

Nome: FRANCISCO LEANDRO RIBEIRO DE SOUSA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: COZINHEIRO	2000012019586 SSP/CE	
CPF nº : 998.877.703-53	Residência : RU NOEME AMARAL 00165		
Bairro: CIDADE NOVA	Cidade: SÃO BENEDITO	Estado: CEARÁ	CEP: 62.370-000

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Francisco (CE), 18 de junho de 2019.

Francisco de Sousa

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO LEANDRO RIBEIRO DE SOUSA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: SOLTEIRO	Profissão: COZINHEIRO	Carteira de Identidade: 2000012019586 SSP/CE	
CPF nº: 998.877.703-53	Residência: RU NOEME AMARAL 00165		
Bairro: CIDADE NOVA	Cidade: SÃO BENEDITO	Estado: CEARÁ	CEP: 62.370-000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DRA. FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileira, solteira, advogada, RG nº 2005028073284 SSP/CE, CPF 046.013.703-45, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 35.010; com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Tabajara, nº 247, sala 06, altos, centro - São Benedito/Ceará - CEP 62.370-000, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fundação (CE), 13, de janeiro de 2018.

Francisco Leandro Ribeiro de Sousa

OUTORGANTE

Obs:

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	3150/517024	Garantia:	02 - Ipa / Invalidez
Categoria:	09 - Moto / Motocicleta		
Data Sinistro:	13/01/2014	Data Recepção:	01/04/2014
Seguradora:	MBM - Seguradora	Angariador:	suspensoWA ASSESSORIA
Preparador:	Thaís Marielly Nicollayow		
Analista:	Juliana Assumpção Moreira		
Situação:	Retorno Lider		
Filial:	MBM Serviços de Seguros	Protocolo:	0

DATAS DE ENVIO

Data de Envio	01/04/2014	Nº Carta	399
Data de Envio	06/05/2014	Nº Carta	0
Data de Envio	12/06/2015	Nº Carta	359
Data de Envio	28/01/2016	Nº Carta	270
Data de Envio	15/02/2016	Nº Carta	0
Data de Envio	19/05/2016	Nº Carta	34

VÍTIMAS

Vítima	Francisco Leandro Ribeiro de Sousa	Estado
Endereço:	Sítio Ipiranga,0 - Cruzeiro - Sao Benedito-CE -	
Cep:	62.370-000	
Telefone		

DOCUMENTOS

Descrição	Vitima em tratamento
Data da Solicitação	28/05/2014
Descrição	Os telefones informados não completam as ligações e o para o e-mail fornecido, não houve agendamento: welvysonandrade@hotmail.com
Data da Solicitação	16/02/2016

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário	O mesmo
CPF/CNPJ	998.877.703-53
Data Rateio	00/00/0000
Agência	1469
Banco	Caixa Econômica
Valor Indenização	1.687,50
Valor Reanalise	0,00
Valor Reanalise 2	0,00
Valor Reanalise 3	0,00

Data Pagamento	00/00/0000
Conta Corrente	36135-1
Tipo Conta	Poupança
Data Pagamento	
Data Pagamento	
Data Pagamento 2	
Data Pagamento 3	



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 547 - 144 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/01/2014 17h:46**
Data / Hora da Ocorrência : **13/01/2014 18h:00**
Endereço da Ocorrência: **ROD DA CONFILCA
CRUZEIRO SÃO BENEDITO / CE**
Ponto de Referência: **RESTAURANTE SALA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO LEANDRO RIBEIRO DE SOUSA**
Nascimento : **27/10/1983**
RG: **20000112019586** Órgão Emissor: **SP UF: CE** - CPF: **99887770353**
Filiação: **JOSE RIBAMAR FELICIO E SOUSA
FRANCISCA RIBEIRO DE SOUSA**
Endereço: **SIT CARANGUEJO OFSE
62370000
SAO BENEDITO CE BRASIL**
Telefone: **88 99706093**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE QUE N. DATA, HORA LOCAL SUPRACITADOS, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO ONDA/CG 150 TITAN KS, COR CINZA, ANO FAB/MODULO 2008/2008, CHASSI 9C2KC08108R35224 PLACA HZA 0541, COM REGISTRO DE PROPRIEDADE EM NOME DE ANTONIO DE PADUA ABREU, QUANDO, AO TENTAR REALIZAR UMA ULTRAPASSAGEM A UM VEÍCULO, ABOU SENDO TOCADO PELO REFERIDO VEÍCULO QUE DESVIOU DE UM BURACO NO MOMENTO DA ULTRAPASSAGEM; QUE O NOTICIANTE PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E APU EM UMA RIBANCEIRA; QUE O NOTICIANTE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL LOCAL TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL DE TIANGUA E POSTERIORMENTE A SANTA CASA E MISERICÓRDIA DE SOBRAL, SENDO DIAGNOSTICADO COM TRAUMATISMO RAQUIMEILAR EM COLUNA TORAXICA. NADA MAIS DISSE. III/ III/ III/ III/ III/ III/

