



Serviço de Neurocirurgia

Instituto Dr. José Frota
Rua Barão do Rio Branco 1816
Fortaleza - Ceará

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: MARIA LUZANETE DA PAIXÃO		
Sexo: F	Internação: 23/12/2017	Alta Neurocirúrgica: 02/01/2017
Diagnóstico: TRM T12 – AOA1 (FRATURA OSTEOPORÓTICA)		
Prontuário: 5542635	ASIA E	TRATAMENTO CONSERVADOR

Evolução Clínica:

55 anos, paciente vítima de traumatismo raquimedular após solavanco de ônibus em 23/12/2017. Trazida ao IJF em GCS 15, ASIA E, com dor em região lombar. TC de coluna lombar evidenciou fratura em compressão de T12. Encaminhada a enfermaria da neurocirurgia em 31/12/2017. **Caso discutido com STAFF (Dr Márcio Parahyba), alta da neurocirurgia para acompanhamento ambulatorial. Colete de Putti alto.**

Resultado de Exames:

TC de coluna lombar (22/12/2017): fratura A1 de T12, com perda de <50% da altura vertebral.

Hoje:

Paciente evoluindo bem, sem intercorrências. ASIA E, sem disfunção esfincteriana, deambulando sem dor. Em uso de colete de Putti alto.

Orientações:

- Alta da neurocirurgia, alta hospitalar
- Retorno ambulatorial Dr. Márcio Parahyba com 30 dias
- **Manter colete de Putti de acordo com orientações**
- Avaliação com Reumatologista (fratura osteoporótica)
- 30 dias de afastamento de suas atividades laborativas.
- **Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.**
- **ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA – POSTO DE SAÚDE.**

Fortaleza, 01 de Janeiro de 2017.

Guilherme Sabóia Silveira
Residente - Neurocirurgia - IJF
CREMEO 17.102

**AVISO DE ALTA HOSPITALAR**

NOME:

M^a Luzinete da Paixão

UNIDADE:

R3

LEITO:

DATA:

22 / 12 / 17

HORA:

21 : 30

Tipo de Alta:

☒ Alta Médica☐ Alta a PedidoValer

Enf. da Unidade (Assinatura/Carimbo)



Rio de Janeiro, 23 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LUZANETE DA PAIXAO

Nº Sinistro: 3180326664

Vitima: MARIA LUZANETE DA PAIXAO

Data do Acidente: 22/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180326664**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **22/12/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13127159





Rio de Janeiro, 19 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: MARIA LUZANETE DA PAIXAO
Nº Sinistro: 3180326664
Vitima: MARIA LUZANETE DA PAIXAO
Data do Acidente: 22/12/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro 3180326664.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias**, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT **0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13112812

Nº DO CLIENTE
7727666

Para agilizá-lo seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002.
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 579216823
Rota 13 22000 11 101400 - 9 Data de Emissão 19/06/2019
Nome DARIO PRAZERES CUNHA
End. Postal RU STA HELENA 00280
ITAMBE II - CAUCAIA - 60000000
Medidor 10388717 Poste 0000 0000
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO
RG / CPF / CNPJ 218820453-00 CGF
Nome do Responsável

DATAS **INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**
Mês de Referência: Jun/2019 Data de Apresentação: 19/06/2019 Previsão Próxima Leitura: 22/07/2019
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta: 19/06/2019 EISO 19,63
Mês: 06/2019 = 4,00

ICMS			Padrão Individual			Aprovação Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
77,59	27,00%	20,94	5,19	10,38	20,77	0,21	0,00	0,00
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	3,38	6,60	13,20	1,00	0,00
0632.BBEE.F0B2.2100.1B54.6E17.1594.3106			FIC	2,54		0,21		
			DMIC					

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO							
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consumo Fís.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 19732	19631	1,00	101	0,00	101	0,76304	77,59
19/06/19	20/05/19		30 07/06		101		77,59

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	77,59
MULTA MORATORIA REF 05/2019	1,72
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,58
JUROS DO MES	0,63
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	20,81

