



## PROCURAÇÃO

### OUTORGANTE:

NOME: Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira;  
 DATA DE NASC: 03.01.1999; PROFISSÃO: Vendedor;  
 ESTADO CIVIL: Solteiro; NACIONALIDADE: Brasileira;  
 RG nº: 20086824931; CPF nº: 074.130.673-38;  
 TELEFONE: 99494-6274;  
 RESIDENTE E DOMICILIADO: Rua Maria Aurora da  
Conceição, 263 - Triângulo - Juazeiro do Norte-CE  
 CEP: 63010-000

### OUTORGADO:

DAVID NILSON GONDIM ALVES, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE, sob o número 34.888 e no CPF sob o número 025.924.573-99, residente e domiciliado na cidade de Juazeiro do Norte-CE, com escritório profissional na Av. Castelo Branco nº 3902, 1º andar, Novo Juazeiro.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, intervir em qualquer feito como litisconsorte, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, levantar valores existentes em contas judiciais, PRECATÓRIOS, ALVARÁS, RPV, deduzindo e compensando créditos pessoais por despesas de verbas honorária contratual, e as decorrentes da sucumbência, nas respectivas prestações de contas, agindo em conjunto ou separadamente, junto as Repartições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, podendo ainda substabelecer com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre o que for do interesse do outorgante.

Juazeiro do Norte-CE, 05 de Abril de 2019

X Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira

**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**MINISTÉRIO DA JUSTIÇA**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES**  
**DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES**

**CE**

**ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA**

**DOCUMENTO / OBSERVAÇÃO DE**  
**20086824931** **ESP** **CE**

**CPF** **074.130.673-58** **DATA NASCIMENTO** **03/01/1999**

**PREÇO**  
**ERIBERTO GONCALVES DE**  
**OLIVEIRA**  
**MARIA DAS DORES SOARES**  
**CAVALCANTE**

**PERMISSÃO** **ACC** **EXATINA**  
**AB**

**Nº INSCRIÇÃO** **06826086478** **EXPIRAÇÃO** **20/01/2027** **1ª EMISSÃO** **11/04/2017**

**VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL**  
**1497397377**

**SEM OBSERVAÇÃO**

**ERIBERTO SOARES GONCALVES**

**ASSINATURA DO DETENTOR**

**LOCAL** **JUAZEIRO DO NORTE, CE** **DATA PRECISO** **11/05/2018**

**54985980794**  
**CE164675174**

**CEARÁ**

**PROBADO PLASTICAR**  
**1497397377**



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 578919259

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 80135-040 | Fortaleza - CE

CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social da Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de

JUN/2019

Utilize o n° abaixo sempre  
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE  
**4250088**

5

VENCIMENTO  
26/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)  
160,58

Rota 12 013000 18 0415200

Medidor

Posto

Nome ERIBERTO GONÇALVES DE OLIVEIRA

3787182

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU MARIA AURORA DA CONCEICAO 00263 TRIANGULO JUAZEIRO DO NORTE 63010000

RG / CPF / CNPJ 525.929.363-00

CGF

Classe BI - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Leitura Atual | Leitura Anterior | Consumo | Consumo (kWh) | Consumo Incl. | Consumo Faturado |
|---------------|------------------|---------|---------------|---------------|------------------|
| 46368         | 46181            | 1       | 187           | 0             | 187              |

## DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA  
CONSUMO

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

187 0,76899 143,80

## DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/  
ApresentaçãoPrev. Próxima  
Leitura

18/06/2019

20/07/2019

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A31A.5173.4F8E.4EC0.1811.F934.E2B3.29FE

## ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

143,80

27%

38,82

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                             |       |
|-----------------------------|-------|
| ENERGIA                     | 55,45 |
| TRANSMISSÃO                 | 4,38  |
| DISTRIBUIÇÃO                | 32,58 |
| ENCARGOS SETORIAIS          | 7,30  |
| TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) | 43,99 |

## ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 37,58

Conjunto JUAZEIRO DO NORTE

Mês ABR/ 2019

|          | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
|          | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| DQC (h)  | 4,95              | 9,91  | 19,82 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| FIC (un) | 3,11              | 6,22  | 12,45 | 0,00                | 0,00  | 0,00  |
| DMIC (h) | 2,77              |       |       | 0,00                |       |       |

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO<sub>2</sub>) Compensado kg (CO<sub>2</sub>) Consciência Ecológica(%)CO<sub>2</sub>

0 100

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

4250088-5

N° da Nota Fiscal: 578919259

Total a Pagar (R\$): 160,58

Data de Emissão:

16/06/2019

Referência: JUN/2019

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, ERICSSON SOARES GONÇALVES DE OLIVEIRARG nº 20086824931, data de expedição 1/1/, Órgão SSPDS CECPF nº 094.330.673-58, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

|                                   |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Logradouro<br>(Rua/Avenida/Praça) | <u>Rua Maria Aurora da Conceição</u> |
| Número                            | <u>263</u>                           |
| Apto / Complemento                |                                      |
| Bairro                            | <u>Triângulo</u>                     |
| Cidade                            | <u>Juazeiro do Norte - CE</u>        |
| Estado                            | <u>Ceará</u>                         |
| CEP                               | <u>63010000</u>                      |
| Telefone de contato               | <u>9.9994 - 6244</u>                 |
| E-mail                            |                                      |

