



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/CE CPF nº
14.113.233.81 residente e domiciliado(a) na Av. Pádua nº 5A bairro
Paraíso na cidade de Limoeiro e-mail: _____ constituo e nomeio a

OUTORGADA: Dr.^a **LORENA FERNANDES DA CUNHA**, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. 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.

Limoeiro - CE, 02 de maio de 2017.

Carlos Daniel dos Santos Rodrigues
OUTORGANTE



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 Praticum, nº 50, bairro Zona Rural,
na cidade de Sicora, 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.

Sicora - CE, 02 de maio de 2017

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 Araticum, nº 50 bairro Zona Rural, na cidade de Guarua - 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.

Guarua - 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 Grandi 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 Guarã - 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.

Guarã - 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

Polgar Direto

Carlos Daniel dos Santos Rodrigues

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Tipo de Serviço..... CPF - INSCRICAO

Código de Atendimento..... IF2954199048R

Data e Hora..... 29/11/2013 12:32:18

CPF do Contribuinte..... 074.113.233-01

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..... VIOSA DO CEARA

UF Naturalidade..... CE

Logradouro..... SITIO 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

FILIAÇÃO JEAN CARLOS RODRIGUES DO NASCIMENTO

MARIA IRANDI DOS SANTOS

NATURALIDADE VIOSA DO CEARÁ - CE

DATA DE NASCIMENTO 18/09/1998

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: PE.VIEIRA TERMO: 8424 FOLHA: 199

LIVRO: A-08 VIOSA DO CEARÁ - CE

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 14

Tipo de Serviço..... CPF - INSCRICAO

Código de Atendimento..... IF2954199048R

Data e Hora..... 29/11/2013 12:32:18

CPF do Contribuinte..... 074.113.233-01

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..... VIOSA DO CEARA

UF Naturalidade..... CE

Logradouro..... SITIO ARATICUM

Número..... 0

Complemento.....

Bairro/Distrito..... RURAL

Município..... VIOSA DO CEARA

UF..... CE

CPF..... 623000000

4835191-1

Para o faturamento, utilize o nº de série
impresso no cartão de crédito.Rua Padre Valdomiro, 150 - CEP 07.047-251 - Foz de Iguaçu - PR
CNPJ 07.047.251/0001-70 - CCF 06.105.048-3

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

Rota 28 31143 11 078700 - 9 Data de Emissão 10/04/2014
 Nome MARIA IRANDI DOS SANTOS
 End. Postal ST ARATICUM 00000
 OESTE - VICOSA CEARA - 62300000
 Medidor 9014555 Posto 0000 0000
 Classe 04-RURAL MONOFASICO Fator de Potência
 RG/CPF/CNPJ 943621223-20 CGP
 Nome do Responsável



Mês de Referência:	Data da Apresentação:	Previsão Próxima Leitura:
Abr/2014	12/05/2014	12/05/2014

ICMS

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

ÁREA RESERVADA PARA O CONTROLE FISCAL

SF8D4.EEE1.JF70.6276.DF63.7655.E5F5.E5F6

INFORMAÇÕES SOBRE O DCE

Conjuntos	VICOSA DO CEARA	EUSD 8,36
Fez/2014		

	Padrão GRUPO B P			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DAC	10,83	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
PIC	7,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	5,88			0,00		

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
14678	14594	1,00	84	0,00	84	0,2022	16,92

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	16,82
MULTA MORATORIA REF 01/2014	0,29
JUROS DO MES	0,08
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	1,95

VENCIMENTO 20/05/2014

TOTAL A PAGAR (R\$) 19,14

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

	85	84	74	79	72	87	99	88	103	77	82	104
Energia	10,41											
Transmissão	0,57											
Distribuição	4,74											
Encargos Setoriais	1,10											
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	0,00											
TOTAL	16,82											

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 CONFORME ART 86 RES 414

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

Art. 9, Res. 100/2005 - ANEL - Lei n. 10.637/02 e 10.639/03



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 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 conseguiu se recupera das segue-la causada pelo acidente.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUÁ

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

Pág. 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 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 Insuportabilidade Intra-craniana 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