VENCIMENTO 27/06/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 101,33

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO	HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)
Energia 23,57	
Transmissão 19,60	
Distribuição 19,60	
Encargos Setoriais 1,72	
Tributos (ICMS, PIS, COFINS) ... 20,72	
TOTAL 77,59	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg CO ₂	Compensado kg CO ₂	Consciência Ecológica (% CO ₂)
39,43	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Prezado Cliente,
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA
Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábil em atraso. Siga o detalhamento da dívida. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a entrada desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 2,78 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,64% e COFINS:2,96%
(Art. 1º da Lei nº 10.833/04 - ANEEL - Taxa - 10,000/00 - 10,000/00)

Bandeira Verde em Jun/2019, sem custo para os consumidores. Informações: www.aneel.gov.br

DEBITOS ANTERIORES

Mês/Ano	Valor R\$
05/2019	111,16
Total	111,16

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
371.825.013-68

Nome
MARIA LUZANETE DA PAIXAO

Nascimento
05/06/1962

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



DECLARAÇÃO

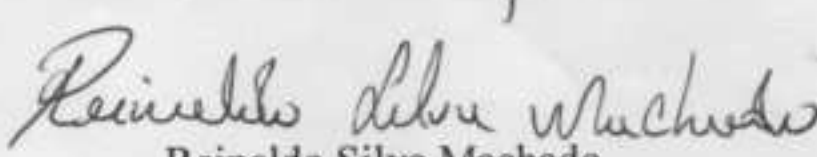
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento a Sra. **Maria Luzanete da Paixão**, no dia **22/12/2017**, às **08h13min**, na **Rua Cândido Maia** no **Bairro Antonio Bezerra**, vítima de queda dentro do ônibus.

Documento requerido por meio do Processo nº **P191791/2018**.

Fortaleza, 18 de maio de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



Dra. Mônica Araújo da Silva
Fisioterapeuta
Crefito: 222259-F

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, a Sra. Maria luzanete da Paixão, acometida por fratura de vertebrae dorsal e lombar, admitida para tratamento fisioterapêutico neste estabelecimento no dia 28/05/2018. Chegou com dores na coluna e movimentos limitados de tronco. Realizou um total de 20 (vinte) sessões. A mesma apresenta melhora do quadro clínico, liberado para suas atividades moderadamente.

Dra. Monica Araujo da Silva
Fisioterapeuta

CREFITO: 222259-F

Mônica Araújo da Silva

Dra: Mônica Araújo da Silva
Fisioterapeuta
CREFITO: 222259-F

Caucaia, 13 de Julho de 2018



FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: ITambé Fones: _____

Nome do Paciente: Maria Luzinete da Silva RG: _____

Nome da Mãe: Maria José Rodrigues da Silva Responsável: _____

Sexo: M ☐ F ☒ Data de Nascimento: 05/06/62 Ocupação: _____

Endereço: Rua Santa Helena 280

Bairro: ITambé Fones: (85) 93994 0074 CEP: _____

Motivo do Encaminhamento: Mulher, 57 anos, com dores lombares devido à fratura em corpo vertebral prévia. Solicito 20 sessões de fisioterapia motora.

Resultado de Exame(s): _____

Conduta Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Profissional Solicitante: Leandro Igor CPF: 600 396 573 88 CRM/CRO: 18122

06/11/19 08:40

Assinatura do(a) Auditor(a)

Carimbo Auditor(a)

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para o atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____:____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exame(s) _____

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 coincidiu com o diagnóstico? sim ☐ não ☐

1. Preencher esta ficha em 3 (três) vias;
2. Ao Terminar a consulta o tratamento, entregar (duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de origem. (*)

Unidade de Origem: _____ Fones: _____

Nome do Paciente: MARIA NEWBORN P. SILVA RG: _____

Nome da Mãe: _____ Responsável: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Fones: _____ CEP: _____

Motivo do Encaminhamento:

Resultado de Exame(s):

Conduta Realizada:

Impressão Diagnóstica: *Dr. Julio Cesar Almeida*

Profissional Solicitante: CRANDE/5674 TEO: 7.207 CPF: _____ CRM/CRO: _____

Assinatura do(a) Auditor(a)