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: **Da**

MATRÍCULA: **300037-1-3**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: **Leandro Ribeiro de Sousa**

VISTO DO DELEGADO(A):

REGISTRO GERAL 2000012019586 DATA DE EXPEDIÇÃO 07/03/2008

NOME
FRANCISCO LEANDRO RIBEIRO DE SOUSA
FILIAÇÃO

JOSÉ RIBAMAR FELICIO DE SOUSA

FRANCISCA RIBEIRO DE SOUSA

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

MARANGUAPE - CE 27/10/1983

DOC. ORIGEM

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SAPUPARA TERMO: 4950 FOLHA: 92

LIVRO: A5 MARANGUAPE - CE

CPF: 998.877.703-53

2 VTL

ASSINATURA DO DIRETOR

P. 1

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO MILTON BARBOSA DE SOUSA

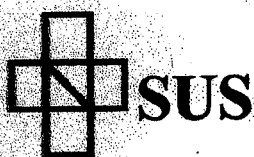


ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
CE Nº 9868752752		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CPF / CNPJ 033.749.229-787		EXERCÍCIO 2013	
		PLACA HZAD-841	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
CE Nº 9868752752		EXERCÍCIO 2013	
CPF / CNPJ 01 03078229787		PLACA HZAD841	
RENAVAM 00014293961	MARCA / MODELO HONDA / CG 150 TITAN RC		
ANO FAB. 2002	DATA EMISSÃO 03	Nº CHASSI 9C2EC001009 353243	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$) 1,39,04	DENATRAN (R\$) 14,24	CUSTO DO SEGURO (R\$) 14,24	
CUSTO DO BILHETE (R\$) 1,13	OP (R\$) 1,11	TOTAL A SER PAGU PELO SEGURADO(R\$) 29,72	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
☒ COTA ÚNICA	☐ PARCELADO	11/03/2013	
Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A CNPJ: 09.248.608/0001-04			

Documento emitido digitalmente por FABIANA NEGREIROS DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Rio Grande do Sul. Para conferir o original acesse o site https://esaj.tjrs.jus.br/pastadigital/pg/abrConferenciaDocumento.js



Atendimento de Urgência e Emergência
ACIDENTE DE TRÂNSITO

Nº. do Registro: _____

Nome: Francisco Leonardo Ribeiro de Sousa
Idade: 30 Sexo M () F () Profissão: _____
Endereço: St Triângulo
Município: São Benedito
Filiação: Francisca Ribeiro de Sousa
Identidade: 200012019586 CPF: _____

Sinais vitais: Temp= _____ °C PA= _____ x _____ mmHg

Pulso= _____ bpm Respiração= _____ mrpm

Peso= _____

Data: 13 de 12

Assinatura do responsável pelo preenchimento

Hora: _____

ATENDIMENTO

Diagnóstico: Queimadura 1º e 2º grau

CID Primário: _____

CID Secundário: _____

Acidente de Trânsito (especificar o veículo): Motocicleta

Procedimento/Conduta Realizado(a):

1) Ferimento 1º grau 27g de água - 08/12/18
2) Ferimento 2º grau 20g de água - 08/12/18
3) Desbridamento da área 27g de água - 08/12/18
4) Colocação de 7B de 1M. - 08/12/18

Dr. Wellington Thiago Freitas
DERMATOLOGIA
CREMEC:13881

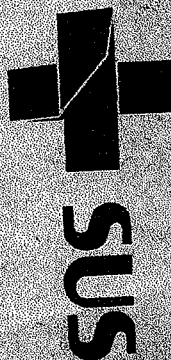
Condição da alta: () Curado (X) Transferência () Melhorado () A pedido () Óbito () Evasão

