

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISCO FERREIRA LIRA, BRASILEIRO, CASADO, APOSENTADO, PORTADOR DA RG Nº 2007058771-4 E CPF Nº 071.098.903-25, RESIDENTE NA RUA ABELARDO FERREIRA GOMES, 157, PARAISO DAS FLORES, SOBRAL-CE., CEP: 62011-020.

OUTORGADO: Álvaro Alfrêdo Cavalcante Neto, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 24.880, com escritório profissional na Rua Floriano Peixoto, 394, Centro, Sobral-Ce., CEP: 62010-010.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a SEGURADORA LIDER, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

SOBRAL (CE), 22 de NOVEMBRO de 2019.


Outorgante

DECLARAÇÃO DE POBREZA

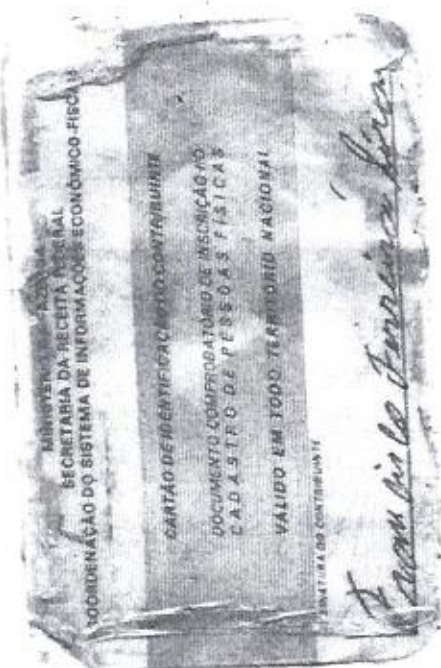
EU, Francisco Ferreira Lima,
Brasileiro, casado, Aposentado,
Portador da Carteira de Identidade/RG nº 2.007.058.771-4 SSP/_____,
inscrito no CPF/MF sob o nº 071.098.903.25, residente e
domiciliado na cidade de _____, estado do _____ na
Rua _____, nº _____, no
Bairro _____, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios
sem prejudicar o meu sustento próprio e de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Sobral-Ce., 18 de Dezembro de 2019.

Francisco Ferreira Lima

Declarante



Nº DO CLIENTE 1804362		A Tarifa Social de Energia Elétrica for criada pela Lei Nº 10-439 de 26 de abril de 2002		enel	
Para adquirir esta energia elétrica, o consumidor precisa ter uma conta em nome dele(a).		Companhia Energética do Ceará Rua Padre Veloso, 150 CEP 60135-040 / Fortaleza CE CNPJ 0734728/10001-70 CEF 06.105.848/0			
CUNTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SERIE B-4 N°		571803594			
Rota	17 32000 03 036000 - 0	Data de Emissão	25/04/2019		
Nome	FRANCISCA MARIA DO NASCIMENTO SOUSA				
End. Postal	RU ABELARDO FERREIRA GOMES 157				
	*CEM BAIRRO 1200-100 SOBRAÍ - 67044020				
Mídior	8884367	Posto	0000 D58E		
Classe	B1 - 01-RESIDENCIAL 06-BAIXA RENDA RESOLU77770 485 MONOFAS				
RG/CPF/CNPJ	735555173-68		CGF		
Nome do Responsável					
DATAS					
Mês de Referência	Data da Ativação	Próxima Letura			
Abr/2019	25/04/2019	24/05/2019			
ICMS			ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Base de Cálculo (%)	Alíquota	Valor do Imposto	Veja a legenda no verso desta conta.		
ISENTO			Conjunto		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		
			Mês		
			Fev/2019		
			DICR= 0.00 F		
			BIRD 18.11		
			Padrão Nacional		
			Aplicação Individual		