Carimbo Auditor(a)

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para o atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnostico ☐

Procedimento: 18 Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____ / ____ / ____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência:

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico:

Resultado de Exame(s)	
-----------------------	--

Diagnóstico: Principal: _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento:

O Problema Justificou a Referência? sim ☐ não ☐ O motivo da referencia coincidiu com o diagnostico? sim ☐ não ☐



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria de Saúde

1. Preencher esta ficha em 3 (três) vias;
2. Ao Terminar a consulta o tratamento, entregar (duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a unidade de origem. (*)

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Fones: _____

Nome do Paciente: Maria Fátima da Silva RG: _____

Nome da Mãe: _____ Responsável: _____

Sexo: M ☐ F ☐ Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Fones: _____ CEP: _____

Motivo do Encaminhamento: Articulação 1º/2º de 15

Resultado de Exame(s): _____

Conduta Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: Dr. Paulo Sérgio de Rocha

Profissional Solicitante: Ortopedia e Acupuntura CPF: _____ CRM/CRO: 27.2.7

Assinatura do(a) Auditor(a)

Carimbo Auditor(a)

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para o atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Articulação 1º/2º de 15 Profissional: _____

Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N° _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exame(s): _____

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 coincidiu com o diagnóstico? sim ☐ não ☐







Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

RECEITUÁRIO

NOME: MARIA LUZANETE DA PAIXÃO	
USO ORAL	
1) NIMESULIDA 100MG	01 CAIXA
TOMAR 01CP 12/12H SE DOR	

DATA: 02/01/2017


Guilherme Sabóia Silveira
Pneumologista - Nucleo de Urgência - URF
CRM 11412

Assinatura e Carimbo do Médico

RUA BARÃO DO RIO BRANCO 1816 – CENTRO – FORTALEZA – CEARÁ – CEP 60025-061

TELEFONE: 32555000

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
Nome:	TOP SAÚDE - CLÍNICA MÉDICA
CRM:	UF: CE
Endereço:	AV. EDSON DA MOTA CORREA, 714
	CENTRO
Cidade:	CAUCAIA
	UF: CE
Telefone(s):	(85) 3011.0158

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drográria
2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. Wendel Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 14753/TEOT: 16025

Carimbo ou Assinatura do Médico

Paciente: Maria Elizabeth da Paixão
Endereço: Rua da Filosofia nº 89 Humberto II
Prescrição: oro aud

1) Rho 30mg — 1cx.
Tomar 1 sup ao 8h e 14h
da manhã

Data: 03/05/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome:	<u>Jose Eduardo</u>
Identidade:	<u>112671</u> Orgão Emissor:
Endereço:	
Cidade:	UF:
Telefone(s):	<u>979350508</u>

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
<u>Caracolho</u>	
Assinatura do Farmacêutico	<u> / / </u> Data



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

RECEITUÁRIO

NOME: MARIA LUZANETE DA PAIXÃO	
SOLICITO AVALIAÇÃO COM REUMATOLOGISTA.	
MOTIVO: FRATURA OSTEOPORÓTICA.	

DATA: 02/01/2017


Mariana Sabóia Silveira
Residência - Neurocirurgia - LRF
CRM 17.102

Assinatura e Carimbo do Médico

RUA BARÃO DO RIO BRANCO 1816 – CENTRO – FORTALEZA – CEARÁ – CEP 60025-061

TELEFONE: 32555000

RECEITUÁRIO

 Nome: Maria Luzinete
Consultas:

 Clínica Obstétrica
 Clínica Médica
 Clínica Pediátrica
 Cirurgia Geral
 Consulta Pré-Natal
 Oftalmologista
 Laboratório
 Ultra-Sonografia

 Cardiologia
 Clínica Médica
 Dermatologia
 Endocrinologia
 Geriatria
 Ginecologia
 Mastologia
 Neurologia
 Nutrição
 Oftalmologia
 Ortopedia/
 Traumatologia
 Otorrinolaringologia
 Médico do Trabalho
 Pediatria
 Psicologia
 Urologia

