietário: **LARYSSA DE ARAUJO GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

ADVERTIDO(A) DAS PENALIDADES PREVISTAS PARA OS CRIMES DE FALSO TESTEMUNHO, DENUNCIAÇÃO CALUNIOSA E COMUNICAÇÃO FALSA DE CRIME/CONTRAVENÇÃO DISSE QUE: NA DATA ACIMA MENCIONADA FOI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO; QUE VINHA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE CARACTERÍSTICAS ACIMA MENCIONADAS PILOTADA POR JHONATAS OZIL ALVES DE ARAUJO, SEU ESPOSO, QUANDO PASSOU MAL DESMAIANDO CAINDO DO VEÍCULO AO SOLO; QUE FORA SOCORRIDA POR JHONATAS E ENCAMINHADA AO HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ANA ALENCAR ALVES DE NOVA OLINDA, CRATO, SENDO POSTERIORMENTE TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL SANTO ANTONIO EM BARBALHA-CE, SOFRENDO AS LESÕES DESCRITAS NO LAUDO MÉDICO, PRONTUÁRIO ANEXO; A VÍTIMA APRESENTOU DOCUMENTOS DE IDENTIFICAÇÃO DAS TESTEMUNHAS DO ACIDENTE (DOCUMENTOS ANEXOS); QUE O CONDUTOR DA MOTOCICLETA ERA HABILITADO NA ÉPOCA DO ACIDENTE; QUE REGISTRA O PRESENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT; E NADA MAIS DISSE.

ADENDO
A VÍTIMA RETORNOU Á DELEGACIA DIA 04.12.2017 PARA RETIFICAR O ANO DO ACIDENTE POSTO ERRONEAMENTE COMO SENDO 2017, QUE O

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATO
Impresso nº 2019353739

FLS.
RUBRICA
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 446 - 8718 / 2017

ACIDENTE ACORREU NO DIA 08.09.2016; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :
ANA LUIZA COELHO - MAT.: 300214-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :
FLÁVIO SANTOS DA SILVA - MAT.: 013324-1-4

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 01221997992 1

VIA: 01 | COD. RENAVAM: 390680206 | RNTRC: 000000000 | EXERCÍCIO: 2015

LARYSSA DE ARAUJO GOMES
****
****
CRATO/CE

CPF/CNPJ: 05797971399 | PLACA: OCL0849

PLACA ANT/UF: ******/CE | CHASSI: 9C2JC4820CR008830

ESPÉCIE TIPO: PAS/MOTONETA/NÃO APLIC. * | COMBUSTÍVEL: GASÓL/ALCO

MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES | ANO FAB.: 2011 | ANO MOD.: 2012

CAP/POT/CIL: 2P/0CV/124CC | CATEGORIA: PARTIC | COR PREDOMINANTE: ROSA

IPVA: COTA ÚNICA: ********, ** | VENC. COTA ÚNICA: **/**/** | VENC/COTAS: 1ª ***** 2ª ***** 3ª *****

FAIXA IPVA: *** | PARCELAMENTO/COTAS: ********, **

PRÊMIO TARIFÁRIO (R$): | IOF (R$): | PRÊMIO TOTAL (R$): | DATA DE PAGAMENTO: 00/00/0000

****
****
****

LOCAL: CRATO | DATA: 17/12/2015

100% Ponta
Equipamentos Eletrônicos
DETRANCE

CONTRAN

VÁLIDO

CE Nº 01221997992 1 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
05797971399 OCL0849
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatseguradotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA: 01 | CPF/CNPJ: 05797971399 | EXERCÍCIO: 2015 | DATA EMISSÃO: 17/12/2015

RENAVAM: 390680206 | MARCA/MODELO: HONDA/BIZ 125 ES | PLACA: OCL0849

ANO FAB.: 2011 | CNPJ: 09 | CHASSI: 9C2JC4820CR008830

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R$): | DENATRAN (R$): | CUSTO DO SEGURO (R$):

CUSTO DO BILHETE (R$): | IOF (R$): | TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R$):

☒ COTA ÚNICA | PAGAMENTO: | PARCELADO | DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

DESPACHANTE
LOTE/SEGURADORA/IDEA/UNIPVAT
MOTOR: JC48E2400 [illegible]/0001-04
www.seguradoraidea.com.br