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

Impresso nº 2018208890

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 581 - 2318 / 2018



Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/11/2018 10:34:04**
Data / Hora da Ocorrência: **10/10/2018 10:00:00**
Endereço da Ocorrência:
Complemento:
Bairro: **BETANIA** Município: **SOBRAL/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE A UVA**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO FERREIRA LIRA**
Nascimento: **08/12/1944** CPF:
RG: **20070587714** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **FLORA FERRIRA GARCIA**
PEDRO FERREIRA DE LIRA
Endereço: **RUA ABERLARDO FERREIRA GOMES, 157**
Bairro: **PARAÍSO DAS FLORES** CEP:
Município: **SOBRAL/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99250-1397**

Histórico

Registra o noticiante que, na data supracitada, estava cruzando a via, próximo a Universidade Vale do Acaraú, quando um mototaxista colidiu contra o noticiante; Que o motociclista não prestou socorro e evadiu-se do local; Que foi socorrido pelos alunos da UVA e por um senhor que passava pelo local; Que este senhor o levou para sua casa, indo depois ao PSF e posteriormente a Santa Casa de Misericórdia de Sobral onde recebeu o atendimento médico; Que sofreu lesões advindas do acidente de trânsito conforme laudo/prontuário. E nada mais disse;

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


RUTÊNIO COSTA CAMPOS SILVA - MAT.: 301191-9-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:



VISTO DO DELEGADO(A) :


MARCIO LUIZ DE MELO FERREIRA - MAT.: 198864-1-7

CERTIDÃO

Certifico que na presente data o Sr. Francisco Ferreira Lira, devidamente qualificado nos autos deste procedimento, foi coletada a digital do noticiante em virtude do mesmo estar com o braço predominante engessado devido as lesões sofridas no acidente constante neste Boletim de ocorrência.

O referido é verdade e dou fé.

DELEGACIA MUNICIPAL DE SOBRAL

Consolidado em: 07/11/2018 10:45:01

Pág. 1 de 1

Impresso em: 07/11/2018 10:45:01

Rio de Janeiro, 28 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190573926

Vítima: FRANCISCO FERREIRA LIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA LIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pág. 00793x00784 - carta_05 - INVALIDEZ



00050392

Carta nº 15030016

Rio de Janeiro, 22 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190642140

Vítima: FRANCISCO FERREIRA LIRA

Data do Acidente: 10/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: SONIA MARIA DE SOUSA CAVALCANTE

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA LIRA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Não foi verificada a existência de sequela permanente prevista na tabela da Lei nº 6.194, de 1974, razão pela qual o dano pessoal não possui cobertura pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Sobral - Ce., 14 de outubro de 2019

ILMO. SENHOR

ANALISTA DE SINISTRO

SEGURADORA LIDER

Estou enviando esta carta para solicitar de Vossa Senhoria, uma nova reanálise para fazer uma nova perícia médica do meu sinistro de número 3190573926 que veio como se eu não tivesse seqüela, quero pedir para fazer uma nova perícia com outro médico perito credenciado pela Seguradora Líder, porque, o médico que fiz a primeira perícia nem se quer olhou pra mim e nem examinou meus documentos . Fui acidentado no dia 10/10/2018 e, sendo hospitalizado na Santa Casa de misericórdia de Sobral.

Segue em anexo um novo laudo do Médico Ortopedista e Traumatologista Dr. José Hernani Campos de Oliveira Júnior – CRM-CE: 4920 .

Agradeço antecipadamente a sua atenção e na certeza de ser atendido.