1) Tansilax cp - 1cx
1) Tansilax cp - 1cx
1) Tansilax cp - 1cx
1) Tansilax cp - 1cx



 Dr. Wendel Alcântara Mendes
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC: 14753/UFCE
 OAB: 16025

 Data: 03/05/18
 CEPS - Mod 026 100x1

CREMEC

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

Nome: TOP SAÚDE - CLÍNICA MÉDICACRM: _____ UF: CEEndereço: AV. EDSON DA MOTA CORREA, 714CENTROCidade: CAUCAIA UF: CETelefone(s): (85) 3011.0158

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drograria

2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. Wendel Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
RBMEL: 14753/TEOT: 16025

Carimbo ou Assinatura do Médico

Paciente: M^{te} A. Almeida da SilvaEndereço: Rua São Helena 180 I Lameira II, Caucaia.Prescrição: 1) Pac 30mg - 1 ex
Tomar 01 cp a 8h de cada 8hData: 09 / 08 / 18

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: M^{te} A. Almeida da SilvaIdentidade: 300019 Órgão Emissor: SSPEndereço: R. St. HelenaCidade: Caucaia UF: CETelefone(s): 989940074

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

**RECEITUÁRIO**

Paciente: Moris Luzinete de Paixão
BE / Prontuário: _____

① Dipirona 1g ——— 02cx5
uso: 02cx de 6/6h

Dr. Caio Sander A. Portela Junior
Neurocirurgia Funcional e Medicina da Dor
CRM-CE 12131 - RQE 7668

Data: 22/12/17

Ass. / Carimbo do Médico

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE	
Paciente: <u>Maria Luizete da Paixão</u>			
Endereço: <u>Rua São João, 199, Curitiba</u>			
Prescrição: <u>① Tramadol 50mg ——— oxcys</u> <u>uso: oxcyp de 8/8h se dor</u>			
Data: <u>25/12/17</u>		Carimbo e Assinatura do Médico  Dr. Caio Sander A. Pimenta Junior Neurologia Clínica e Medicina da Dor CRM-CE 12131-RQE 1668	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR	
Nome:		Data: <u> / / </u>	
Nº Ident.:	UF:	Fornecedor:	
Endereço:			
Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:	Carimbo e Assinatura	



Prefeitura de
CAUCAIA
Secretaria Municipal de Saúde

U.B.S. FOS FERREIRA



RECEITUÁRIO COMUM

Nome:

MARIA LUCIANA DA PAIXÃO

402-3061-4406-6518

USO OML

100 HINOCURO TIAENAS

Tomar 01 q AS 7h

30/05

30-30-30

200 PROPRANOLOL 40

Tomar 01 q AS 10h

30/05

30-30-30

300 LOSARTAN 50

Tomar 1 q AS 7h e 19h

F

60-60-60

100 BUPROFENO 600

Tomar 1 q AS 8h

30/05

150

800 AS 50ms

Z

Caucaia 30 MAIO 2019

Dr. Gervasio M. Góes
Médico
CREMEC 17505

Assinatura e Carimbo

RECEITUÁRIO

Nome: Dr. Luciano de Almeida BE/Prontuário: _____

Dr. Prof. 100% 100%
16-12-2011

Dr. Luciano de Almeida
16-12-2011

Data: 31/12/12

Dr. Natanael Charles M. Cr.
Médico/Emergência/IJF
CRM 2920

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



RECEITUÁRIO

Paciente: MARIA LUISINHA DE ALMEIDA

BE / Prontuário: _____

COLATO DE PULI ALTO

FIMURA DE TIL.


