

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA, brasileiro, casado, agricultor, com Registro Geral nº2003019100499, SSP/CE, inscrita no CPF sob o número 015.790.873-96, residente e domiciliado no Sítio Urubu Custódio, Distrito Custódio, Quixadá-CE, CEP: 63.900.000..

OUTORGADO: FABIULA MAIA RODRIGUES MESQUITA, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/(CE), sob o número nº. 31.200, cadastrada no CPF sob o número 984.444.923-53, residente e domiciliado na cidade de Quixadá-CE, com escritório na Avenida Jesus Maria José, nº2365, Jardim dos Monólitos, Quixadá-CE.

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, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Quixadá, 08 de janeiro de 2019.

*Andrerlandio Cavalcante de Sousa

OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO





Andrerlandio Cavalcante de Sousa

ASSINATURA TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

2003019100499

DATA DE EMISSÃO 8/1

NOME ANDRERLANDIO CAVALCANTE DA

JOSE MARIA ANDRE DE SOUSA E ANTONIA LEUDA CAVALCANTE DE SOUSA

NATURALIDADE QUIXADA-CE

CERT. NASC. 2814 L A. 05 F

4/9/1984

RES. CUSTODIO/QUIXADA/CE

Andrerlandio Cavalcante de Sousa

LEI Nº 7.116 DE 28/08/83

Sousa

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPE

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

015 790 373 98

ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA


nento

09/1984

Cartão de uso pessoal e intransferível

Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão

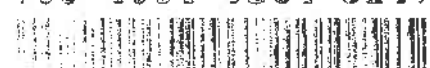



Sistema Único de Saúde

ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Data de Nascimento 04/09/1984 Sexo M


700 4084 0364 8147



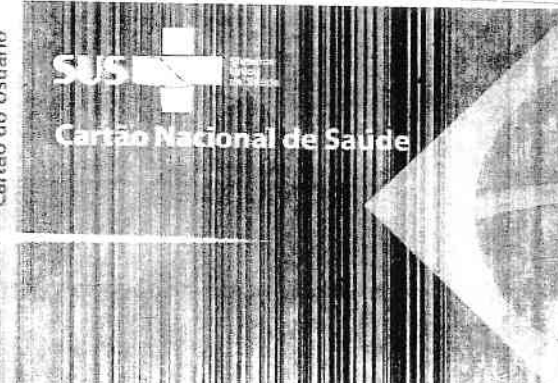


Cartão do Usuário

SUS



Cartão Nacional de Saúde



Nº DO CLIENTE
7151065-6
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vildavino, 150
CEP 60136-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047287/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 523389238
Data de Emissão 02/05/2018

Rota 22 28005 02 156000 - 7
Nome FRANCISCA RODRIGUES DE ABREU
End. Postal ST URUBU CUSTODIO 00000
DISTRITO CUSTODIO - QUIXADA - 63900000
Medidor 7918271
Classe 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 058767103-34
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência: Mai/2018
Data da Apresentação: 02/05/2018
Provisão Próxima Leitura: 04/06/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto: QUINADA
Mês: Mar 2018
ELSC: 99,36
DICEI: 0,00 P

ICMS
Base de Cálculo (R\$): ISENTO
Alíquota: 0,00
Valor do Imposto: 0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
2481.8214.6629.8338.7056.5283.0340.5034

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
24972	24797	175	0,00	175	0,35150	61,52
02/05/18	02/04/18	30 DIAS		175		61,52

VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES: 61,52
MULTA MORATORIA REF 02/2018: 1,17
DEV. PGTO DUPLICIDADE: -67,69
DOACAO MATERNIDADE QUIXADA - TEL 88 3412 0681: 5,00
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,12)

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**, brasileiro, união estável, agricultor, com Registro Geral nº 2003019100499, inscrito no CPF sob o número 015.790.873-96, residente e domiciliado no Sítio Urubú, Distrito de Custódio, Quixadá-CE, CEP: 63.900.000, **DECLARO**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tenho condições de arcar com as despesas inerentes ao presente processo, sem prejuízo do meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da **Gratuidade da Justiça**, nos termos do art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil). Requeiro, ainda, que o benefício abranja a todos os atos do processo.

Quixadá, 05 de outubro de 2018.

