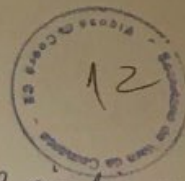




ASSESSORIA JURÍDICA

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

PROCURAÇÃO AD JUDICIA



Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Maria de Lourdes de Brito Carvalho, nacionalidade Brasileira
estado civil Solteira, profissão Agricultora, RG nº 1183505 SSP/CEPF nº
111.697.023-68 residente e domiciliado(a) na rua Macapuhua nº 22 bairro
Zona Rural da cidade de Lucena, e-mail: _____, constituo e nomeio a
bastante procuradora:

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

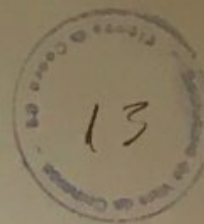
Lucena - CE, 09 de Outubro de 2017.

Maria de Lourdes de Brito Carvalho
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, esq. Mt. Quincas Bezzeril. Centro.
88' 3671 2583 88'99622..9474. CEP 62.320-000. Tianguá - Ce.

DECLARAÇÃO DE POBREZA



Eu Maria de Lourdes de Brito Carvalho
nacionalidade Brasileira, estado civil Solteira
profissão Agricultora, RG nº 1.183.505 SSP/ce
CPF nº 111.697.023.68, residente e domiciliado(a) na
Cidade Macapituba, nº 50, bairro Zona Rural,
na cidade de Sucorá, 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.

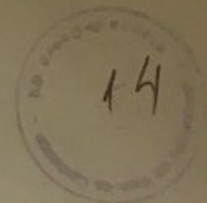
Sucorá, 09 de Outubro de 20 17.

Maria de Lourdes de Brito Carvalho

Assinatura

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)



Eu, Maria de Lourdes de Brito Carvalho, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteira, profissão Agricultora, portador(a) do RG nº 1.183.505 SSP/ee e CPF nº 111.697.023 - 68, filho de pai Antônio Silva de Brito e mãe Maria Adelaide de Araújo Brito DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Rua Macapuleia, nº 51 bairro Zona Rural, na cidade de Lucena - ee, 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.

Lucena - ee, 09/10/2017.

Maria de Lourdes de Brito Carvalho

07



Maria de la Paz Bratto

GRACIA MARIA DE LA PAZ BRATTO
DISTRITO DE LA PAZ
CALLE DE LA PAZ

CAJAS DE IDENTIDADE

15

VALIDADE DO DOCUMENTO 25-08-1992

1 183 505

MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO

ANTONIO SILVA DE BRITO

Maria Adelaide de Arsenjo Brito

Figosa do Ceará-CE

Certo Casam, nº 6617, fls. 15v/16, Livro

40, Parnaíba-PI

11 697 023-68

SIGNATURA DO DETENTOR

11

DATA DE NASCIMENTO 01-02-1959

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Serviço de Recolha da Receita Federal

CPF

Registro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

11 697 023-68

MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO

12-1959





SISTEMA INTEGRADO DE SANEAMENTO RURAL - BPA
AV. SARGENTO HERMINIO, 1452 - SÃO VICENTE
CRATEUS - CE - CEP: 63.700-000
C.N.P.J.: 04.805.566/0001-41 - Fone : (88) 3691-0506

CONTA D'ÁGUA

FOLHA: 1/1

ASSOCIAÇÃO
ASSOCIAÇÃO COMUNITARIA DA BARRA
INSCRIÇÃO
0019070.8

MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO
BARRA,
BARRA
VIÇOSA DO CEARÁ
ENDEREÇO DE ENTREGA

CEARA

CEP: 62.300-000

CNPJ
00.910.897/0001-90
NF / CONTA
170197293
EMISSION
15/09/17
MES/FAT
SET/2017

LOCALIZAÇÃO
09.11.11.0000000173
LOCALIZAÇÃO

ULTIMOS CONSUMOS				SERVIÇOS E TARIFAS			
MES/FAT	CONS	OCO	DC	COD	DESCRIÇÃO	PREST	VALOR
SET/17	26	000	31	001	ÁGUA		39,10
				029	OPERADOR		5,00
AGO/17	06	000	031	030	ENERGIA		12,74
JUL/17	09	000	030	031	TX ADMINISTRATIVA		3,00
JUN/17	02	000	031				
MAI/17	07	000	030				
ABR/17	03	000	031				
MAR/17	06	000	026				
MÉDIA: 00005							