João Paulo de V. Mattos
Neurocirurgião
CRM 9177 CPF 475.135.183-87

Data: ____/____/____

Ass./Carimbo do Médico



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 09/05/2018 17:28:8

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 22/12/2017 09:04:51	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 702306147066518	NOME: MARIA LUZANETE DA PAIXAO			Registro: 5542635	
CPF: 37182501368	RG:	D. NASC: 05/06/1962	ESTADO CIVIL:	SEXO: F	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA JOSE DA PAIXAO			NOME DO PAI: SEM INFORMAÇÃO		
TIPO DE LOGRADOURO: Travessa	ENDEREÇO DO PACIENTE: NOSSA SENHORA DOS PRAZERES		Nº: 640	BAIRRO: ACUDE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986803196, 85.986659538	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE	CEP: 61805090	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: SAMU USI 91 CONDT FIUZA		PARENTESCO:		TELEFONE: 986803196	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Outros acidentes e violências, Fatos ou eventos não especificados, intenção não determinada					
QUEIXAS: trauma lombar por movimento brusco de onibus, ecg15-trazida pelo samu					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
VIÇO DE PROTOCOLO - FINE RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA: 09/05/18 MATRICULA: 10-888-1 SERVIDOR(A):					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 20000015013970 DATA DE EMISSÃO 31/3/2000

NOME MARIA LUZANETE DA PAIXAO

FILIAÇÃO NC E MARIA JOSE DA PAIXAO

NATURALIDADE ITAPIPOCA-CE DATA DE NASCIMENTO 5/6/1962

DOC ORIGEM CERT. NASC. 3908 L A. 69 F

112U ITAPIPOCA/CEARA

CPF ID. ANT 79788407

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83





RECEITUÁRIO

Paciente:

BE / Prontuário:

Maria Luzinete da Paixão

As ambulatório do IJF
de Neurocirurgia.

Solicito de acompanhamento
com Neurocirurgião devido
fratura de corpo vertebral
de T12.

Dr. Caio Sander A. Portella Júnior
Neurocirurgião Geral e Medicina do Sono
CRM-CE 12111 - RQE 7668

Data:

22/12/17

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).

► Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil.
(85) 3255-5000.

RECEITUÁRIO

Nome: Monica Luzinete Paixão BE/Prontuário: _____

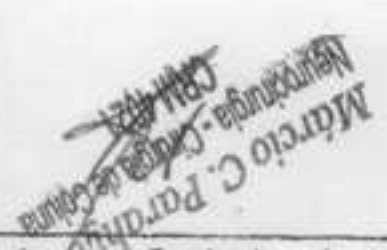
Morador RX no 6º
Andar, enfermagem 20

Dr. Guilherme

Dr. Gustavo

Fev 26/02/18

Data: ____/____/____


Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



Av. : Edson da Mota Correa, 714 Centro
Caucaia - Fone: (85) 3011.0158
C.N.P.J: 24.435.941/0001-16

Nome: M^a Luzinete da Paixão

Idade: _____ Sexo: _____

Dados Clínicos _____

Trauma em coluna + febre

EXAMES SOLICITADOS

- | | |
|--|---|
| ☒ Hemograma Completo | ☐ Ác. Úrico |
| ☐ COAG . Completo | ☐ Colesterol Total |
| ☐ T. Coag. e T. Sangria | ☐ LDL |
| ☐ Plaquetas | ☐ HDL |
| ☒ V.H.S | ☐ Triglicerídeos |
| ☐ Abo / Rh | ☐ B.H.C.G. |
| ☐ Du | ☐ Latéx |
| ☐ T. Coombs Indireto | ☐ Amilase |
| ☐ V.D.R.L. | ☐ Sumário de Urina |
| ☒ Uréia | ☐ P. de Fezes |
| ☐ Glicose em Jejum | ☐ Anti - HIV |
| ☐ Glicose P.P. | ☐ HBS AG |
| ☒ P.C.R. | ☐ Anti - HCV |
| ☒ Crestinina | ☐ Rubeola IgG e IgM |
| ☐ Proteínas Totais e Frações | ☐ Toxoplasmose IgG e IgM |
| ☐ Leucograma | ☐ Citomegalovirose IgG e IgM |
| ☐ Eritrograma | ☒ T S H |
| ☒ T.G.O e T.G.P | ☒ T3 T4 Livre |
| ☐ Bilirrubina | ☐ F S H |
| ☐ Fosfatase. Alcalina | ☐ L H |
| | ☐ Estradiol |
| | ☐ Prolactina |