4º

5º

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: _____
 Paciente: CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES DN: 18/08/1988
 Sexo: MASC. Estado Civil: CAT.
 Mãe: MARIA IRANDI DOS SANTOS Nome do Pai: JEAN CARLOS R. RODRIGUES
 Endereço: ST. ARATUJUM Município: VIÇOSA DO CEARÁ
 Data / Hora do atendimento: 27/02/14 22:05 Horas
 Profissão: ESTUDANTE Religião: _____
 Documento: R-6. 2007327018-5
22.07.09 Maria Irandi dos Santos
 Assinatura do Paciente ou Responsável

sinais Vitais:

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

Alt: 164 cm 102 kg Sat. 99% FC: 109 bpm
 Lesão Principal: Acidente motociclistico

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

Exame Físico: REG, ECG-35; pupilas isocóricas e potestativas, sem déficits motores focais, hematomas difusos em face principalmente em região frontal (+), amnésia pós-trauma
CP: fisiológico, abdome sem sinais de irritação peritoneal
ext. normais

Hipótese Diagnóstica: TCE moderado

Diagnóstico Definitivo: _____



LOURSANNIA KELLY PEREIRA SÍRIO

Dr. Luis Anderson Bevilacqua Bandeira
MÉDICO
CREMEC 13.978

Assinatura e Carimbo

FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: MMVC
Distrito Sanitário: MMVC



Nome: Paulo Daniel dos Santos Rodrigues Município: Vicososa do Ceará

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 18/03/1998 Prontuário: 21

Endereço: St. Antônia Ocupação:

Bairro: Município: Vicososa do Ceará Fone:

Motivo de Encaminhamento: trauma, acidente motociclístico sem capacete, perda de consciência, hemorragia pós-traumática, ferimentos em face, necessitando avaliação neurológica

Resultado do(s) Exame(s): REG, ECG 15; pupilas isocóricas e reativas, sem déficits motores aparentes, ferimentos superficiais em face

Conduta já Realizada: Suprte Clínico Inicial PA: 130x70 Dx: 167

Impressão Diagnóstica: TCE moderado SpO2: 99% FC: 109 bpm

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Encaminhante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☒ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Neurologia Profissional: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira

Unidade de Referência: SUS Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA

Unidade de Referência: SUS Município: São José Prontuário N°: Data da Alta: 27/02/14

Resumo Clínico/Cirúrgico: paciente com trauma de cabeça, após acidente de moto.

Resultado do(s) Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Exame(s): Exame físico normal

Problema justificou a referência? Sim

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Assinatura do Consultante - N° Registro: Dr. Luiz Anderson Benjamin Bandeira MEDICO 27/10/2014

Prescrição Médica

Evolução Médica

Consumo de Material, Gases, Oxímetria, Respirador

LOUESANNA KELLY PEREIRA SILVA
Escrevente

Erolides Braga Bastos
Enfermeira
COREN-CE: 76276

Controle de Exames Solicitados

MÉDICO
C/EMEC 13.978

Assinatura e Carimbo do Médico



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

Aten: 3733376 Dt. Atende: 28/02/2014 - 00:30
Reg.: 430160 Dt. Nasc: 18/09/1978
Nome: CARLOS DANIEL DOS SANTOS RODRIGUES
End.: SÍTIO ARAUCÁRIA O
SÍTIO: VIOSA 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 O 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, inconsciente no solo

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

TIPO DE ACIDENTE:

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

LOCAL DO ACIDENTE:

☐ Domicílio

☒ Via Pública

☐ Escola

☐ Outros

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:

Paciente bem, Glasgow 15 - 15 - 15
As vitas em bom estado
B -> 120/80 mmHg
C -> FC: 82 bpm
D -> Glasgow 15
E -> idem a exame em pé

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO:

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

Da
31/

Nesta
demo

Protoc
 Nr. Vol
 Autua
 Assun
 Natur
 Just. G
 Segre
 Apres
 Comp

Nome
 Reque
 Rep
 Reque

SINDICATO DE MÉDICOS DO BRASIL
 COORDENADORIA
 CONFERÊNCIA DE RESOLUÇÃO
 199/2008

http://tjce