Atenciosamente,


FRANCISCO FERREIRA LIRA

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Pelo presente instrumento particular, de um lado: **FRANCISCO FERREIRA LIRA, BRASILEIRO, CASADO, APOSENTADO, PORTADOR DA RG Nº 2007058771-4 E CPF Nº 071.098.903-25, RESIDENTE NA RUA ABELARDO FERREIRA GOMES, 157, PARAISO DAS FLORES, SOBRAL-CE., CEP: 62011-020, CONTRATANTE**, e de outro lado, Dr. **ÁLVARO ALFRÊDO CAVALCANTE NETO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 24.880, com escritório profissional na Rua Floriano Peixoto, 394, Centro – Sobral – CEP: 62010-010, doravante denominado **CONTRATADO**, ajustam o seguinte:

PRIMEIRO: O **CONTRATADO** se obriga a prestar serviços advocatícios ao **CONTRATANTE**, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a promover todas as medidas judiciais cabíveis contra as seguradoras conenhiadas a **SEGURADORA LIDER** referentes exclusivamente a propositura de Ação de recebimento de seguro DPVAT;

SEGUNDO: O **CONTRATANTE** se obriga a:

- 1) fornecer 01 (uma) fotocópia da Carteira de Identidade e do CIC/CPF.
- 2) fornecer cópias do boletim de ocorrência, certidão de obto, auto de exame cadavérico, e demais documentos necessários no período ao qual se busca o ressarcimento;

Parágrafo Primeiro: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: Aos **CONTRATADOS** serão devidos, a titulo de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30%, (trinta por cento) do beneficio patrimonial conseguido com a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da **CONTRATANTE** ou acordo celebrado entre a seguradora conveniada.

Parágrafo Primeiro: Caso haja improcedência da ação ou nenhum valor seja recebido pelo Contratante, nada será devido por esse ao Contratado, se responsabilizando o contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

Parágrafo segundo: Os honorario de sucumbencia são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

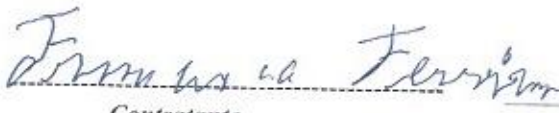
QUARTO: Os **CONTRATADOS** se compromete a prestar informações sobre o andamento da ação sempre que for solicitado pela **CONTRATANTE**, bem como a **CONTRATANTE** se compromete a providenciar outros documentos necessários, caso lhe seja solicitado.

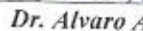
QUINTO: As partes elegem o foro de Sobral(CE), para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: A **CONTRATANTE** se obriga a comunicar aos **CONTRATADOS** qualquer modificação de seu endereço.

E, por estarem assim justos e contratados, firmam o presente contrato em três vias de igual teor para a mesma finalidade, para que se produzam efeitos legais e jurídicos.

Sobral (CE), 22 de novemvro de 2019.


Contratante


Dr. Alvaro Alfrêdo Cavalcante Neto
Contratado

Testemunhas: _____

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

FISIOTERAPIA
CREFITO 213301f

DR. HERNANI CAMPOS

Dr. Hernani Campos de Oliveira Junior
Ortopedia e Traumatologia
Cremec: 4920

CRM-CE 197
CP 78.930

LAUDO MÉDICO

RELATO QUE FRANCISCO FERREIRA LIRA SOFREU ACIDENTE DE TRANSITO OCORRIDO NO DIA 10/10/2018 COM TRAUMA DE OMBRO D, FRATURA DE COTOVELO D, FRATURA DE PUNHO D SENDO TRATADO CONSERVADORAMENTE COM GESSO ATUALMENTE AMBAS ESTÃO CONSOLIDADA PORÉM COM LIMITAÇÃO TOTAL DA ABDUÇÃO, ROTAÇÃO EXTERNA E INTERNA, FLEXÃO E DA EXTENSÃO TOTAL DO OMBRO D, LIMITAÇÃO DA EXTENSÃO TOTAL DO COTOVELO D, LIMITAÇÃO DA FLEXÃO PALMAR E ESTAR DE ALTA DEFINITIVO DO TRATAMENTO ORTOPEDICO
SOBRAL 19 DE SETEMBRO DE 2019


Dr. José Hernani C. O. Jr.
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 4920 TEOT - 5083
CPF: 78.930.503-06