Data: 09 / 08 / 18

Dr. _____

CREMEC

Dr. Wandel Alcântara Mendes
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 14753/TEOT: 16025



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Mr. huganelli da Paixão</u>		Nº AIH/RAE: <u>5542635</u>	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade: <u>05.06.62</u>	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
<u>trauma de coluna</u>			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio ☐ Tórax __AP/P ☐ Punho __AP/P ☐ Escanometria dos MMII <u>Coluna</u>	☐ Face ☐ Ombro __AP/P ☐ Mão __AP/OBL ☐ Perna __AP/P ☐	☐ Coluna Cervical __AP/P ☐ Braço __AP/P ☐ Bacia AP ☐ Joelho __AP/P ☐	☐ Clavícula __AP ☐ Antebraço __AP/P ☐ Quadril AP/AXIAL ☐ Tornozelo __AP/P ☐ ☒ Coluna Dorsal AP/P ☐ Cotovelo __AP/P ☐ Fêmur __AP/P ☐ Pé __AP/OBL ☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma ☐ Cloro ☐ PTTA ☐	☐ Glicemia ☐ Sódio ☐ Lipase ☐	☐ Uréia ☐ Plaquetas ☐ Amilase ☐	☐ Creatinina ☐ Cálcio ☐ Colinesterase ☐ ☐ Potássio ☐ TAP ☐ Sumário de Urina ☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax ☐ MSD ☐ MSE	☐ MID ☐ MIE <u>Ref Rec</u>
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data <u>22/12/17</u> Hora <u>10 27</u> Ass. Recep. <u>[Assinatura]</u>	
		Data / /	Hora: h minutos

Diego Germano Maia
Médico Reumatologista
CREMEEC 11995 - RQE 6601



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Ms Luzinete da Paixão</u>		Nº AIH/RAE: <u>5542635</u>	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade: <u>05.06.62</u>	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
<u>trauma de coluna</u>			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio ☐ Tórax AP/P ☐ Punho AP/P ☐ Escanometria dos MMII ☒ <u>Coluna</u>	☐ Face ☐ Ombro AP/P ☐ Mão AP/OBL ☐ Perna AP/P	☐ Coluna Cervical AP/P ☐ Braço AP/P ☐ Bacia AP ☐ Joelho AP/P	☐ Clavícula AP ☐ Antebraço AP/P ☐ Quadril AP/AXIAL ☐ Tornozelo AP/P ☒ Coluna Dorsal AP/P ☐ Cotovelo AP/P ☐ Fêmur AP/P ☐ Pé AP/OBL
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma ☐ Cloro ☐ PTTA	☐ Glicemia ☐ Sódio ☐ Lipase	☐ Uréia ☐ Plaquetas ☐ Amilase	☐ Creatinina ☐ Cálcio ☐ Colinesterase ☐ Potássio ☐ TAP ☐ Sumário de Urina
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax ☐ MSD ☐ MSE	☐ MID ☐ MIE ☐ <u>Regi</u>
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data <u>22/12/17</u> Hora <u>10 27</u> Recep. <u>[assinatura]</u>	
Diego Germano Maia Médico Reumatologista CREMEC 11995 - RQE 5601		Data <u>22/12/17</u> Hora <u>10 27</u> Recep. <u>[assinatura]</u>	



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Maria Luzinete da Paixão</u>		Nº AIH/RAE: <u>5542635</u>	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
<u>Rx de fêmur de L1</u>			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio ☐ Tórax AP/P ☐ Punho AP/P ☐ Escanometria dos MMII ☒ <u>Rx coluna lombar</u>	☐ Face ☐ Ombro AP/P ☐ Mão AP/OBL ☐ Perna AP/P	☐ Coluna Cervical AP/P ☐ Braço AP/P ☐ Bacia AP ☐ Joelho AP/P ☒ <u>Art. de L1</u>	☐ Clavícula AP ☐ Antebraço AP/P ☐ Quadril AP/AXIAL ☐ Tornozelo AP/P ☐ Coluna Dorsal AP/P ☐ Cotovelo AP/P ☐ Fêmur AP/P ☐ Pé AP/OBL
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma ☐ Cloro ☐ PTTA	☐ Glicemia ☐ Sódio ☐ Lipase	☐ Uréia ☐ Plaquetas ☐ Amilase	☐ Creatinina ☐ Cálcio ☐ Colinesterase ☐ Potássio ☐ TAP ☐ Sumário de Urina
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax ☐ MSD ☐ MSE	☐ MID ☐ MIE
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data <u>26/02/18</u> Hora <u>11</u> Recep. <u>[assinatura]</u>	
Marcio C. Parreira CRM 4024 Neurocirurgia - Cirurgia de Coluna		Data <u>26/02/18</u> Hora <u>11</u> Recep. <u>[assinatura]</u>	