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Juazeiro do Norte - CE, 19 de novembro de 2019.Assinatura do Declarante: Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira portador do RG. nº 20086824931, inscrito(a) no CPF nº 074.130.673-58,

Estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família, não podendo arcar com custas processuais pelo que declara se pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1050/05

Joazeiro do N. 05 de Abril de 2019

x Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira

DECLARANTE



Impresso nº 2019144887

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 446 - 1605 / 2019

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **28/02/2019 16:03:22**  
Data / Hora da Ocorrência: **04/01/2019 06:50:00**  
Endereço da Ocorrência: **RUA JOSE PINHEIRO ESMERALDO**  
Complemento:  
Bairro: **PINTO MADEIRA** Município: **CRATO/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ERICSSON SOARES GONÇALVES DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **03/01/1999** CPF:  
CNH: **06826688679** Orgão Emissor: UF:  
Filiação: **MARIA DAS DORES SOARES CAVALCANTE**  
**ERIBERTO GONÇALVES DE OLIVEIRA**  
Endereço: **RUA MARIA AURORA DA CONCEIÇÃO, 263**  
Bairro: **TRIANGULO**  
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone:

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **PNP5631** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:  
**9C2JC7000GR001414** Renavam: **1106975119** Tipo do Veículo:  
**MOTONETA** Marca / Modelo: **HONDA/BIZ 110I** Ano Fabricação: **2016**  
Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:  
**KYSSIA LARYSSA COSTA DE OLIVEIRA SILVA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

**Histórico**

ADVERTIDO DAS PENALIDADES PREVISTAS NOS ARTIGOS 340 E 342 DO CPB, NOTICIA QUE EM DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS ESTAVA PILOTANDO A MOTOCICLETA SUPRA, QUANDO ACHANDO QUE PODERIA ULTRAPASSAR A PREFERENCIAL ANTES DO ÔNIBUS, ACABOU POR COLIDIR COM ELE; QUE VEIO A CAIR AO SOLO; QUE FOI SOCORRIDO PELA AMBULANCIA DO SAMU (CERTIDÃO EM ANEXO); QUE O LEVOU PARA O HOSPITAL SÃO RAIMUNDO, ONDE SE CONSTATOU UMA FRATURA NA CLAVICULA, CONFORME A FICHA DE ATENDIMENTO DO HOSPITAL, CÓPIA EM ANEXO; QUE É HABILITADO CATEGORIA AB; QUE A MOTOCICLETA É DE SUA PRIMA KYSSIA LARYSSA; QUE NÃO HAVIA INGERIDO BEBIDAS ALCOOLICAS; QUE REGISTRA O FATO PARA FINS DE SEGURO DPVAT. E NADA MAIS DISSE E ENCERROU O PRESENTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA JOSSAMY FARIAS DA CRUZ - MAT.: 300615-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

*Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira*

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                            |            | MINISTERIO DAS CIDADES |      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------|------|
| <b>DETRAN - CE</b><br><b>CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO</b><br><b>Nº 013872496025</b> |            |                        |      |
| ALVND1                                                                                                    | 1106975119 | 0000000000             | 2018 |
| <b>RYSIA LARYSSA CORREA DE OLIVEIRA SILVA</b><br><b>JUAZEIRO DO NORTE/CE</b>                              |            |                        |      |
| 03206067324                                                                                               |            | PNP5631                |      |
| 9C2JC7000CR001414                                                                                         |            | 2016                   |      |
| PAS/MOTONETA/MAO APLIC.                                                                                   |            | GASOLINA               |      |
| HONDA/BIZ 110I                                                                                            |            | 2016                   |      |
| 2P/OCV/105CC                                                                                              |            | PARTEIC                |      |
| 1                                                                                                         |            | 1                      |      |
| 2                                                                                                         |            | 2                      |      |
| 3                                                                                                         |            | 3                      |      |
| PREMIO TARIFARIO (R\$)                                                                                    |            | 00/00/0000             |      |
| LSE (R\$)                                                                                                 |            | 00/00/0000             |      |
| PREMIO TOTAL (R\$)                                                                                        |            | 00/00/0000             |      |
| <b>JUAZEIRO DO NORTE/CE</b><br><b>03/05/2018</b>                                                          |            |                        |      |

| SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU - SEGURO DPVAT                                                                                       |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>CE Nº 013872496025</b> <b>BILHETE DE SEGURO DPVAT</b><br><b>2018</b>                                                                                                                                                                        |                   |
| 03206067324                                                                                                                                                                                                                                    | PNP5631           |
| <b>ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT</b><br><b>PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO</b><br><b>AS CONDIÇÕES GERAIS DE COSEGURO</b><br><b>www.seguradordavid.com.br</b><br><b>SAC DPVAT 0800 782 1884</b><br><b>013872496025 782 18866711</b> |                   |
| 01                                                                                                                                                                                                                                             | 03206067324       |
| 1106975119                                                                                                                                                                                                                                     | HONDA/BIZ 110I    |
| 2016                                                                                                                                                                                                                                           | 9C2JC7000CR001414 |
| <b>PREMIO TARIFARIO</b><br><b>DETRAN (R\$)</b> <b>CUSTO DO SEGURO (R\$)</b><br><b>CUSTO DO BILHETE (R\$)</b> <b>IDF (R\$)</b> <b>VILL (R\$) (0,00000000)</b><br><b>COTA UNICA</b> <b>PAGAMENTO</b> <b>PARCELADO</b> <b>00/00/0000</b>          |                   |
| <b>PROPRIETARIO</b><br><b>LOTE/DOC/SEGURO/VEICULO/DPVAT</b><br><b>MOTOR: JC70E0G60014228 0000000000</b>                                                                                                                                        |                   |