MULTIMED

DR. EDSON LOPES

DR. HERNANI CAMPOS

DRA. ANA OLÍVIA SARAIVA

Ed. Cameron Tower, Sala 904

Av. Mend. Álvaro Pires 300 - D. Expedito - Sobral-CE - CEP: 62.051-256
9 9611.0624 (TIM) • 9 9231.5122 (CLARO) • 9 8103.4346 (VIVO)

RECEITUÁRIO
Ortopedia e Traumatologia

PACIENTE: Francisco Junior

REMÉDIOS MANIPULADOS
Fazer em Farmácia de Manipulação

☐ Sulfato de Glucosamina 1,5g ☐ Sulfato de Condroitina 1,2g Manipule Sachês Tomar 1 sachê x ao dia.	☒ Carbonato de Cálcio 500mg ☒ Vitamina D3 400UI Manipule 30 cápsulas Tomar 1 cápsula 01 x ao dia.
☒ UC II 40mg Manipule 30 cápsulas Tomar 1 cápsula 01 x ao dia.	☒ Meloxicam 15mg Manipule 25 cápsulas Tomar 1 cápsula 01 x ao dia.
☐ UC II 40mg ☐ MOVE 100mg Manipule cápsulas Tomar 1 cápsula x ao dia.	☒ Cloreto de Magnésio P.A. 500mg Manipule 30 cápsulas Tomar 1 cápsula 01 x ao dia.
☒ Gel c/ Piroxicam 60g Aplicar 3x ao dia.	 Av. Dom João, 1084 - Centro Praça São João - Sobral - CE Fone/Fax: (85) 3611.2298 - 3614.7173 3613.1357 - 9882637-8 3613.1365 - 99215.8392 3613.3356 - 99485.0834 Tomar 1 cápsula por semana.
☒ Nimesulida 100mg ☒ Ciclobenzaprina 5mg Manipule 30 cápsulas Tomar 1 cápsula 01 x ao dia.	
☐ Paracetamol 500mg ☐ Codeína 60mg Manipule cápsulas Tomar 1 cápsula x ao dia.	

Data da Prescrição: / /

Dr. Pedro W. Sampaio Hardy
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM: 10041-1004

13 FEV. 2019

Assinatura do Médico

Nome do (a) paciente: FRANCISCO FERREIRA LIRA
Médico (a) solicitante: Dr (a). AUDY ROCHA DE OLIVEIRA
Data do exame: 20/11/2018
Convênio: PARTICULAR

Pedido: 41919

ULTRASSONOGRRAFIA DO OMBRO DIREITO

ANÁLISE:

Tendinopatia do supraespinal, com espessamento e heterogeneidade ecotextural, sem sinais de roturas.

Demais tendões do manguito rotador com espessura e ecogenicidade preservadas.

Não há sinais de bursite.

Tendão da cabeça longa do bíceps tóxico, com espessura e ecogenicidade preservados.

Não há sinais de derrame articular.

Acentuada artropatia degenerativa da articulação acromioclavicular.

Significativas irregularidades da cortical óssea relacionadas com a cabeça umeral, aspecto que pode corresponder a fraturas desalinhadas da cabeça umeral. Correlacionar com estudo radiográfico.

** Em caso de retorno, favor trazer este laudo para comparação.*

Número de filmes: 2



Dr. PEDRO PAULO DE S. GALVÃO

CRM-CE: 19114

Médico Radiologista

Título de Especialista em Radiologia e Diagnóstico por Imagem pelo CBR/AMB
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia

Rua Cel. Frederico Gomes, 482 - Centro - Sobral - Ce | CEP: 62.011-150
Rua Antonio Mendes Carneiro, 798 - Centro - Sobral - Ce | CEP: 62.011-150
Fone: (88) 3614-3204 / 3613-1779 / 3613-2777 / 99766-4158

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
SECRETARIA DE SAÚDE E AÇÃO SOCIAL
CENTRO DE ESPECIALIDADES MÉDICAS - CEM

PACIENTE: FRANCISCO FERREIRA LIRA
DN: 08/12/1944
DATA: 28/06/2019

US DO OMBRO DIREITO

ANÁLISE:

O exame sonográfico mostra:

Tendão da cabeça longa do biceps apresentando trajeto normal no sulco intertuberositário, com calibre e padrão fibrilar preservados

Tendão supraespinal apresentando imagem hiperecogênica, medindo 10,8mm, com sombra acústica posterior, compatível com depósito de cálcio intratendíneo.