HIDROMETRO	INSTALAÇÃO	LEIT. ANT.	DT. LEITURA	LEIT. ATUAL	DT. LEITURA	CONSUMO	CLAS/CONSUMO	OCO	LEITURISTA
A12F300455	10/10/13	0033	01/08/17	0359	01/09/17	0026	31	000	000

Portaria 2.914 de 12/12/2011 - Valores máximos permitidos

Reservatório:		Período:				
Parâmetros	Cor	pH	Cloro	Turbidez	Fluor	Coli Totais
Padrão	até 15UH	6,0 a 9,5	até 5,0 mg/l	até 5UT	até 1,5 mg/l	Ausente
Obridos						
Quilograma						

"ÁGUA: NECESSÁRIA PARA GARANTIR A VIDA, USE COM
CONSCIÊNCIA."

MULTA
2% 1,20
ENCARGOS DIÁRIOS
0,033% 0,02
MESES EM DÉBITO
AGO/2017
VENCIMENTO
CONSUMIDOR

10/10/2017

VALOR RS 59,84



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 560 - 93 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **07/01/2015 13:32:20**
Data / Hora da Ocorrência : **08/07/2006 08:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT MACAGETUBA**

Ponto de Referência: **ZONA RURAL VICOSA DO CEARÁ /CE
CRECHE MUNICIPAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO**

Nascimento : **01/02/1959**

RG: **1.183.505** Órgão Emissor: **SSP UF: - CPF:**

Filiação: **ANTONIO SILVA DE BRITO
MARIA ADELAIDE DE ARAGÃO BRITO**

Endereço: **SIT MACAGETUBA
ZONA RURAL
VICOSA DO CEARÁ CE BRASIL**

Telefone:

Histórico

QUE NO LOCAL E DATA ACIMA SUPRACITADOS, O NOTICIANTE QUE AO CONDUZIR SUA MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO HONDA/CG 125 TITAN, COR VERMELHA, ANO PLACA HXQ5519-CE, CHASSI 9C2JC30203R104773, NA ÉPOCA DE PROPRIEDADE JOSE GUSTAVO DE BRITO CARVALHO, QUANDO SOFREU ACIDENTE DE TRÂNSITO, NO MOMENTO EM QUE O CACHORRO ATRAVESSOU A ESTRADA E FOI ATINGIDO PELA MOTOCICLETA CAUSANDO A QUEDA DA NOTICIANTE; QUE FOI SOCORRIDA POR MORADORES DAQUELA LOCALIDADE AO HOSPITAL LOCAL; QUE SOFREU LESÃO NA MÃO DIREITA E FICOU CONVALESCENDO ATÉ O DIA 01/02/2014, QUANDO PODE SER SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO NA SANTA CASA DE SOBRAL-CE. QUE NADA MAIS DISSE, NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO ESSE TERMO POR ENCERRADO. //

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE TIANGUA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Maria de Lourdes de Brito Carvalho

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO MIGUEL DE SALES FILHO - MAT.: 126884-1-5



BENEFICIÁRIOS

Saiba Mais
Cobertura
Habilitação de Postagem
Honorários
Onde dar entrada
Formulários
Tire suas dúvidas
Projeto Corretor
Solicitar Envelopes

Proces

Megadata: 0000/711338
Processo: 711338
Natureza: INVALIDEZ
Data sinistro: 8/7/2006
Nome: MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO
Situação: Pré-Cadastro com restrições

Beneficiários

Nome

MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO

Históricos

Situação

- 10/2015 Pré-Cadastro não analisado
- 10/2015 Pré-Cadastro analisado e aprovado
- 6/4/2015 Proc. enviado p/ digitalização e análise da Seg. Líder
- 15/2015 Processo com restrições

Observações

Processo devolvido por se tratar de sinistro sujeito a prescrição, a continuidade da regulação dependerá da complementação dos documentos médicos relativos ao atendimento/internamento/tratamento das vítimas ao longo do tempo constando a data da alta definitiva