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, KYSSIA LARYSSA COSTA DE OLIVEIRA SILVA

RG nº 2003034099587 data de expedição 01/02/15

Órgão SSP CE, portador do CPF nº 032.060.673-24 com

domicílio na cidade de JUAZEIRO DO NORTE no Estado de

CEARA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

Rua: MARIA AURORA DA CONCEIÇÃO nº 428

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima ERICSSON SOARES GONCALVES, cujo o condutor era

ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA BIZ 110

Ano: 2016

Placa: PNP 5631

Chassi: 9C2JG7000GR001414

Data do Acidente: 24/01/2019

Local e Data: JUAZEIRO DO NORTE, 25 DE MARÇO DE 2019.

Kyssia Laryssa Costa de Oliveira Silva

Assinatura do Declarante

Ericsson Soares Gonçalves de Oliveira

Assinatura do Condutor [ caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro ]



**VÍTIMA** ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV

Seguradora S/A Filial Fortaleza - CE

**BENEFICIÁRIO** ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

**CPF/CNPJ:** 07413067358

**Posição em 16-08-2019 10:50:08**

O pedido de Indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

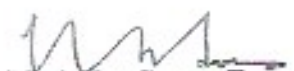
| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 05/04/2019        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |

| Histórico das correspondências enviadas |                                    |                                                                                       |
|-----------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Data da Carta                           | Referência                         | Ver Carta                                                                             |
| 13/04/2019                              | PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO           |  |
| 02/04/2019                              | ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT |  |

**CERTIDÃO NARRATIVA**

**CERTIFICAMOS**, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou atendimento pré-hospitalar ao senhor **ERICSSON SOARES GONÇALVES DE OLIVEIRA**, portador do RG n.º 20086824931, SSP-CE inscrito no CPF n.º 074.130.673-58, no dia 04/01/2019, às 06h54, no município de Crato/CE, na Rua José Pinheiro Esmeraldo, Bairro Pinto Madeira, próximo à AABB, vítima de acidente de trânsito, colisão entre moto e ônibus, sendo removido para o Hospital São Raimundo. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loliola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 17 de janeiro de 2019.

  
**Maria das Graças Torres**  
**ASSESSORIA EXECUTIVA**

PROB

DE Nasc: 03/01/1999 20A CM ID

Preço total: 227353

Let for

177 AF 595 T

1 MP EV CB/

1 AMP KV 08/

1 2MP EV CS/

2 CH<sub>2</sub> NO 24/

1

1. *What is the purpose of this study?*

Medio Social y Comunitario Por:  
D. B. A. C. 55/748

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 103–110

Medicações Administradas Por:  
Odontólogos 10341093

**PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)**  
**HOSPITAL SÃO RAIMUNDO**

Prescrição: 127394

1, 1, 1, 1

Paciente: **ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA**

Sexo: **MASCULINO**

DT NASC: 03/01/1999 20A 0M 2U

Data Solto: 05/01/2019 05:58:47

Convênio: **SUS INTERMEDIADOS**

Prescrição: 127394

Data Pr Int: 05/01/2019 10H

Data Pr Enc: 06/01/2019 10H

Data Atend: 04/01/2019 09:49:00

Atendimento: 5533665 (1)

Leito: **AM3.06**

**Dietas**

| Item | Item Código | Descrição   | Dose | Via | Frequência | Qtda Total | Centro de Custo |
|------|-------------|-------------|------|-----|------------|------------|-----------------|
| 301  | 01          | DIETA LIVRE | 1    |     |            |            |                 |

**Medicações**

| Item | Item Código | Descrição                                                   | Nome de Segurança | Opção Comercial       | Dose | Unid | Via | Frequência |
|------|-------------|-------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------|------|------|-----|------------|
| 002  | 01          | 00010102 SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETAVEL                   |                   | SORO FISIOLÓGICO      | 1    | PS   | EV  | 12/12      |
| 003  | 01          | 00010065 DIFIRONA SÓDICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML               |                   | DIFIRONA SÓDICA       | 1    | AMP  | EV  | 06/06      |
| 004  | 01          | 00010055 TERAPACOL, CLODRATO DE; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAV |                   | CLODRATO DE TERAPACOL | 1    | AMP  | EV  | 08/08      |
| 005  | 01          | 00010019 BROMOPRIDA; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL            |                   | BROMOPRIDA            | 1    | AMP  | EV  | 08/08      |
| 006  | 01          | 00010151 CEFEPRAZOL; 20MG CAPSULA EM JELUM PELA MANHA -     |                   | CEFEPRAZOL            | 2    | CAP  | VO  | 24/24      |

| Cuidados | Item | Item Código | Descrição | Dose | Unid | Via | Frequência | Qtda Total | Salida |
|----------|------|-------------|-----------|------|------|-----|------------|------------|--------|
|----------|------|-------------|-----------|------|------|-----|------------|------------|--------|