JUL-2015

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

Rg: 2007290242 0

Nova Olinda
Uma cidade cada dia melhor.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE ANA ALENCAR ALVES

LAUDO MÉDICO-PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS / URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nome: Larissa de Araújo Gomes **DN:** 03/04/1995 **Idade:** 21 anos
Sexo: M ( ) F (X) **Estado Civil:** **N° de Atendimento**
Endereço: Sítio Pedra Branca **Nº:** **Bairro** 2. Rural
Cidade: Nova Olinda **Estado:** Ceará
Nº Cartão SUS:
Médico (a): Dra Lidiane **CRM:**
Impressão Diagnóstica: **CID:**
Procedimento: Queda de moto. Hemorragia por ou. Tentura. Imobilizado na coluna cervical. Colar cervical

Anotações de Enfermagem:
Paciente vítima de acidente de moto, com HD: TCE por cinegética - Descerebrado - Cervical - D - Sul
transf. p/ HSA
HGT 135
PA 140x90
SaF 98%

SSVV: TEMP.: ____ °C; **PA:** ____ X ____ **mmHg: PESO** ____ **HGT:** ____ **mg/dl: FR** ____ **rpm:**
FC ____ **bpM; BCF:** ____ **bpm;**
SF - 500ml EV lento.

Nova Olinda: 08/09/2016 Transferência p/ Hosp. Regional urgente

Carimbo e Assinatura do Médico

Assinatura do Paciente ou Responsável: Eduangela Gomes de Araújo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

TOMOGRAFIA APAC

Hospital Santo Antônio

FUNDAÇÃO OTILIA CORREIA SARAIVA
Telefone: 88 3532-7700 Fax: 88 3532-7719 - Barbalha - CE

FICHA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIH UNISUSWEB : 3121810000081881 1 Emissão: 08/09/2016 14:3

Atend.N°: 359522

Paciente: LARYSSA DE ARAUJO GOMES Idade: 21a 5m 5d Sexo:F
Nasc: 03/04/1995 CPF: 057.978.713-99 RG: 20072902420 Est.Civil: CASADO
Filiação Mae:EDISANGELA SALES DE ARAUJO GOMES Pai:CLAUDENTIZIO TAVARES GOMES

Endereço: SITIO PEDRA BRANCA SN Bairro: ZONA RURAL
Município: NOVA OLINDA UF: CE CEP: 63165000
Telefone: 0899/41551 96698699 Profissão: TEC DE ENFERMAGEM Cor: PARDO
Natural.: CRATO ,CE Religião: NAO INFORMADO Atend:IELDE

Convênio: SUS INTERNACOES Matrícula/CNS: Titular:

Responsável.: JUONATA ROSIEL ALVES DE ARAUJO CPF: 057797971399

Medico...: TIAGO FREITAS LINS PIMENTEL
Especial.: INTERN. CLINICA
Setor...: POSTO II -HMSA
Urgencia: 02 URGENCIA

Prontuário: 127682
Data/Hora.: 08/09/2016 10:50
Qto/Leito.: 202-01
Tipo Acom.: ENFERMARIA

RESUMO DE TRATAMENTO

HISTORIA DO ATENDIMENTO:

Vítima de provável TCE

ANTECEDENTES PESSOAIS

DM ( ) AVC ( ) ALERGIA A DROGAS ( )

TRATAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO: Esq, grave

SINAIS VITAIS:

FC = FR = TA =

Glasgow 14 s/ dados

RV = RM =

DIAGNÓSTICO

Trat. conservador de TCE

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TCE

Bem

TRANSF. P/ LEITO ENF/APTO

TRASNF. P/ MEDICO:

CONDICÕES DE ALTA:

14/09/16
16.20

Tiago Freitas Lins Pimentel
CRM 9226
CPF 009.461.143-20
Neurocirurgião

Dr. Tiago Pimentel
NEUROCIRURGIÃO
CRM 9226

PACIENTE / RESPONSÁVEL MÉDICO(a): 009226 TIAGO FREITAS LINS PIMENTEL

Enfermeiro: ANNA 08/09/2016 14:3

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

FICHA DE EVOLUÇÃO CLÍNICA

DATA/HORA: 10/09/2016 16:32 **ATENDIMENTO.:** 359522
PACIENTE: 127682 **LARYSSA DE ARAUJO GOMES**
UNIDADE.: POSTO II -HMSA LEITO.:202-01 CONVÊNIO : SUS INTERNADOS

EVOLUÇÃO:
HD: TCE

HDA: Paciente segue estável, no 4° dia de internação hospitalar, calma, consciente e orientada. Refere cefaleia em região occipital de moderada intensidade, dor em região cervical, náusea pela manhã, dor em tornozelo direito e sangramento genital de pequena intensidade (Faz uso de Anticoncepcional Injetável). Nega vômitos e vertigem. Alimentação por via oral com boa aceitação.Diurese e evacuações presentes. Segue sob cuidados.