Ass. e Carimbo do Médico Responsável:

Ass. do Responsável e/ou Paciente:



Prefeitura de
São Benedito
Cidade de Fé, Cidade das Flores



Autorização de Atendimento Ambulatorial

Horário: 10

A Unidade Controladora do SIA/CARTÃO SUS: _____

Encaminhamento do Usuário

Nome: _____

Frederico Leandro Ribeiro de Souza

Data de Nascimento: 21/10/83 Sexo: ☒ M ☐ F Endereço: _____

51 Trindade

Idade: 30 Raza / Cor: 01 Residente no Município: ☒ Outro Município: ☐

Tempo: _____ Peso: _____

PA: 200x160

05:00 - 08:15 x 120 18:00 - 22:15 x 120
31100 PA 140 x 100

Motivo do Encaminhamento

09:00 - 09:15 x 100
11:00 - 09:15 x 90
13:00 - 09:15 x 90
17:00 - 09:15 x 120

Grupo de Atendimento:

GESTANTE ☐ PUERPERA ☐ OUTROS ☐

Assinatura do Responsável

Data: 23/10/14

COMPROVAÇÃO DO ATENDIMENTO

Diagnóstico:

Febre de origem infecciosa

ou CID:

Obs.: Diarréia ☒
Acidente de Trânsito ☒
Doença Profissional ☒

Diarréia com Desidratação ☐
Acidente de Trabalho ☐

REQUER INTERNACÃO

Divina

1 - Atendimento em relação ao diagnóstico

Subsequente ☐

Urgente / Emergência ☐

Atendimento com referência para outra unidade
Consulta com referência para profissional na mesma unidade

Médico ☐

Enfermeiro ☐

Outro (☐)

Avaliação

Sem Risco ☐

☐

Baixo Risco ☐

☐

Avier

Alto Risco

☐

Controle de Comunicantes

Sim ☐

☐

Não ☐

☐

Vacina em Dia

Sim ☐

☐

Não ☐

☐

Procedimento Realizado

1) *Tuacuada 30 Aug 01 Aug + 10 AN aquece*
2) *Diagnóstico - Aug 01 Aug 6V aquece*
3) *10 Aug 14 Aug 14 Aug 14 Aug*

Devidamente assinada
Assinatura do Profissional

Assinatura do Usuário

28/08/14
Atendido 504

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553

810010/0128/02553



PREFEITURA DE
TIANGUÁ
Governar para Odir

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIANGUÁ
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO



1. Preencher esta ficha em 3 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.

FICHA DE REFERÊNCIA

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____ Município: _____

Distrito Sanitário: _____

Nome: Juvêncio SENEIRO Ribeiro de SOUZA Prontuário Nº _____

Sexo ☒ M ☐ F Data de Nascimento: 27.10.83 Ocupação Nº _____

Endereço: Sítio Triângulo Bairro: 3. Rural Município: S. Benedito

Motivo de Encaminhamento:

Naurete um de acidente noturno, apressado
fugiu de colisão frontal. Soluções imediatas e exames
em hospital Tianguá

Resultado de Exames:

Consulta já Realizada:

Impressão Diagnóstica: fratura de coluna cervical Data: 14.10.14 Hora: _____

Assinatura do Encaminhamento - Nº Registro _____ Função _____

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial: ☐ AGENDAMENTO Hospitalar: ☒ Auxílio Diagnóstico: ☐

Procedimento: uv Data: _____ Hora: _____

Unidade de Referência: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____ Prontuário Nº _____ Alta: 1

Município: _____

Resultado Clínico / Cirúrgico:

Resultado de Exame:

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento:

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

Data: _____

Assinatura: _____

Hora: _____



REI ATEND.: 3692414 DT. ATEND.: 14/1/2014 - 18:48
 MATRI.: 801933 NASCIMENTO.: 27/10/1983
 NOME.: FRANCISCO LEANDRO RIBEIRO DE SOUSA
 MAE.: FRANCISCA RIBEIRO DE SOUSA
 CPF.: 99887770353 CNB: SUSFACIL:
 ENDER.: SÍTIO TRIÂNGULO O
 BAIRRO: ZONA RURAL - SÃO BENEDITO