- 10/2015 Processo com restrições

Processo devolvido por se tratar de sinistro sujeito a prescrição, a continuidade da regulação dependerá da complementação dos documentos médicos relativos ao atendimento/internamento/tratamento das vítimas ao longo do tempo constando a data da alta definitiva

- 10/2015 Documentação complementar recebida na Unidade

- 10/2015 Pré-Cadastro com restrições

Foi recepcionada documentação médica atual, porém o acidente ocorreu em 2006, para descaracterizar a prescrição é necessário apresentar toda documentação médica, com a evolução clínica, os exames e tratamentos adotados desde o período em que ocorreu o acidente até o período atual. Caso essa documentação não seja apresentada será mantida a restrição da seguradora líder. Processo devolvido por se tratar de sinistro sujeito a prescrição, a continuidade da regulação dependerá da complementação dos documentos médicos relativos ao atendimento/internamento/tratamento das vítimas ao longo do tempo constando a data da alta definitiva.

Restriç

Descrição

PROCESSO EM PENDÊNCIA

Situação

Pendente

Mais Informações

Virtual Informática para Seguros

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 sua apresentação. 19

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Maria de Lourdes de Brito Carvalho

Nº DO SINISTRO:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

08/07/2006

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

08/07/2006

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Luciana Maria Lima Dutra

118.011

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Lesão do 1º quíndactilo da mão direita, evoluindo com desvio e dor.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS(DATAS):

Fisioterapia motora

EXISTE ALGUM DEFEITO FÍSICO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? (X) SIM () NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

Bloqueio articular / limitação funcional

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 HA POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

1º 50% de comprometimento perda da força muscular e

2º limitação de dorso e 1º quíndactilo da mão direita,

3º limitação funcional, movimentos limitados

4º

5º

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

Vicosa do Rio de Janeiro

LOCAL

24/07/2015

DATA

Luciana Dutra
Luciana Maria Lima Dutra

ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA

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

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

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Nº DO SINISTRO:

Maria de Lourdes de Brito Carvalho

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE:

DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO MÉDICO:

08/07/2006

08/07/2006

NOME COMPLETO E CRM DO MÉDICO:

Miguel A. Ribera Sevilla

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

Paciente sofreu acidente de motocicleta há mais de 08 anos, resultando em luxação do 1º Quirodactilo mão direita, evoluindo com dor e dor.

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS(DATAS):

Realizado Tratamento Cirúrgico (2014) da luxação do Quirodactilo metacarpianos mão direita.

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 *Perda da força e limitação ao dobrar o Quiro-*
- 2º *dactilo mão direita*
- 3º *limitação funcional mão direita*
- 4º *movimentos passivos limitados mão direita*
- 5º

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

Tionguá
LOCAL

24/02/2014
DATA

Miguel A. Ribera Sevilla
ASSINATURA DO MÉDICO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

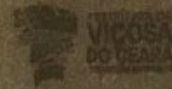
LOCAL

DATA

ASSINATURA DA VÍTIMA



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem
S. C. M. S. de São João

N.º de Origem: 11.11.11.11

Município: Vitoria da Graça

21

Nome: Maria de Lourdes de Brito Cavallieri

Sexo: ☐ M ☒ F

Data de Nascimento: 01/02/99

Ocupação:

Endereço:

Rua: Municipal

Bairro:

Município: Vitoria da Graça Fone:

Motivo da Encaminhamento:

paciente referida que há 8 anos sofreu fratura exposta do 4º dedo incluindo base da falange distal e metacarpo

Resultado da(s) exame(s):

Consultas Realizadas: Qualquer + CCG

Assinatura: Brício de Araújo
CPF: 000.000.000-00
Secretaria de Saúde

Impressão Diagnóstica:

fratura de metacarpo do 4º dedo distal

Assinatura: [Assinatura]
Data: 01/01/2019

Médico: [Assinatura]
Data: 01/01/2019

01/01/2019

16:00

AGENDAMENTO

Atendimento para Atendimento:

☐ Ambulatorial

☒ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Exame(s):

ITO CIR. DA LUXAÇÃO DO METACARPO

Profissão:

Endereço de Referência:

Santa Casa de Saúde

Assinatura de Encaminhamento - N.º Registro

Função:

Data:

Fone:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência:

S. C. M. S.

Município:

Prontuário N.º:

Data da Alta:

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Realizou-se tratamento cirúrgico de fratura

Resultado da(s) exame(s):

Diagnóstico Principal:

lesão de fratura de metacarpo do 4º dedo

Secundário 1:

CID:

Secundário 2:

CID:

Proposta de Consulta para Seguimento:

acompanhar o P.S.T.