Exame Físico:
Ectoscopia: EGB, hidratada, normocorada, acianótica, anictérica, afebril
ACV: RCR em 2T, BNF sem sopros.
AR: MV presente em AHT sem RA
SN: Glasgow 15 (AO:4; RV:5; RM: 6)
Pupilas isocóricas e fotorreagentes
Sensibilidade, tônus e força muscular sem alterações
Sem sinais de irritação meníngea

Acadêmica: Bruna Furtado

TIAGO FREITAS LINS PIMENTEL
CRM:009226-CE

Tiago Freitas Lins Pimentel
CRM-CE 9226
CPF 699.423.403-68
Neurocirurgião

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

fls. 19

Hospital Santo Antônio
Uma nova vida começa aqui

Paciente: Larayra de Araujo Gomes
Médico: Tiago Freitas Lins Pimentel
Data: 09/09/2016 Setor: Posto - II Alta ~~2021~~ 212-03
Clínica:

J3h HD: TCE.

EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
Paciente segue consciente, orientada em tempo e espaço, calma, colaborativa e deambulando normalmente. Apresenta diurese, evacuações e apetite preservados. Paciente nega vômitos, convulsão, febre e alterações de sensibilidade e força.		
Paciente relata cefaleia na região occipital de caráter pulsátil que se intensifica ao se levantar, classifica a cefaleia como de média intensidade. Relata também hipoacusia direita, vertigem ao se levantar e náuseas. e dor na região cervical.		
Exame Físico:		
Ectoscopia: EGB, AAA, normohidratada, normocorada e sem edemas		
Neuro: ECG: 15 AO: 4 RV: 5 RM 6		
Pupilas isocóricas e fotorreagentes		
motilidade ocular extrínseca preservada		
Sensibilidade tátil de membros superiores e inferiores preservada		
Força de membros superiores e inferiores preservada.		
Sem sinais de irritação meníngea (Lasegue e Kernig)		
	Phablo Wemerson F. de Souza (ACADÊMICO DE MEDICINA)	

Dr. Tiago Pimentel
NEUROCIRURGIÃO

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS - CEARÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - NOVA OLINDA

SUS

1. Preencher esta ficha em 03 (três) vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

fls. 20

FICHA DE REFERÊNCIA

Glasgow 12

Unidade de Origem: HPP Ana Alencar Alves

Distrito Sanitário: 20ª CRES Município: Nova Olinda

CAMPO 1

Nome: Louisa de Araújo Gomes Prontuário N°

Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento 03/04/1985 Ocupação:

Endereço: Sítio Pedra Branca Bairro: Nova Olinda CE Tel.:

CAMPO 2

Motivo do Encaminhamento: Queda de moto. Ferimento no couro cabeludo. Sonolenta.

Resultado de Exames: HEMORRAGIA pelo ouvido D. Fraturas. GLASGOW = 12 PA 14x9 HGT = 135

Consulta já Realizada. Feito curativo e Dexametasona

Impressão Diagnóstica TCE.

Assinatura do Encaminhante - N° Registro | Função: Médica | Data: 08/09/2016 | Hora

AGENDAMENTO

CAMPO 3

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☒ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Profissional:

Unidade de Referência: Hosp Regional Data 08/09/2016 Hora

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

CAMPO 4

Unidade de Referência: Data: / / Hora:

Município: Prontuário N° Alta / /

CAMPO 5

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

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

Conduta realizada:

Proposta de Conduta para Seguimento:

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

Consultante - N° Registro | Função | Data / /

* O CAMPO 1 deverá ser preenchido pela unidade de saúde; O CAMPO 2 deverá ser preenchido pelo profissional assistente na unidade de saúde e se possível, encaminhar os exames solicitados; O CAMPO 3 deve ser preenchido pelo central de regulação ou setor de marcação. Todos os demais campos são de preenchimento obrigatório.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