-CE- CEP: 62370000

ATENDIMENTO: ADULTO ☒ PEDIÁTRICO ☐ CIRÚRGICO ☒

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 18:35

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☒ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

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:

Última de queda de moto ± 2 dias
 com dor no braço e pernas refere cervicalgia

PA: 130/190 PULSO: FR: TEMP.: PESO:

TIPO DE ACIDENTE:

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

LOCAL DO ACIDENTE:

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
 COMISSÃO DE AVALIAÇÃO
 Andréia R. Montenegro

Ante: Quarteiro Silva
 Técnico de Enfermagem
 CREN: 263

DE TRAUMA

☐ CE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ SPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHECIDO

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

NDA DO MÉDICO:

mede, le nota
 TRM-12
 Siqueira CF

CONDUTA: PR
 DIAGNÓSTICO: TRM?

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

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

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

ENTIDADE PLANALTOPICA

Paciente: José Leandro Ribeiro Matrícula: 801933 Reg.: 3008111 Leito:

Diagnóstico: Trd Queixas: _____

Queixas: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
14/01/14	Doile Doile		20h5	Admitido nesta Unidade? Repetição para diagnóstico. Tubo TPR 1. Ciente. Difícil de queda de peso + adinâmia orientado. Releuendo leitura cálculo. Aguarda realização Rf. Presença do novo usado. PA - 13x80 Amelhorado 4/12/14
	2. Al - 110000-1	508508580		
	3. Valbena 714 14 2nd	22		
	4. Buer de Alano			
	5. Ru ct			
	6. Novedua pr			

**SANTA CASA
DE MISERICORDIA
DE SOBRAL
ENTIDADE FILANTROPICA**

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antônio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1508 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

10-36-68

Casa de Misericórdia de Sobral
R. do Carmo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1308 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-
LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: to alexandro pulido

Matrícula: 801953

Reg.: 3692516

Leito

Diagnóstico:

Queixas:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
15/01/14	1) Dieta <u>Buanda</u> , <u>duas</u> <u>Zero</u>		7:00	Paciente em leito após
	2) SF 0,47, 700ml, IV, 28 gotas/min	10h1000		emprego autotato verbal
	3) Dipirona, 7-18 AD, IV, 6/6 horas	10h15 00 06		ligando o mesmo sem
	4) Bismarquina, 2-18 AD, IV, 8/8 horas, S/N			queixas no momento
	5) Clozapina, 100mg + 100ml de SF, IV, 12/12 horas			PA: 110x80 T: 36.1 a/c: 70
	6) TC Genival + Tônica		08:00	Medicados pelo enfermeiro
	- Transmissão Da Neuro			Presença de febre de
	7) SIV + CCG	M 9h	10:00	Medicados 015872
				Medicados TC de Colúmen
				Medicados 2. Tolerância PS;
				Medicados de Sulfamida
				015872
				Medicados no leito com
				Medicados de Sulfamida

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)



Santa Casa de Misericórdia de Sobral
 Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: Dr. Leonardo Abreu de Sousa Matrícula: 801939

Queixas: _____

Reg.: 19100 Ass.: Galvina Leito: 3692414

DIGITADO

Ass.: B. J. Ass.

Diagnóstico: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA

HORARIO

HORA

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA

15/04/14 1) Dieta Branda

2) Cetapropina 100mg + 100ml

SFO, 97. 12/12/14

Dr. Alfre Trajano
 Médica
 CRM 14570

21:30 Exame físico em repouso

no leito, coluna ereta

sem parâmetros vitais

mais esta dieta deve

passar para queixas

maneiras seguras aos e

da de enfermagem Pac

Per 84123639 11/Nov/14

Dr. Sator (COREN)



Santa Casa de Misericórdia de Sobral
 Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3671.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: Seo. Cleandro Ribeiro de Sousa Matrícula: 805933 Reg.: 3692414 Leito:

Diagnóstico: Queixas:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
15/01	- contínuo			Admissão de 2 anos de idade, masculino, residente em comunidade de rua, encaminhado pelo Conselho Tutelar de Sobral, para observação em leito de observação.
14			20:10	Admissão pelo Conselho Tutelar de Sobral, para observação em leito de observação.
			20:15	Primeira avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.
				Segunda avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.
				Terceira avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.
				Quarta avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.
				Quinta avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.
				Sexta avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.
				Sétima avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.
				Oitava avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.
				Nonata avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.
				Decima avaliação de enfermagem, paciente em estado de consciência, sem alterações físicas, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação, sendo dada atenção especial para a avaliação da respiração e circulação.