Andrerlandio Cavalcante de Sousa

OUTORGANTE



Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Nº Sinistro: 3180486340

Vitima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Data do Acidente: 19/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIULA MAIA RODRIGUES

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180486340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13506496

Pag. 01267/01268 - carta_03 - INVALIDEZ





Rio de Janeiro, 23 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**
 Nº Sinistro: **3180486340**
 Vitima: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**
 Data do Acidente: **19/02/2018**
 Cobertura: **INVALIDEZ**
 Procurador: **FABIULA MAIA RODRIGUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180486340**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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 13506496





Rio de Janeiro, 03 de Dezembro de 2018

Aos Cuidados de: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Sinistro: **3180486340**
 Vítima: **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**
 Data do Acidente: **19/02/2018**
 Cobertura: **INVALIDEZ**
 Procurador: **FABIULA MAIA RODRIGUES**

Assunto: **INTERRUPÇÃO DE PRAZO**

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3180486340** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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 13661555



Posição em 05-12-2018 10:24:22

Seu pedido de indenização está em fase de realização de perícia médica. É importante que você compareça no endereço abaixo, no dia e horário agendados, levando um documento de identificação original com foto. Fique atento: o não comparecimento à perícia gera pendência, atrasando a conclusão do seu processo.

DADOS DA PERÍCIA

Data do agendamento: 10/12/2018

Tipo de local: Clínica

Nome do local: Consultório Médico (09:00)

ENDEREÇO

Logradouro: Av Rui Barbosa

Número: 1539

Complemento:

Bairro: Centro

Município: Fortaleza

UF: CE

Telefone: (51) 3028-3286

Celular: ()

Seneca

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2018

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180486340

Vítima: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Data do Acidente: 19/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: FABIULA MAIA RODRIGUES

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Fabiula M. Rodrigues Mesquita inscrito (a) no CPF/CNPJ 984.444.923 / 53 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário André Lândio Cavalcanti de Sousa inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.790.873 / 96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Permanente da Vítima André Lândio Cavalcanti de Sousa, inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.790.873 / 96, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios: _____

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Professor João Llozomda</u>		Número <u>45</u>	Complemento
Bairro <u>Bauvira</u>	Cidade <u>Quixadá</u>	Estado <u>CE</u>	CEP <u>63900.000</u>
Email <u>fabiulamaia10@gmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(85)99620-4800</u>

Quixadá, 11 de Outubro de 2018
Local e Data

Fabiula M. R. Mesquita
Assinatura do Declarante

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim

Registro N. **748564 / 2018**

Digitacao: 20/06/2018 (MEYRE.SILVA)
Livro: 62 Pagina:220

Enviar para DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

EXAME SEGURO DPVAT

Em 16 de maio de 2018, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

PAULO RICARDO LOPES SILVA

Cremec N. 10.805

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

ANDRELANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

a fim de ser atendida a requisição de nº 685 / 2018, emitida pelo (a) DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:50h de 16/05/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando refere que caiu de moto em Quixadá, às 17:20hs do dia 19/02/2018.

Relata que fraturou ossos da região frontal, que foi acometido com úlcera de córnea e que necessitou de transplante de córnea.

Porta os seguintes documentos:

- Ficha de atendimento da UPA 24H de Quixadá, o qual faz referência a acidente de moto.
- TC de crânio de 23/04/2018 com alterações cranioencefálicas assinada pelo Dr. Jorge Luis, CRM-9881.
- Atestado médico de 90 (noventa) dias datado de 23/04/2018, com CID: Z94.7 e H16.0, assinado pelo Dr. Alexandre Teles, CRM-6894.

Não recebeu alta médica definitiva.

Ao exame:

- Região frontal do crânio apresentando leve afundamento;
- Fenda palpebral direita levemente reduzida.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Resposta após alta médica definitiva portando relatórios dos médicos assistentes.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

PAULO RICARDO LOPES SILVA
Cremec N. 10.805

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

20/6/2018 17:28

1 de 1

ASSINADO DIGITALMENTE POR PAULO RICARDO LOPES SILVA:04180443414

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpvat.pefoce.ce.gov.br e informe o código ca3a7027069f7d3