Dr. José Márcio
OTORRINOLARINGOLOGIA

CPF 161.076.324-68
CREMEC 3347

Pai é
Laurel de Araújo Coury
Q

Ho MSPT
→ Sarlsep. SMY MSIH - 1 t.
2 jatos MM e Pt. 38 anos

10.09.16

Dr. José Márcio de Oliveira Brito
Otorrinolaringologista
CRMEC 3347

Consultório
Rua Tristão Gonçalves, 420
Telefone: (88) 3521-2452

CEP 63100-100 - CRATO - CE

Residência
Rua Rotary s/nº
Fone: (88) 3521-6609

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

Hospital
Santo Antônio
Uma nova vida começa aqui

Relatório

Lesão de braço Direito, 24a
vítima de Queda de moto
com TCE em 2016.
Ao exame: Glasgow 15,
PIFR, anisocoria.
Em uso/ado - sala Tireoa
parcialmente vazia e persistência
do septo pelúcido

C.D: S069
R43.0

27/05/19

Dr. Manuel Gonçalves Cruz Neto
NEUROCIRURGIÃO
CRM CE 12963

Voltando à consulta, trazer esta receita

HSA - REFERÊNCIA EM NEUROLOGIA E NEUROCIRURGIA - 24 HORAS

TRATAMENTOS CLÍNICOS E CIRÚRGICOS
-CIRURGIA GERAL
-OBSTETRÍCIA
-VASCULAR
-CIRURGIAS PLÁSTICAS
-ALERGOLOGIA

EXAMES
-RESSONÂNCIA
-RAIO-X
-ELETROENCEFALOGRAMA COMPUTADORIZADO

HOSPITAL SANTO ANTÔNIO
Av. Paulo Maurício S/N - Fone: (88) 3532-7700

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.

RADIOCLINICA
CARIRI

NOME: LARYSSA DE ARAUJO GOMES
REQUISITANTE: ALINE OLIVEIRA BRITO
EXAME: RM DO CRANIO
DATA DE NASCIMENTO: 03/04/1995 -23A

DATA: 14/08/2018
CÓD.: 54864
REQUISIÇÃO: 93400
CONVÊNIO: PARTICULAR

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

TÉCNICA: Equipamento de campo aberto, com bobina específica, nos seguintes planos e ponderações:
AXIAL T1, T2 FLAIR, T2 FSE, DIFUSÃO e MAPA DE ADC
CORONAL T2
SAGITAL T1

ANÁLISE:

-Sinais de sela túrcica parcialmente vazia.

-Persistência do cavum do septo pelúcido e do septo vergae (variante da normalidade).

-Parênquima cerebral com morfologia e atividade de sinais normais.

-Tronco cerebral e cerebelo de aspectos normais.

-Ventrículos cerebrais com formas e dimensões normais.

-Sulcos corticais, fissuras e cisternas sem alterações.

-Espaço subaracnóideo preservado.

-Ausência de lesões extra-axiais e de desvios da linha média.

ID:

1-Sinais de sela túrcica parcialmente vazia.

2-Persistência do cavum do septo pelúcido e do septo vergae (variante da normalidade).

OBS 1. Este relatório representa a Impressão Diagnóstica através da interpretação do médico radiologista. O relatório não deve ser considerado absoluto e definitivo, já que as doenças são evolutivas e podem modificar-se de acordo com a história natural da patologia ou investigação mais profunda. Havendo discordância do exame com a clínica do(a) paciente, entrar imediatamente em contato com a RADIOCLÍNICA.
OBS 2. Em caso de retorno para novos exames, favor trazer exames anteriores.

DIGFWCVL

DR LAMARCK NICODEMOS SANTANA
MÉDICO RADIOLOGISTA CRM:11093 RQE: 5772
MEMBRO TITULAR DO COLÉGIO BRASILEIRO DE RADIOLOGIA

25 ANOS FUNDADA POR DR. AÉCIO SANTANA RADIOCLINICA

Rua Januário Feitosa, 55, Novo Juazeiro, Juazeiro do Norte-CE
Fixo 88 3571.7414 Oi 98847.0114
Tim 99666.4423 Claro 99307.0909

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GERSON FELINTO DE MATOS e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 02/07/2019 às 16:51 , sob o número 00220146420198060132.
Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0022014-64.2019.8.06.0132 e código 4BDB863.