007 01 SINAIS VITAIS DE 8/8H  
CUIDADOS GERAIS  
CABEÇAR PERCUSÃO DO MENINO

*[Handwritten signature]*

Medicamento Administrado Por:  
*[Handwritten signature]*  
Horário: 05/01/2019 10:00

Prescrição: 127394  
Data: 05/01/2019

*[Handwritten notes]*

*[Handwritten notes]*

Via Freguênsola Saída Borárlas

001 DIET LIVER

Медь сварива

| Item Código | Descrição |
|-------------|-----------|
|-------------|-----------|

| Dose | Unf | Via | Frequência | Qtde | Total | Saida | Horários |
|------|-----|-----|------------|------|-------|-------|----------|
| 1    | 1   | 1   | 1          | 1    | 1     | 1     | 1        |

002 00010102 3030 FISIOLÓGICO 500MT. INTERVALL

1 FRS EV 12/12 2

003 00010065 NITRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML

1 AMP EV 06/06 4

|     |         |                                          |
|-----|---------|------------------------------------------|
| 004 | 0010055 | TRABEDOL, CLOSTRIDATO DE; 50MG/ML AMPOLA |
|-----|---------|------------------------------------------|

|   |        |       |   |
|---|--------|-------|---|
| 1 | AMP EV | 08/08 | 3 |
|---|--------|-------|---|

005 0011019 BRONOPRISTAT 5MG/ML AMFOLIA 2ML INJETIVEL

1 JUMP EV 08/08 3

006 00010151 КРЕПАКОТ, ZONG CAPSULA

2 CAP WO 24/24 2

| Cuidados | Descrição |
|----------|-----------|
|----------|-----------|

အကျဉ်းချုပ်ဆိုရသော်

007 SIMMS WITNIS DE 8/8H

OBSERVAR PERJUSAO DO NOME

Ass. Prestador:

ITALO BRITO ALENCAR - CELYA - RUA N.º 734761  
Impresso em 07/01/2019 08:06:31 pelo usuário ADRIANA

Environ

Medicção Administrada por  
Phyllis COREN 19603  
 Horário 10:00 Data 07/10/19

18:00

805476  
22 7 119  
02  
04

**PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)**  
**HOSPITAL SAO RAIMUNDO**

Prescrição: 127683  
1,15g

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Data Solto: 09/01/2019 06:13:38  
Data Pr Int: 09/01/2019 10H  
Data Atend: 06/01/2019 09:09:00

Sexo: MASCULINO  
Convênio: SUS INTERMEDIADOS  
Data Pr Enc: 10/01/2019 10H  
Atendimento: 533985(1)  
Dt Nasc: 03/01/1999 20A 0M 6D  
Prescrição: 127683  
Leito: AM3.06

| Dieta | Item | Código | Descrição    | Dose | Via | Frequência | qtda Total | Centro de Custo |
|-------|------|--------|--------------|------|-----|------------|------------|-----------------|
| 001   | 01   |        | DIEITA LIVRE | 1    |     |            |            |                 |

| Medicações | Atend  | Presc | Item | Código   | Descrição                                          | Dose | Via | Frequência | qtda Total | Início | Fim                   |
|------------|--------|-------|------|----------|----------------------------------------------------|------|-----|------------|------------|--------|-----------------------|
| 533985     | 127683 | 002   | 01   | 00010102 | SORO FISIOLÓGICO 500ML INJETÁVEL                   | 1    | FRS | EV         | 12/12      | 2      | 09/01/2019 10/01/2019 |
| 533985     | 127683 | 003   | 01   | 00010365 | DIFENHAMA SODICA/ 500MG/ML AMPOLA 2ML              | 1    | AMP | EV         | 06/06      | 4      | 09/01/2019 10/01/2019 |
| 533985     | 127683 | 004   | 01   | 00010355 | TRAMADOL CLORIDRATO DE/ 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAV | 1    | AMP | EV         | 08/08      | 3      | 09/01/2019 10/01/2019 |
| 533985     | 127683 | 005   | 01   | 00010019 | BROMOPTINA/ 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETÁVEL            | 1    | AMP | EV         | 08/08      | 3      | 09/01/2019 10/01/2019 |
| 533985     | 127683 | 006   | 01   | 00010151 | ONEPRAZOL/ 20MG CAPSULA<br>EM JELUM PELO MANHA -   | 2    | CAP | VO         | 24/24      | 2      | 09/01/2019 10/01/2019 |

| Cuidados | Item | Código | Descrição                                                              | Dose | Via | Frequência | qtda Total | Salda | Horários |
|----------|------|--------|------------------------------------------------------------------------|------|-----|------------|------------|-------|----------|
| 007      | 01   |        | SINAIS VITAIS DE 8/8H<br>CUIDADOS GERAIS<br>OBSERVAR PERIODO DO MEDICO |      |     |            |            |       |          |