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIULA MAIA RODRIGUES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/02/2019 às 16:44, sob o número 01093103220198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0109310-32.2019.8.06.0001 e código 43ED0EF.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOEL DE SOUSA BRITO	
DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF 91004017856 SSP CE	DATA NASCIMENTO 10/05/1967
C.F.P. 484.778.343-34	FRACÇÃO DANIEL LUIZ DE BRITO MARIA CELESTE BRITO DE SOUSA
PERMISSÃO <input type="checkbox"/>	ACC <input type="checkbox"/>
Nº REGISTRO 06725369944	VALIDADE 30/06/2021
1ª HABILITAÇÃO 13/10/2016	CATHAR <input type="checkbox"/>
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Joel de Sousa Brito</i>	
LOCAL QUIXADA, CE	DATA EMISSÃO 25/10/2017
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Isidoro Vasconcelos Ponte</i>	40651326511 CE161893147
CEARÁ	

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-06



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

015.790.873-96

Nome completo da vítima

Andrielondio Cavalcante de Sousa

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Andrielondio Cavalcante de Sousa		CPF titular da conta 015.790.873-96		Profissão	
Endereço Sítio Urubú Custódio		Número SN		Complemento	
Bairro Distrito Custódio	Cidade Quixadá	Estado CE	CEP 63.900.000		
Email			Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☒ RECUSO INFORMAR
 ☐ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☒ ITAÚ (341)
 ☐ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO.

7862

D/V

CONTA

NRO.

12650

D/V

0

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO.

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Quixadá, 11 de outubro de 2018

Local e Data

Andrielondio Cavalcante de Sousa

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

RECEBEMOS
16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros E
CNPJ 21.487.736/0001-11

Maria Geacineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06

16 OUT 2018

RECEBEMOS



036556

DEZ/2017

MOTOR: KC16E7D480641

CNPJ 09.242.608/0001-04

SEGURADORA LIDER - DPVAT

COTA UNICA		PARCELADO	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FMS (R\$)		DENATRA (R\$)	
COTA UNICA		PARCELADO	
CUSTO DO BILHETE (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)	
FMS (R\$)		DENATRA (R\$)	

PRÊMIO TARIFARIO

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

PLACA

DATA EMISSÃO

EXERCÍCIO

2018

22/03/2018

01

48477834334

CPF / CNPJ

RENAVAL

544048245

ANO FAB

2013

CAT. TIRE

9C2KC1670DR480641

Nº CHASSI

HONDA/CG 150 FAN ESI

MARKA / MODELO

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joel de Sousa Brito,
 RG nº 91004017866, data de expedição 11 / 12 / 1991
 Órgão SSP/CE, portador do CPF nº 484.778.343-34, com
 domicílio na cidade de Quixadá, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Algodões, Distrito Domício Carneiro, nº S/N,
 complemento Zona Rural, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima André Lômadio C. de Sousa, cujo o condutor era
Joel de Sousa Brito.

Veículo: Honda/CG 150
 Modelo: Honda/CG 150 FAN ESI.
 Ano: 2013/2013
 Placa: DRZ 1423/CE
 Chassi: 9C2KC1670DR480641.
 Data do Acidente: 19/02/2018
 Local e Data: Quixadá, 11 de outubro 2018.

Joel de Sousa Brito
 Assinatura do Declarante

Joel de Sousa Brito

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Reconhecimento a(s) firma(s) por autenticidade de
JOEL DE SOUSA
BRITO
 Dou fé, QUIXADÁ, CE, 11 OUT 2018
 Em test. [Assinatura] da verdade.
☐ Maria Tereza dos Arruda Bezerra - Titular
☐ Mayra Schmitz Gonçalves - Substituto
☒ Wagner Lima Borges - Substituto
☐ Imael Silva Almeida - Esc. Autorizado

RECEBEMOS
 16 OUT 2018
 Maria Cecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros
 CNPJ 21.487.736/0001-00



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**
Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social

Perícia Forense do Estado do Ceará - PEFOCE
Coordenadoria de Medicina Legal - COMEL
Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim

Registro N. **748564 / 2018**

Digitacao: 20/06/2018 (MEYRE.SILVA)
Livro: 62 Pagina:220

Enviar para DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

EXAME SEGURO DPVAT

Em 16 de maio de 2018, nesta cidade de Quixeramobim, e nas dependências do Núcleo de Perícias Médicas e Odontológicas de Quixeramobim, por Dr. Francisco Hugo Leandro foi designado o perito:

PAULO RICARDO LOPES SILVA

Cremec N. 10.805

Para proceder a exame de corpo de delito (SEGURO DPVAT) em

ANDRELANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

a fim de ser atendida a requisição de nº 685 / 2018, emitida pelo (a) DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrar, descobrir e observar, e em responder aos quesitos formulados:

Em consequência, às 09:50h de 16/05/2018 passou o perito a fazer o exame ordenado e as investigações que julgou necessárias, findo os quais declara:

Periciando refere que caiu de moto em Quixadá, às 17:20hs do dia 19/02/2018.