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)

Cod. 1

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
 Conselho Tutelar
 Conselho Tutelar de Sobral

**SANTACASA
DE MISERICORDIA
DE SOBRAL
ENTIDADE FILANTRÓPICA**

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: do - neuromuscular do nervo do alonga Matrícula: 801933 Reg.: 3692114 Leito: 1

Diagnostico: _____

Queixas: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
16/01/14	① Dieta livre	7:4:11: 15:	10:30	Paciente orientado, paciente
	② Diurética (2:18) 100 EV de 6/6h	10:16: 22: 04		de quitação para diurese
	③ Cetoprofeno 100mg + 100ml 500% EV de 12/12h	10:16: 22: 04		modo adequado para intake
	④ Paracetamol (2:18) 100 EV de 12/12h	10:16: 22: 04		para analgesia para
	⑤ 15 VV + CCGG	10:16: 22: 04		trabalho no momento, com
	⑥ Alfa após receber leite.	10:16: 22: 04		avulsa aus. suco de leite
				em ultrassom, PA: 100/60
				108/80 e T 36.5°C. ABB 100
				102/55

Dr. Erickson M. M. M.
Médico
CRM: 8633

10/01/14

Dr. Eriqsoo Morono
Medico
C.P.M.: 8633

CONFIDENTIAL

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

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Reg.: 001241 Leito: 1

Queixas:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
17/01/14	1) Dieta livre	18:00	18:00	Paciente em leito agitado
	2) Dipirona 12.18/40 EV de 6/6 h	18:00	18:00	eupneico, orientado, ror-
	3) Cetopropeno 100mg + 100umc SF 0.2%			halizando o mesmo ma-
	EV de 12/12 h			nifesta queixas no mo-
	4) Rantidol 12.18/40 EV de 12/12 h	18:00	18:00	mento PA: 120x80 T: 36.1au
	5) SSVV + CCGG			Mostra de faturar 673801
	6) Aguardar Ecolite - Alta após receber	13:25	13:25	Encaminhado para enfermagem, 1442
				gaxigado, agitado, não
				deambulando no momento
				relata dor no abdome
				inferior, manifestou dor
				medicada no MSD para
				medicação. PA: 120x80mmHg
				P: 74bpm, R: 20rpm, Saden: 4
				43965.46.4 na enfermeira

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

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Crisostomo de Melo, 919 - Fone: (86)3672.1930 - Fax: (86) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceara - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Matrícula: 801933

Reg.: 3692414 Leito: _____

Diagnóstico:

Queixas:

[illegible]

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)



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

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3617.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550


 Santa Catalina de los Rios
 S. A. DE C.
 CONSTRUCCIONES Y OBRAS
Propana
 Andres R. Montenegro
 Santa Catalina de los Rios

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

ENTIDADE FILANTROPICA

Paciente: Jo. Luciano R. de Sousa

Matrícula: 801933

Reg.: 3692414

Leito:

Diagnóstico:

Queixas:

[illegible]

ငါ့ပုံ

Carimbo e Assinatura do Chefe do Setor (COREN)

PROFISSIONAL:

NOME: João Paulo

Nº PRONTUÁRIO

801937

SETOR: Emergência

ENFERMARIA:

1081

LEITO:

1

DATA

antes do curso

[Stamp: CRIMINISTA, INSPETOR, MARIANA M. S. M. S. M.]

15/01/14

Pouca hemorragia

- 30 anos
- TCE / acidente moto há 2 meses, dia 2 dias
- cervicalgia, dor dorsalgia
- ausência de déficit motor

Rx cervical → normal, mas não igualizamos

C7T1

Rx torácica → fratura de T7

Ed: solicitou TC cervical e TC coluna torácica

[Stamp: Santa Casa de Misericórdia de Sobral, 15/01/2014, 14h15]

Dr. Kevan Ferreira da Ponte
NEUROCIRURGIÃO
CRM 10830 - CPF 034.061.003-25

15/01/14

1º: Wander Ribeiro, 30 anos

2º: Dia em litio de observação: Vibeira, do queixo da
Moto, há ± 2 dias, referindo lombalgia