Assinatura: [Assinatura]

☐ Sim ☐ Não

☐ Sim ☐ Não

Assinatura de Referência:

Assinatura: [Assinatura]

Data:

Fone:

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 206360
Paciente: MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO
Sexo: FEMININO
Data de Nascimento: 1/2/1959
Nome: MARIA ADELAIDE DE ARAUJO BRITO
CPF: 11169702368
Idade: 55a 0m 1d
Cor: PARDA
Estado Civil: CASADO
Endereço: SÍTIO MACAJETUBA
Cidade: CENTRO
UF: VICOSA DO CEARA
CEP: 62300-000
UF: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Telefone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 3708310
Data: 01/02/2014
Hora: 08:58
Atendente: THIAGO FS
Permanência: 2 Dias
Procedimento: 0408020512 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO CARPO-METACARPO
Médico: ANTONIO AGOSTINHO MOURA
Unidade Int.: UI ONCOLOGIA
Leito: LEITO 1143 - ONCOLOGIA
Convênio: SUS - SIH
Plano: 1
Arteira:
Guia:

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

Maria de Lourdes de Brito Carvalho
Assinatura do Paciente ou Responsável

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
Sistema de Gerenciamento de Internação
Emitido por: JUVENILDE
Em: 02/02/2014 07:47
Avanço da Alta Hospitalar do Paciente

Atendimento: 3708310
Data de Alta: 02/02/2014
Hora de Alta: 07:44
Dt. Atendimento: 01/02/2014 - 08:58

Paciente: 206360 MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO
Convênio: 1 SUS - SIH
Plano: 1 SUS - SIH

Módulo: 6 CIRURGIA PLASTICA REPA
Unidade: 487 LEITO 1143 - ONCOLOGIA
Plano: 1 SUS - SIH
Usuário: JUVENILDE

Alta: 5627
Procedimento de Alta: 0408020512 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

23

1 MAIO 2014

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE

Maria de Lourdes de Brito Carvalho

ATEND.: 3706310 DT. ATEND.: 1/2/2014 - 08:58

MATRL.: 208360 NASCIMENTO.: 1/2/1959

NOME.: MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO

MAR.: MARIA ADELAIDE DE ARAUJO BRITO

CPF.: 11169702368 CWS: 700206447503128 SUSPACIL:

ENDER.: SÍTIO MACAJETUBA 0

BAIRRO: CENTRO - VICOSA DO CEARA

CE- CEP: 62300000

Vicosa do Ceará

AIH : 231410179796-4

Estabelec.: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

MARIA DE LOURDES DE BRITO CARVALHO

Nascimento: 01/02/1959

Proced.: 0408020512-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE LUXAÇÃO

Sistema: MICHELE

01/02/1959

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente sofreu acidente de motocicleta há 8 anos resultando em luxação do 1º quirodactilo de mão direita evoluindo com desvio e dor. Necessita de tratamento cirúrgico da Luxação do metacarpiano.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

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

Anamnese + Exame Físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Apresenta luxação do 1º quirodactilo da mão direita

S622

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento Cirúrgico da Luxação dos Metacarpianos

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 4 0 8 0 2 0 5 1 2

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

CNS

CPF

2 1 8 5 7

9 6 2 3 / 2 0

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Antônio Agostinho Moura

28/01/2014

Antônio Agostinho Moura
CIRURGIA PLÁSTICA
CRM 5430

PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

CNS

CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. Moisés Muniz Bezerra
CPF: 091.285.163-34
CRM 3553
Médico Autorizador



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

COMISSÃO DE CONTROLE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
Serviço de Farmácia e Controle de Infecção



Ficha de Requisição de Antimicrobianos

Nome do Paciente:

Nº do Atendimento:

Unidade de Internação:

Diagnóstico:

Justificativa:

Antibiótico 01	Posologia (dose, intervalo e via)	Tempo previsto de uso (assinale)
1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14		
Antibiótico 02	Posologia (dose, intervalo e via)	Tempo previsto de uso (assinale)
1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14		
Antibiótico 03	Posologia (dose, intervalo e via)	Tempo previsto de uso (assinale)
1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 () 10 () 11 () 12 () 13 () 14		

Indicações:

() Profilático

() Terapêutica

Tipo de Cirurgia:

() Limpa

() Potencialmente Contaminada

() Contaminada

() Infectada

Tipo de Infecção:

() Infecção Hospitalar

() Infecção Comunitária

Ver orientação no verso.