Relata que fraturou ossos da região frontal, que foi acometido com úlcera de córnea e que necessitou de transplante de córnea.

Porta os seguintes documentos:

- Ficha de atendimento da UPA 24H de Quixadá, o qual faz referência a acidente de moto.
- TC de crânio de 23/04/2018 com alterações cranioencefálicas assinada pelo Dr. Jorge Luis, CRM-9881.
- Atestado médico de 90 (noventa) dias datado de 23/04/2018, com CID: Z94.7 e H16.0, assinado pelo Dr. Alexandre Teles, CRM-6894.

Não recebeu alta médica definitiva.

Ao exame:

- Região frontal do crânio apresentando leve afundamento;
- Fenda palpebral direita levemente reduzida.

RESPOSTA AOS QUESITOS

PRIMEIRO - Houve lesão de origem externa, com possível nexo causal e temporal, relacionada ao acidente de trânsito alegado?

Sim;

SEGUNDO: Localização e quantificação dos danos corporais permanentes, na conformidade do art. 3º ou do anexo da Lei 6194/74.

Resposta após alta médica definitiva portando relatórios dos médicos assistentes.

Nada mais havendo a registrar, encerro este laudo que, depois de lido e achado conforme, assino.

PAULO RICARDO LOPES SILVA
Cremec N. 10.805

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

20/6/2018 17:28

1 de 1

ASSINADO DIGITALMENTE POR PAULO RICARDO LOPES SILVA:04180443414

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpvat.pefoce.ce.gov.br e informe o código ca3a7027069f7d3



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOEL DE SOUSA BRITO	
DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF 91004017866 SSP CE	CPF 484.778.343-34
DATA NASCIMENTO 10/05/1967	
FRACÇÃO DANIEL LUIZ DE BRITO MARIA CELESTE BRITO DE SOUSA	
PERMISSÃO <input type="checkbox"/>	ACC <input type="checkbox"/>
CATHA <input type="checkbox"/>	1ª HABILITAÇÃO 13/10/2016
Nº REGISTRO 06725369944	VALIDADE 30/06/2021
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>Joel de Sousa Brito</i>	
LOCAL QUIXADA, CE	DATA EMISSÃO 25/10/2017
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Isidoro Vasconcelos Ponte</i>	40651326511 CE161893147

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-06

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

fls. 25

**Impresso nº 2018142580****BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2061 / 2018****Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/05/2018 08:29:09**
Data / Hora da Ocorrência: **19/02/2018 17:20:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO CUSTÓDIO**
Complemento:
Bairro:
Município: **QUIXADA/CE**
Ponto de Referência: **COLÉGIO AUDIZIO PINHEIRO**

Noticiante(s)

Nome: **ANDRELÂNDIO CAVALCANTE DE SOUSA**
Nascimento: **04/09/1984** CPF:
RG: **2003019100499** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA LEUDA CAVALCANTE DE SOUSA**
JOSÉ MARIA ANDRÉ DE SOUSA
Endereço: **SITIO CUSTÓDIO**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **QUIXADA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9253-4036**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **ORZ1423** Uf: **CE** Município: **QUIXERAMOBIM** Chassi:
9C2KC1670DR480641 Renavam: **544048245** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JOEL DE SOUSA BRITO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Que no dia e hora acima citados o noticiante sofreu um acidente automobilístico do qual foi vitimado ; Que o noticiante afirma que no momento do acidente se encontrava na garupa da motocicleta(HONDA CG 150 FAN ESI, PLACA ORZ1423, CHASSI 9C1KC1670DR480641, LICENCIADA EM NOME DE JOEL DE SOUSA BRITO, COR VERMELHA, ANO 2013/2013)e o acidente se deu quando o condutor da motocicleta retro CITADA((JOEL DE SOUSA BRITO)perdeu controle em uma curva por conta de uma outra motocicleta que vinha em sentido contrario; Que com a queda o noticiante foi levado para a UPA da cidade de Quixadá e em seguida levado para O IJF na cidade de Fortaleza por conta da gravidade dos ferimentos e que 12 dias depois foi levado ao Instituto dos cegos para uma cirurgia de córnea olho direito e que no mês de Agosto do corrente ano o noticiante foi submetido a uma cirurgia intracraniana no IJF onde ficou 45 dias internado sendo liberado em seguida para continuara recuperação em casa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA

fls. 26



Impresso nº 2018142580

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2061 / 2018

PEDRO CORREIA DA CUNHA - MAT.: 300069-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Andrélandio Cavallante de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARCUS VINICIUS AZEVEDO DAMASCENO - MAT.: 300535-1-6

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Geckneide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ 21.487.736/0001-06



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



GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 534 - 2061 / 2018

GUIA Nº **534 - 685 / 2018**

QUIXADA, 15 de Maio de 2018

Natureza do Exame: **CORPO DE DELITO**

Requisito à Perícia Forense o exame **LESAO CORPORAL** da pessoa abaixo qualificada:

Nome: **ANDRELÂNDIO CAVALCANTE DE SOUSA**

Nacionalidade: **BRASIL**

Naturalidade: **QUIXADA/CE**

Data de Nascimento: **04/09/1984**

Estado Civil: **AMIGADO(A)**

Grau de Instrução: **1o. GRAU INCOMPLETO**

Profissão: **AGRICULTOR**

Filiação: **JOSÉ MARIA ANDRÉ DE SOUSA**

ANTONIA LEUDA CAVALCANTE DE SOUSA

Documento de Identificação: **RG**

Número: **2003019100499**

Órgão Emissor: **SSPDS**

UF: **CE**

Residência: **SITIO CUSTÓDIO, ZONA RURAL - QUIXADA/CE**

Local da Ocorrência: **SIT CUSTÓDIO - QUIXADA/CE**

Data e Hora da Ocorrência: **19/02/2018 17:20**

Observação: **GUIA PARA DPVAT**

Laudo para: **DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA**

PERÍCIA FORENSE DO CEARÁ
Núcleo Sertão Central - Quixeramocim
Reg. **640/18** Servidor: **Daniel**
Data: **16/05/18** Hora: **09:44**

DELEGADO(A) **ERIVAN JUNIO ALVES CRUZ - 198871-1-1**

TERMO DE RECEBIMENTO DE GUIA POLICIAL À PERÍCIA FORENSE

Declaro que recebi da DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA a Guia de número 685 / 2018 do município de QUIXADA.

Em ____/____/____.

Nome/Assinatura

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Geceineide F. Nobre
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.487.736/0001-00



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA
Data de Nascimento: 04/09/1984
Motivo da Internação: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Prontuário: 5550966
Data da Internação: 25/06/2018

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: 22 LEITO: 2203 Internação Unidade: 25/06/2018

Diagnóstico Principal: AFUNDAMENTO CRANIANO
Diagnósticos Secundários: FÍSTULA RINOLIQUÓRICA

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DO AFUNDAMENTO CRANIANO E DA FÍSTULA LIQUÓRICA

Resumo de Alta / Transferência:

Paciente, 33 anos, vítima de TCE após acidente há aproximadamente 4 meses, optado por tratamento conservador na época. Retornou ao IJF com queixa de rinorréia constante e transparente. Foi reinternado no dia 25/06/18. Tentativa de DLE sem sucesso no dia 09/07/18. Colocado tampão nasal anterior e posterior pela otorrino no dia 19/07/18. Realizado tratamento cirúrgico para correção da fístula liquórica e do afundamento craniano no dia 01/08/18 pelo Dr. Flávio Leitão Filho, sem intercorrências. Evoluiu bem com exame de imagem de controle pós-operatório satisfatório. Ao exame físico: GCS 15, PIFR, MOE preservado e sem déficits motores apendiculares. FO em bom aspeco e sem sinais flogísticos, sem sinais de fístula liquórica. Discutido caso com STAFF (Dr. Carlos Vinícius) que orientou alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.