Ass. Proscritor: ITALO BRITO ALENCAR ALVES/CRM 134761  
Impresso em 09/01/2019 06:13:49

Medicação Administrada Por:  
Júlia CORREN 805476  
Horário 22 Data 9/1/19

Medicação Administrada Por:  
Júlia CORREN 805476  
Horário 10:00 Data 09/01/19

Medicação Administrada Por:  
Júlia CORREN 805476  
Horário 16:00 Data 10/1/19

58:00

etc

OK

10/12/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19

10/18/19



|               |                                       |               |                           |
|---------------|---------------------------------------|---------------|---------------------------|
| ATA ATEND     | 04/01/2019                            | Nº ATEND      | 533817                    |
| ACIENTE       | ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA | SEXO          | MASCULINO                 |
| ATA NASC      | 03/01/1999                            | IDADE         | 20                        |
| G             | 2008682493-1                          | CPF           | 074.130.673-58            |
| AE            | MARIS DAS DORES SOARES CAVALCANTE     | BAIRRO        | VILA ALTA                 |
| NDEREÇO       | RUA NOSSA SENHORA DOS POBRES 74 CASA  | CEP           | 63132070                  |
| IDADE         | CRATO                                 | UF            | CE                        |
| ELEFONE 1     | 88992041927                           | TELEFONE 2    |                           |
| LANO DE SAÚDE | BPA SUS                               | MEDICO        | BRENO ABIMAEL MACEDO CRUZ |
|               |                                       | MATRICULA     | 898083215236054           |
|               |                                       | TIPO DE ATEND | CONSULTA                  |

PRIORIDADE CLÍNICA URGENCIA MATOR

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

nício da Classificação: 04/01/2019 07:43 Término da Classificação: 04/01/2019 07:42  
 lassificador.....: MAIRA SILVA DE SAMPAIO Coren: 279315  
 orta de Entrada.....: 000008-RECEPCAO URGENCIA  
 ENGUNYAS: YOLIFE  
 UEIXA: DOR E DEORMIDADE EM OMBRO ESQ  
 RIGEM: CASA  
 IPO DE CHEGADA: PRONTO ATENDIMENTO  
 NCAMINHAMENTO: SAMU

GRUPO DE

ATENDIMENTO MÉDICO

NAMNESE  
 ACIENTE VITIMA DE TRAUMA HOJE EVOLUINDO COM DOR EM OMBRO ESQ  
 O EXAME  
 IV PRESERVADO  
 EM SINAIS DE SINDROME COMPARTIMENTAL  
 EM SINAIS DE TEV  
 ELE INTEGRA  
 OM DOR A PALEPAÇÃO OSSEA E A ADM  
 ADIOGRAFIAS DO SEGMENTO COM LUXAÇÃO ACROMIO CLAVICULAR GRAU V  
 ONDUTA  
 NALGESIA  
 NTERNAMENTO  
 REOP  
 IENTE DOS RISCOS E COMPLICAÇÕES

XAME FÍSICO

XAMES COMPLEMENTARES

IPÓTESE DIAGNÓSTICA

ONDUTA

Assinatura e Carimbo do Médico

Ass. Paciente / Responsável

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06  
Enfermeiro(a): DLUCAS

Atend.: 533885  
Data/Hora: 09/01/2019 15:11

TARDE:  
PACIENTE ADULTO, CONSCIENTE E ORIENTADO, SSVV ESTAVEIS, M.C.P.M, MANTEM AVP, SEM QUEIXAS E  
SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Tecnico(a): FRANCISCO DLUCAS FERREIRA DE SANTANA  
COREN:1206287-CE

Francisco D'Lucas  
Téc. de Enfermagem  
COREN 1206287

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06  
Enfermeiro(a): EMERSON

Atend.: 533885  
Data/Hora: 09/01/2019 21:00

cliente evolui conciente orientado, normotenso,  
afebril, mcpm, mantem avp p/terapias medicamentosa,  
ssvv, sem intercorrência, aguarda agendamento cirurgico,  
segue sobre cuidados da equipe.

p.a:120x80  
t:36

Fco. Emerson Pereira de Franca  
Téc. de Enfermagem  
COREN 911652

Tecnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA  
COREN:911652-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario: 115333 Leito: AM3.06 Atend.: 533885  
Médico: ITALO Data/Hora: 08/01/2019 12:59

PCT COM DOR EM LOCAL DE TRAUMA, FRAT DE CLAVICULA.  
SEGUE ESTAVEL.  
AG. CIRURGIA.  
EX. LAB NORMAIS.

Médico(a): ITALO BRITO ALENCAR ALVES  
CRM:13476-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Convênio: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06 Atend.: 533885  
Enfermeiro(a): VIVIANE Data/Hora: 08/01/2019 08:35

MANHÃ

PACIENTE JOVEM, EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, COM SSVV NORMAIS, EM AR AMBIENTE, ACEITANDO DIETA, COM AVP, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS NORMAIS, FOI MCPM, EM USO DE TIPÓIA EM MSE, SEGUE NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE.