Paroxismo:

Evolução: Paciente parece satisfeito, consciente, orientado,
verbalizando, Glasgow 15, com queixas de
lombalgia

DATA	abundante; Dorcologia - ACC RCB, 2T, BNF, SIS - AR - MVU, SNA - Abdomen = sem escoriações ou abaulamentos, RHA +, doloroso à compressão/decompressão, principalmente à esquerda, porém com flacidez preservada. - Extremidades: bem perfundidas, com tempo de enchimento capilar favorável. # Paciente permanece com o Colar cervical, quebra de dorcologia (fratura de T7) # Conduta: Seguir prescrição, Dieta, digo, fazer TC cervical e torácica.
15/04/14	TC coluna cervical + torácica TC coluna cervical → pequena fratura sem afastamento da articular esp. de C2 e espinhoso de C6; pequeno achatamento de T7, s/ afase regional importante e sem comprometimento do canal medular. Col: imobilização cervicotorácica rígida sob medida por 3 meses (alta após obter colet) acompanhamento ambulatorial neurológico sintomático.
16/01/19	# Francisco Leandro, 30a # 3º DH: fratura de vertebra torácica # parâmetros: fisiológicos # evolução: paciente refere dor genital de média intensidade, principalmente ao tentar micar e perar. # EF: - 4cp: fisiológicos - alod: inocente - BEG, AHA, corações, hidroscólos;

Dra Aline Teodoro
MÉDICA
CRM 14570

Dr. Kevan Ferreira da Rocha
NEUROCIRURGIÃO
CRM 10830 - CRM 034.041.803-25



Nome do (a) paciente: FRANCISCO LEANDRO RIBEIRO DE SOUSA

Médico (a) solicitante: Dr (a). VALTER BRAGA

Data do exame: 03/06/2015

Pedido: 8809

Convênio: SUS

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

TÉCNICA:

Sagital T1 e T2 FSE

Coronal + Sagital T2 FSE

Axial T2 FSE

LAUDO:

Fratura/compressão notadamente na coluna anterior com sinal heterogêneo no corpo vertebral de D8. Observa-se mínima retropulsão para o interior do canal vertebral sem efeito compressivo significativo medular.

Irregularidade óssea com alteração de sinal de natureza degenerativa nos platôs vertebrais em D7-D8.

Discreto colapso parcial na coluna anterior do platô vertebral superior de D9 sem retropulsão.

Demais corpos vertebrais de alinhamento, morfologia e características de sinal de ressonância magnética preservados com discretos osteófitos marginais bem como em D8-D9.

Redução da altura e do sinal dos discos intervertebrais em D7-D8 e D8-D9.

Discreto abaulamento disco-osteofitário assimétrico lateralizado para esquerda em D8-D9 com endentação na coluna líquórica.

Medula espinhal de morfologia e sinal preservados.

Canal vertebral com amplitude normal.

Cone medular de localização habitual.

Forâmens intervertebrais de calibre normal.

CONCLUSÃO:

- Colapso parcial nos corpos vertebrais em D8 em menor grau em D9 de natureza benigna progressa.

- Espondilodiscopatia degenerativa com discreto abaulamento disco-osteofitário assimétrico mais lateralizado para a esquerda em D8-D9 sem efeito compressivo significativo.

Marcelo Nogueira Pinheiro
CRM 6763



Prefeitura
de Sobral

RECEITUÁRIO

LAUDO MÉDICO

O paciente Francisco Leandro
Ribeiro de Sousa foi vítima
de acidente motociclístico dia
13/01/2014 apresentando traumatismo
naquimedular com fratura das
vértebras C₂, T₉ e T₁₀, neces-
sitando de imobilização ortopédica
por no mínimo 3 meses. O exame
neurológico é normal.

CID: S12.1 e S22.1

14/02/14
Dr. Keven Ferreira da Rente
NEUROCIRURGIÃO
CRM 10830 CPF 934.062.003-25

VOCÊ PODE EVITAR A TRANSMISSÃO DA AIDS PARA O SEU BEBÊ.
Exija o teste anti-HIV no pré-natal: ele é gratuito e é um direito seu.

HIV
Mãe positiva.
Bebê saudável.



Ministério da Saúde