Comorbidades apresentadas: _____

Transferência:

☐ UTI _____ ☐ Unidade _____ ☐ CTQ ☐ Risco _____ ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial): _____

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico / CRM

RESUMO CLÍNICO SETORIAL - UNIDADE: _____ LEITO: _____ Internação Unidade: ____/____/____

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não () Sim

Cirurgia(s) realizada(s): _____

Resumo de Alta / Transferência:

Comorbidades Apresentadas: _____

Transferência:

☐ UTI _____ ☐ Unidade _____ ☐ CTQ ☐ Risco _____ ☐ Transferência Externa ☐ Óbito

Orientações de Alta (Setorial): _____

Retornar ao Ambulatório: () Não () Sim Ambulatório: _____ Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

Assinatura do Médico / CRM

FOLHA _____

RECEBEMOS
16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Coordenadora de Seguros Fireli
INP 121.487.736/0001-06

Gustavo Menezes Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270



RESUMO ALTA HOSPITALAR

UNIDADE: 22 LEITO: 2203 Internação Unidade: 25/06/2018

Diagnóstico Principal: AFUNDAMENTO CRANIANO

Diagnósticos Secundários: FÍSTULA RINOLIQUÓRICA

Procedimentos Cirúrgicos: () Não (X) Sim

Cirurgia(s) realizada(s): TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DO AFUNDAMENTO CRANIANO E DA FÍSTULA LIQUÓRICA

Resumo de Alta / Transferência:

Paciente, 33 anos, vítima de TCE após acidente há aproximadamente 4 meses, optado por tratamento conservador na época. Retornou ao IJF com queixa de rinorréia constante e transparente. Foi reinternado no dia 25/06/18. Tentativa de DLE sem sucesso no dia 09/07/18. Colocado tampão nasal anterior e posterior pela otorrino no dia 19/07/18. Realizado tratamento cirúrgico para correção da fístula liquórica e do afundamento craniano no dia 01/08/18 pelo Dr. Flávio Leitão Filho, sem intercorrências. Evoluiu bem com exame de imagem de controle pós-operatório satisfatório. Ao exame físico: GCS 15, PIFR, MOE preservado e sem déficits motores apendiculares. FO em bom aspecto e sem sinais flogísticos, sem sinais de fístula liquórica. Discutido caso com STAFF (Dr. Carlos Vinícius) que orientou alta da neurocirurgia e acompanhamento ambulatorial.

TC DE CRANIO (26/06/18): afundamento frontal D + pneumoencéfalo + pneumoventrículo.

TC de crânio (19/07/18): pneumoencéfalo frontal D + fratura afundamento frontal à D.

TC de crânio (23/07/18): área de encefalomalácia frontal bilateral + afundamento frontal D.

TC de crânio (03/08/18): controle pós-operatório satisfatório.

Comorbidades Apresentadas:

Alta Hospitalar

☒ Alta Hospitalar

☐ Óbito

Orientações de Alta Hospitalar:

- Retirar pontos de sutura no dia 13/08/2018.

- 30 dias de repouso domiciliar a partir da alta.

- Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIA.

- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA – POSTO DE SAÚDE.

- Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.

Condições de Alta: ☐ Curado ☒ Melhorado ☐ Inalterado

Retornar ao Ambulatório: () Não (X) Sim **Ambulatório:** Dr. Carlos Vinícius **Data:** NA VAGA

Data: 09/08/2018

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Mariana Cecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270

Assinatura do Médico / CRM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIULA MAIA RODRIGUES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 08/02/2019 às 16:44, sob o número 01093103220198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0109310-32.2019.8.06.0001 e código 43ED0F6.

RECEITUÁRIO

Nome: _____

LAUDO MÉDICO

Paciente ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA
 ENCONTRA-SE EM ACOMPANHAMENTO NEUROLÓGICO POR
 SEQUELAS DECORRENTES DE TCE GRAVE SOFRIDO EM
 FEVEREIRO - 2018, APRESENTANDO-SE COM FÍSTULA
 LÍQUÓRICA NASAL (QUE NECESSITA CORREÇÃO NEURO-
 CIRÚRGICA), EPILEPSIA 2ª e CONTUSÃO CRANIANA
 (ENCEFALOMALÁCIA) FRONTAL BILATERAL E ENCEFALOCELE. Paciente
 APRESENTA-SE COM EPISÓDIOS RECORRENTES DE CRISES
 TCG E DISTÚRBO COMPORTAMENTAL COM AGITACÃO
 PSICOMOTORA E AGRESSIVIDADE, ALÉM DE PREJÚÍZO
 DA MEMÓRIA IMEDIATA E RECENTE, NÃO SENDO CAPAZES
 DE EXERCÍCIO LABORAL. EM USO DE FENITOÍNA 100mg
 3x/dia, RISPERIDONA 3mg 3x/dia, AMITRIPTILINA 25mg
 3x/dia. CID 10: T90, E40, F21

Mário H. França
 Neurologia Clínica
 CRM 6608

01.08.2018

DATA: ____/____/____

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-08

IJF INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

Rua Barão do Rio Branco 1816 centro Fortaleza-Ce
CEP: 60025-061; PABX: 0(xx)8532555000.