Técnico(a): VIVIANE RODRIGUES DA COSTA  
COREN:1119603-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

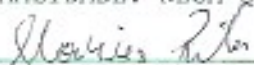
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06  
Enfermeiro(a): MARIARITA

Atend.: 533885  
Data/Hora: 07/01/2019 14:00

EM TRATAMENTO CLINICO COM DR ITALO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA CONSCIENTE, ORIENTADO. SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. NEGA QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

  
Tecnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR  
COREN: 551295-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

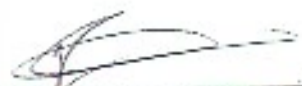
Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06  
Enfermeiro(a): EMERSON

Atend.: 533885  
Data/Hora: 07/01/2019 21:00

CLIENTE EVOLUI CONSCIENTE ORIENTADO, NORMOTENSO, AFEBRIL, VERIFICO SSVV, MANTEM AVP P/TERAPIAS MEDICAMENTOSA, AGUARDA CIRURGIA, SEGUE SOBRE CUIDADOS DA EQUIPE.

P.A: 120X80  
T: 36

  
Tecnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA  
COREN: 911652-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ERICSSON SOARES GONÇALVES DE OLIVEIRA  
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario: 115333 Leito: AM3.06 Atend.: 533885  
Médico: ITALO Data/Hora: 06/01/2019 08:58

PCT COM DOR EM LOCAL DE TRAUMA, FRAT DE CLAVICULA.  
SEGUE ESTAVEL.  
SOLICITO EX. PRE-OP.  
AG. CIRURGIA.

Médico(a): ITALO BRITO ALONSO ALVES  
CRM:13476-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONÇALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06 Atend.: 533885  
Enfermeiro(a): SILVANA Data/Hora: 06/01/2019 11:03

MANHÃ:

PACIENTE JOVEM PRÉ-OPERATÓRIO, TRATAMENTO CLINICO POR DRº ITALO. EVOLUI CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, ACEITA DIETA, COOPERATIVO, DEAMBULA, COOPERATIVO, HIGIENIZADO, USO DE TIPÓIA, AVF PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA E SOROTERAPIA, MCPM. SEGUE NO LEITO EM REPOUSO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Técnico(a): MARIA SILVANA FERREIRA DE FIGUEIREDO SILVA  
COREN:473277-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

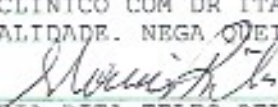
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06  
Enfermeiro(a): MARIARITA

Atend.: 533885  
Data/Hora: 05/01/2019 15:00

EM TRATAMENTO CLINICO COM DR ITALO FRATURA DE CLAVICULA ESQUERDA CONSCIENTE, ORIENTADO. SSVV DENTRO DA NORMALIDADE. NEGA QUEIXAS NO MOMENTO, SEGUE AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM.

  
Tecnico(a): MARIA RITA TELES BELQUIOR  
COREN: 551295-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06  
Enfermeiro(a): EMERSON

Atend.: 533885  
Data/Hora: 05/01/2019 21:00

CLIENTE EVOLUI CONCIENTE ORIENTADO, NORMOTENSO, NEGA DOR, VERIFICO SSVV, MANTEM AVP P/MEDICAÇÃO IMOBILIZADO COM TIPOIA 8 SEM INTERCORRENCIA, COOPERATIVO NO LEITO.

P.A: 120X80  
T: 36

  
Tecnico(a): FRANCISCO EMERSON PEREIRA DE FRANCA  
COREN: 911652-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

Ficha de Evolução Médica

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario: 115333 Leito: AM3.06 Atend.: 534675  
Médico: LANDIM Data/Hora: 10/01/2019 16:16

LAC ESQUERDA  
RCT SUBMETIDO A TTO CIRÚRGICO HOJE  
ECG, ESTÁVEL  
EVOLUI SEM INTERCORRÊNCIAS

Médico(a): JOSE LEITE LANDIM NETO  
CRM:11611-CE

*[Assinatura]*  
JOSE LEITE LANDIM NETO  
CRM: 11611-CE

Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06 Atend.: 534675  
Enfermeiro(a): JULIA Data/Hora: 10/01/2019 01:20

PACIENTE READMITIDO APOS ALTA ADMINISTRATIVA PARA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE CLAVICULA COM DR° LANDIM, CONSCIENTE E ORIENTADO PREPARADO AGUARDA PROCEDIMENTO.

Tecnico(a): MARIA JULIA SOARES LIMA  
COREN:805476-CE

*[Assinatura]*  
Julia

**Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes**

**ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM**

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06      Atend.: 534675  
Enfermeiro(a): VALDERLANIA

Data/Hora: 10/01/2019 20:11

**NOITE**

CLIENTE EM POS OPERATORIO IMEDIATO, SEGUE EVOLUINDO CALM O, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, ACEITANDO A DIETA ORAL OFERECIDA, DEAMBULANDO, AFEBRIL T:36.6°C, NORMOTENSO PA:140X90mmHg. EM VENOCLOSE POR AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA. QUEIXA-SE DE DOR EM FERIDA OPERATORIA. MCPM. SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

\*\*FEITO RX DE CONTROLE EM ANEXO AO PRONTUARIO. VALDERLANIA-1034093.