Tendões do infra-espinhoso e subescapular com ecotextura heterogênea, mais hipoeecogênico que o habitual e com irregularidade da superfície óssea

Articulação acromioclavicular com calcificações e osteófitos marginais

Bursa subacromial/subdeltoidea apresentando espessamento com moderada distensão líquida.

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

- 1- Tendinopatia calcárea do supraespinal.
- 2- Bursite subacromial subdeltoideana.
- 3- Artrose acromio-clavicular
- 4- Tendinose do T Subescapular e T Infraespinal



Dr. Joel Carvalho Ponte
CRM: 10438 CPF: 722.841.823-04

Joel Carvalho Ponte
CREMEC 10.438



Prefeitura
de Sobral

PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL
Secretaria de Saúde e Ação Social

FICHA DE REFERÊNCIA

fls. 22
1. Preencher esta ficha em 03 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.

Unidade de Origem: LUTO DA BRASÍLIA

ADS:

ACS: Regina

Nome: FRANCISCO FERREIRA LIRA

Município: SOBRAL(CE)

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: 08/12/44

Ocupação:

Prontuário Nº: 11

Endereço: RUA ABELANDO FERREIRA GOMES

Bairro: PARAÍSO DAS FLORES

Tel.:

Motivo do Encaminhamento: PACIENTE 74 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, REFERE DOR EM MID, COM DIMINUIÇÃO DA

Resultado de Exames: MOBILIDADE E DOR EM MID. P: 61,2 KG

Conduta já Realizada:

Impressão Diagnóstica:

Assinatura do Encaminhante Nº. Registro

Mônica F. Silva

enfermeira
Função

10/10/18
Data

15
Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento Para Atendimento: Ambulatorial ☐

Hospitalar ☒

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento:

Profissional:

Unidade de Referência: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA /
UNIDADE MISTA

Data: / / Hora: /

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município:

Prontuário Nº:

Alta: /

Resultado Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exames:

Diagnóstico: Principal

Secundário 1

Secundário 2

CID: /

CID: /

CID: /

Proposta de Conduta Para Seguimento:

O Problema justificou a Referência? Sim ☐ Não ☐

O Motivo da Referência Coincide com o Diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

(*) Utilizar também como resumo de alta.

TIPO DE TRAUMA

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

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO

HDA DO MÉDICO

CONDUTA

DIAGNÓSTICO

Audy Rocha de Oliveira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 241

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 ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS
☐ TRANSFERÊNCIA

ALTA DO PACIENTE

Data

Hora

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

Informações do Paciente:

Nº ACOLHIMENTO: 40942 | 10/10/2018 16:22:42

Unidade Atendimento

Aten: 5334808 Dt. Atende: 10/10/2018 - 16:29

Reg: 347835 Dt. Nas: 08/12/1944

Nome: FRANCISCO FERREIRA LIRA

End.: RUA ABELARDO FERREIRA GOMES 157

PARAISO DAS FLORES; SOBRAL-CE; CEP: 62044020

Descrição da História Previa do Atendimento:

PCTE, 73a, SEXO MASCULINO, DM, HAS, IRC E CARDIOPATA, VITIMA DE ATROPELAMENTO POR MOTO, SIC, APRESENTANDO TRAUMA EM MSD E REFERINDO DOR EM MID. NEGA OUTRAS QUEIXAS.

Sinais Vitais do Paciente:

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

Eu, Francisco Moura do Nascimento Responsável.
(Grau de 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) merece 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 _____

X

Assinatura do Paciente ou Responsável