Médico:

CRM:

Data: / /

Parecer da CCIH

Antônio ...
CRM ...



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: 3677.1930 - Sobral-CE.

Boletim de Cirurgia (Preencher todos os campos após a cirurgia - verso a verso)

NOME DO PACIENTE:

M^{te} de Lourdes de B. Cavalcão

DIAGNÓSTICO:

Lesões de pele de 1.º e 2.º graus

OPERAÇÃO:

Remoção de lesões + fixação

61 MATERIAL DE SALA

TIPO CALIBRE (espessura) QUANT.

65 MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO DOSAG. QUANT. VIA

Nº DA AMPLIADAÇÃO

REG.:

CÓDIGO CID

CONVERSAO CATEGORIA DETALHES

CÓDIGO SSM

1. PEQUENA 4. SIMULT.
2. MÉDIA 5. MUL. T.
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDARIA

DIA MÊS ANO DIA ÚTIL

☐ Sim
☐ Não

Dr. J. O. Vitorino

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFÉRMAR A NOME ORIGINAL
Ass. da Cirurgia Plástica
Ass. de Cirurgia Plástica

74 OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS TÉRM. HORAS TOTAL DE HORAS

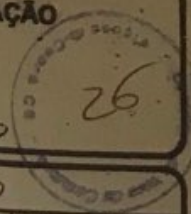
Ass. da Enfermagem
Angélica Agostinho Moura
Ass. de Cirurgia Plástica
Ass. de Cirurgia Plástica



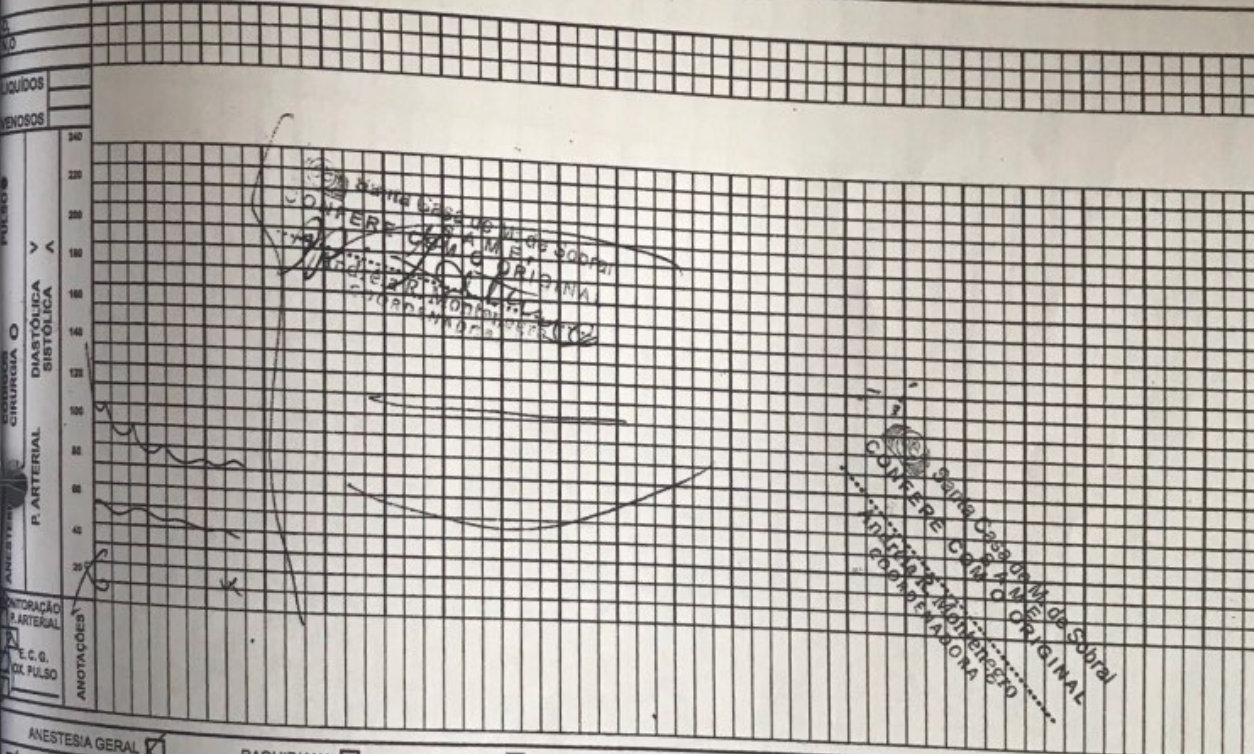
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