Técnico(a): MARIA VALDERLANIA NUNES VIANA  
COREN:1034093-CE

*Valderlania*

Maria Valderlania  
Técnica em Enfermagem  
COREN 1034093

**Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra**

**FICHA DE EVOLUÇÃO ENFERMAGEM**

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuario....: 115333      Leito: AM3.06      Atend.: 534675  
Enfermeiro(a): ADRIANA      Data/Hora: 11/01/2019 08:55

APÓS VISITA MEDICA RECEBEU ALTA HOSPITALAR. ENTREGUE RECEITA E DATA DE RETORNO.

*Adriana A. Maia*  
Enfermeiro(a): ADRIANA AMORIM MAIA  
COREN:319439-CE

## Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

## ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Leito: AM3.06      Atend.: 533885  
Enfermeiro(a): VALDERLANIA

Data/Hora: 04/01/2019 20:14

## NOITE

CLIENTE JOVEM SEGUE EM TRATAMENTO CLINICO E EVOLUINDO CALMO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES, ACEITANDO A DIETA ORAL OFERECIDA, DEAMBULANDO, AFEBRIL T:36.7°C, NORMOTENSO PA:110X80mmHg. MANTÉM AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA. NEGA QUEIXAS NO PERIODO. MCPM. SEGUE NO LEITO E AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

\*\*ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES NO HORARIO.

\*\*TEM SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAL. VALDERLANIA-1034093.

Técnico(a): MARIA VALDERLANIA NUNES VIANA  
COREN:1034093-CE

Valderlania

Maria Valderlania  
Técnica em Enfermagem  
COREN: 1034093

## RECEITUÁRIO MÉDICO

PACIENTE: ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
IDADE...: 28a 1m N° ATENDIMENTO: 542175  
MÉDICO...: JOSE LEITE LANDIM NETO

DATA DO RECEITUÁRIO: 21/02/2019

SOLICITO:

20 SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA EM OMBRO ESQUERDO

Crato, 21 de fevereiro de 2019

Dr. José L. Landim Neto  
ORTOPEDISTA TRAUMATOLOGISTA  
CRM 11611 CE SBOT 13204

JOSE LEITE LANDIM NETO CRM:11611-CE

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES / HOSPITAL SÃO RAIMUNDO  
AV. TEODORICO TELES N°99, CENTRO | CRATO-CE | CEP: 63.100-160  
TEL: 088 3523.2600 | [www.hsraimundo.com.br](http://www.hsraimundo.com.br)

Paciente..... ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA  
Médico..... MARCEL PITA  
Data Nasc..... 03/01/1999  
Data da Coleta..... 05/01/2019

Pedido..... 010033899  
Origem..... HSR  
Convênio..... HSR - HE  
Acomodação... A/M

## Hemograma Completo

Material biológico: Sangue Total/EDTA

### ERITROGRAMA

Hemácias..... 4,92 milhões/mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina..... 13,90 g/dL  
Hematócrito..... 42,50 %  
Volume corpuscular médio (VCM)..... 86 fL  
Hemoglobina corp. média (HCM)..... 28 pg  
Conc. hemog. corp. média (CHCM)..... 33 g/dL  
RDW..... 12,40 %

### Valores Referenciais

4,3 a 5,9 milhões/mm<sup>3</sup>  
13,0 a 17,5 g/dL  
40 a 53 %  
80 a 100 fL  
26 a 34 pg  
31 a 36 g/dL  
10 a 15 %

Método: Automatizado



### LEUCOGRAMA

Leucócitos..... 5.900 /mm<sup>3</sup>

4.500 a 11.000/mm<sup>3</sup>

|                     | %  | /mm <sup>3</sup> | %       | /mm <sup>3</sup> |
|---------------------|----|------------------|---------|------------------|
| Blastos.....        | 0  | 0                | 0       | 0                |
| Promielócitos.....  | 0  | 0                | 0       | 0                |
| Mielócitos.....     | 0  | 0                | 0       | 0                |
| Metamielócitos..... | 0  | 0                | 0 a 1   | 0 a 100          |
| Bastonetes.....     | 0  | 0                | 1 a 3   | até 840          |
| Segmentados.....    | 63 | 3.717            | 35 a 65 | 1.700 a 8.000    |
| Linfócitos.....     | 21 | 1.239            | 20 a 40 | 900 a 2.900      |
| Eosinófilos.....    | 2  | 118              | 2 a 5   | 50 a 500         |
| Monócitos.....      | 14 | 826              | 3 a 8   | 300 a 900        |
| Basófilos.....      | 0  | 0                | 0 a 1   | até 200          |



Plaquetas..... 179.000 /mm<sup>3</sup>

150.000 a 450.000 /mm<sup>3</sup>



Observações..... Hemácias normocíticas e normocrômicas.  
Plaquetas Morfológicamente Normais.