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

MARIA LUZANETE DA PAIXÃO, brasileira, solteira, desempregada, inscrita no RG sob o nº 2000015013970, inscrita no CPF sob o nº 371.825.013-68, residente e domiciliada na Rua Santa Helena, nº 280, Bairro Itambé II, Caucaia-CE, CEP 61.602-700.

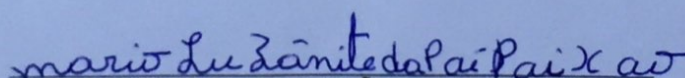
OUTORGADO:

PAULO RICARDO GOMES DA ROCHA, brasileiro, divorciado, advogado, inscrito na OAB-CE sob o nº 31.620, sediado na Rua Coronel Linhares nº 777 / 501, Bairro Aldeota, Fortaleza/CE, CEP: 60.170-240, e Rua Juaci Sampaio Pontes nº 1920, Bairro Centro, Caucaia/CE, CEP 61.600-150, email prgrocha@hotmail.com, fones (85) 3011-5594, 9.8899-4113 e 9.9934-4048, onde deverá receber todas as citações, intimações, notificações e movimentações processuais.

PODERES:

Pelo presente instrumento de procuração por mim infra-assinado, constituo meu bastante procurador, o advogado outorgado acima qualificado, ao qual concedo os mais amplos poderes para o foro em geral com a cláusula ad judicium et extra, podendo nesta ou em outra comarca, em qualquer Juízo ou Tribunal, onde se tornar necessário e com essa se apresentar, atuar em todas as causas judiciais e administrativas por mais especiais que sejam, defendendo-me nas em que figure como autor ou réu, oponente ou assistente, razão porque lhe concedo todos os poderes necessários e permitidos em direito para em meu nome requerer em juízo ou fora dele, tudo quanto for em meu benefício, receber intimação, assinar termo de compromisso, assinar primeiras e últimas declarações, assinar partilha, alegar, defender todos os meus direitos em quaisquer causas ou demandas a que tenha de comparecer, fazendo citar, oferecer ações, contrariar, produzir provas, dar e receber valores e quitações, recorrer, transigir, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais e órgão da administração pública direta e indireta, inclusive renunciar aos valores que excederem ao teto dos Juizados Especiais Federais (60 salários mínimos), praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas e, finalmente, tudo mais praticar, requerer e assinar o que for permitido em lei, podendo atuar em conjunto ou separadamente, tudo para o fiel cumprimento deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes, o que tudo darei por firme e valioso e em especial para pleitear indenização do Seguro DPVAT

Caucaia/CE, 18 de Janeiro 2020.


MARIA LUZANETE DA PAIXÃO - CPF nº 371.825.013-68



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MARIA LUZANETE DA PAIXÃO, brasileira, solteira, desempregada, inscrita no RG sob o nº 2000015013970, inscrita no CPF sob o nº 371.825.013-68, residente e domiciliada na Rua Santa Helena, nº 280, Bairro Itambé II, Caucaia-CE, CEP 61.602-700, declaro que, em função de minha condição financeira, não tenho condição de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art 5º, LXXIV, da Constituição Federal e da Lei nº 1.060/50.

Caucaia/CE, 18 de Janeiro de 2020.

Maria Luzanete da Paixão

MARIA LUZANETE DA PAIXÃO
CPF nº 371.825.013-68