FICHA DE ANESTESIA

ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO



Paciente: Maria de Lourdes de Brito DATA: 01.02.19 REGISTRO: 3703310
SEXO: COR: CLÍNICA:
PULSO: RESPIRAÇÃO: TEMPERATURA: ENF.: LEITO:
PRESSÃO ARTERIAL: 12x7 BOM ☒ REGULAR ☐ MAU ☐ PÉSSIMO ☐
RISCO CIRÚRGICO (GOOD MAN) PESO: GRUPO SANGÜÍNEO:
Grau I ☐ Grau II ☐ Grau III ☐ Grau IV ☐
ANESTESIA: ESTADO MENTAL: AP. CIRCULATORIO:
DROGAS EM USO:
ESTADO FÍSICO (ASA) 1 2 3 4 5 E
CIRURGIA REALIZADA: Trat. Cirúrgico de fratura luxação de capto-umbilicais
CIRURGIÃO: Dr. Antônio AUXILIARES:
INÍCIO DA ANESTESIA: 18:00h TÉRMINO DA ANESTESIA: 18:30h DURAÇÃO DA ANESTESIA:



ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQ. PLEXO ☐ BLOQ. NERVOS ☐ OUTROS ☐
TÉCNICA: Sedação consciente + intubação endotraqueal em dúbio +
apilaxina base
LÍQUIDOS: MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO
GLICOSE: 1) Kilobina 10% 2ml 6
NaCl: 2) Dondid 1mg 7
SANGUE: 3) 8
RINGER: 4) 9
TOTAL: 5) 10
DESTINO DO PACIENTE: APTO ☐ ENFERM. ☐ SRPA ☐ UTI ☐ OUTROS ☐
ASSINATURA: PA: PULSO: RESPIRAÇÃO: SpO₂:
ANESTESISTA: C.R.M.: 12.805

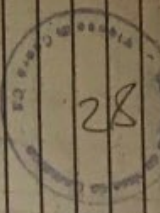


PLANO TERAPEUTICO



Nome: maria de Lourdes Clínica: onc Enf: --- Leito: --- Mat: 2083 Reg: 3423 Peso: --- Altura: ---

Data: 1/1 PRESCRIÇÃO MÉDICA



HORARIO

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

valor 2014 934t 8uo-
lva com altc pueri-
por -

Santa Casa de M. de São Paulo
CONFERE
CONF. ORIGINAL
CONF. ADICIONADA

SINAIS VITAIS			
HORA	TEMP	PA	P. FR.

USO O ₂ e AR COMP.			
	LIG.	DESL.	CONT.
O ₂			
O ₂			
AR			
AR			

RESPIRADOR			
LIG	DESL.		
LIG	DESL.		

Monitor			
LIG	DESL.	CONT.	
Ordmetro			

GLICEMIA			
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR
HORA	VALOR	HORA	VALOR

BOMBAS DE INFUSÃO			
MEDICAÇÃO	LIGADO	DESLIG.	

ECG 12			
RAIO X			

-CE- CEP: 62300000

HDA:


 Spazio riservato al
 CONFERE CON ORDINE
 di
 CONFERE CON ORDINE
 di

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Reunión 1º Q. D. D.

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO FINAL:

O mesquite

Antônio Moura
CRM 5430 CP 218 579 623-20