Assinado Eletronicamente por Carolina Thelha CRM 6248  
00885010033899P01201180106005446603

*Thays Benches*

Thays Benches  
Biomédica CRM 3591

*Luciene Vazquez*

Luciene Vazquez  
Biomédica CRM 6738

*Carolina Thelha*

Carolina Thelha  
Biomédica CRM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Pedido..... 010033899

Médico..... MARCEL PITA

Origem..... HSR

Data Nasc..... 03/01/1999

Convênio..... HSR - HE

Data da Coleta..... 05/01/2019

Acomodação... A/M

## Creatinina

Material biológico: Soro

Resultado..... 1,24 mg/dL

Método: Cinético/ automatizado

### Valor de Referência

Homem: 0,70 a 1,30 mg/dL  
Mulher: 0,60 a 1,20 mg/dL  
Recém-nascido (premature): 0,30 a 1,08 mg/dL  
Recém-nascido (a termo): 0,24 a 0,88 mg/dL  
Criança de 2 a 11 meses: 0,17 a 0,43 mg/dL  
Criança de 1 a 2 anos: 0,24 a 0,42 mg/dL  
Criança de 3 a 4 anos: 0,32 a 0,49 mg/dL  
Criança de 5 a 6 anos: 0,33 a 0,61 mg/dL  
Criança de 7 a 8 anos: 0,41 a 0,62 mg/dL  
Criança de 9 a 10 anos: 0,40 a 0,76 mg/dL  
Adolescente de 11 a 12 anos: 0,55 a 0,82 mg/dL  
Adolescente de 13 a 15 anos: 0,59 a 0,90 mg/dL

Liberado por: CAROLINE THALITA

### Estimativa do Ritmo de Filtração Glomerular (eRFG)

Resultado de eRFG Para Adulto Negro..... 95,6 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

Resultado de eRFG Para Adulto Não Negro..... 79,0 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

### Valor de Referência

Adultos (negros e não negros) maiores de 18 anos: superior a 90 mL/min/1,73m<sup>2</sup>

#### NOTA:

- Valores acima de 90mL/min/1,73m<sup>2</sup> são liberados como superior a 90mL/min/1,73m<sup>2</sup>.
- Após os 40 anos de idade, espera-se uma redução de cerca de 1mL/min do Ritmo de Filtração Glomerular (RFG) por ano.
- A estimativa do RFG não deve ser utilizada em indivíduos hospitalizados com concentrações de creatinina instáveis, principalmente pacientes com Insuficiência Renal Aguda.
- O uso da estimativa de RFG também não é recomendado em indivíduos com dietas vegetarianas ou que fazem uso de suplementos de creatina, em extremos de massa muscular (amputados, paraplegicos, desnutridos, fisiculturistas), e em gestantes.
- Fonte da Fórmula CKD-EPI: Levey, AS et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med 150:604-612,2009.

Assinado Eletronicamente por Caroline Thallita CRM 6248  
0000510100338990120180105005446803

*Thays Sanches*

Thays Sanches  
Biomédica CRM 3531

*Luciano Vasconcelos*

Luciano Vasconcelos  
Biomédico CRM 6738

*Caroline Thallita*

Caroline Thallita  
Biomédica CRM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Pedido..... 010033899

Médico..... MARCEL PITA

Origem..... HSR

Data Nasc..... 03/01/1999

Convênio..... HSR - HE

Data da Coleta..... 05/01/2019

Acomodação... A/M

## Glicose

Material biológico: Soro

Resultado..... 75 mg/dL

Método: Enzimático / automatizado

Valor de Referência

Adulto : 65 a 99 mg/dL

Liberado por: CAROLINE THALITA

## Uréia

Material biológico: Soro

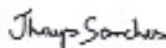
Resultado..... 27 mg/dL

Método: Enzimático / automatizado

Valor de Referência

10,0 a 40,0 mg/dL

Liberado por: CAROLINE THALITA

Assinado Eletronicamente por Caroline Thalita CRM 6248  
008851010033899P0120190105085446083Thays Sanchez  
Biomédica CRM 2031Ludiane Vasconcelos  
Biomédica CRM 6738Caroline Thalita  
Biomédica CRM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

Paciente..... ERICSSON SOARES GONCALVES DE OLIVEIRA

Pedido..... 010033899

Médico..... MARCEL PITA

Origem..... HSR

Data Nasc..... 03/01/1999

Convênio..... HSR - HE

Data da Coleta..... 05/01/2019

Acomodação... A/M

Liberado por: CAROLINE THALITA

## Coagulograma

Material biológico: Plasma Citratado

Método: Fibrometria/ automatizado, Diversos

### Valores de Referência

Tempo de Tromboplastina Parcial - TTPA... 28,8 seg

26s a 40s

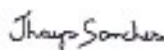
Tempo de Protombina - TP..... 13,5 seg

10 a 14s

RNI..... 1,10

Porcentagem..... 87 %

Liberado por: CAROLINE THALITA

Assinado Eletronicamente por Carolina Thalita CRM 6248  
000051010033899P0120190105095446623Thays Sanchez  
Biomédica CRM 3531Luciene Vitorino  
Biomédica CRM 6738Carolina Thalita  
Biomédica CRM 6248

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do paciente que normalmente, só o médico solicitante possui.