DECLARAÇÃO DE INTERNAMENTO/ ATESTADO MÉDICO

Declaro para os devidos fins de direito que o paciente **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA, 33 anos**, encontra-se internado desde o dia 25/06/2018 no Instituto Dr. José Frota – IJF. Encaminhado para enfermaria da neurocirurgia para avaliação e conduta. No momento, permanece na enfermaria da neurocirurgia sem previsão de alta hospitalar e aguardando procedimento. Encontra-se bem, consciente, orientado, vigil e com as funções cognitivas preservadas.

CID-10: S06.9

Permito a colocação do CID da doença na declaração acima:

Representante legal do paciente

Dr. Marcell Alves Macêdo
Residente Neurocirurgia - IJF
CRM-CE 14062

Fortaleza, 28 de junho de 2018.

Dr. Marcell Alves Macêdo
Médico Residente de Neurocirurgia
CRM-CE 14062

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



**Prefeitura de
Fortaleza**

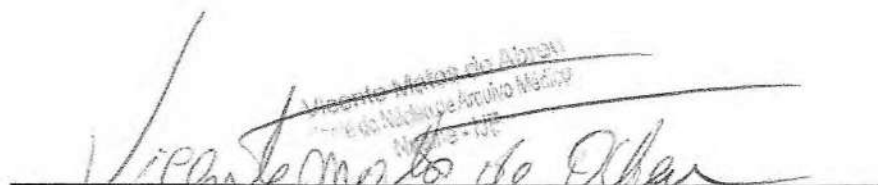
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente **ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA**, Documento de Identidade **Nº2003019100499**, Prontuário Médico **Nº5550966** encontra-se internado(a) neste Hospital deste 19/02/2018 no leito **EMERGÊNCIA** para tratamento de saúde.

Fortaleza, 05 de MARÇO de 2018.


Responsável pela informação.

RECEBEMOS
16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000/3255-5143



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
Travessa Dr. Eusébio Nery Alves de Sousa, nº 409, Centro

RECEITUÁRIO

Nome: _____

Medez

*Atto. que Anelino
Carvalho de Sousa
apresentou receita de
TCE com camputa-
mento físico. Entr
em 02 de novembro
32 244 CTA-F06*

*Carlos Augusto F. Barroso
PÚBLICA FCA
CPF 242.691.200-00
COM 5622*

Data: *9/5/18*



**ACABAR COM A DENGUE É
RESPONSABILIDADE DE TODOS**

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Ambulatório Cardinale de Sousa RAE/Prontuário: 5550968

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 26 / 02 / 18

HORÁRIO: 08 : 30 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- Fx de osso frontal
- Avaliação de necessidade cirúrgica

Data: 23/02/18

Dra. Luiza Clertiani
Cirurgia e Traumatologia
Bucco - Maxilo - Facial
Residente UF - CRO/CE 9674

Assinatura e Carimbo do Médico

AE.000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210).

Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

Código do Laudo: 839193
Nome: ANDRERLANDIO CAVALCANTEDE SOUSA
Exame: CONSULTA
Data da Realização: Idade na Data da Realização do Exame:
Médico Solicitante:
Categoria: POPULAR
Motivo do Exame:
Resultado:

NOME: ANDRERLANDIO CAVALCANTEDE SOUSA

O supracitado tem história de trauma craniano em acidente de moto. Esteve internado e foi indicado para este serviço em virtude de um quadro de úlcera de córnea em OLHO DIREITO. Foi submetido a transplante de córnea em OLHO DIREITO em 23 de março de 2018. Vem sendo por nós acompanhado devido ao transplante de córnea.

Sem mais para o momento.

FORTALEZA, 24-09-2018

ALEXANDRE TELES
CRM 6894

Fortaleza, 24/09/2018

Ass. Médico: _____

ALEXANDRE TELES HOLANDA

CREMEC: 6894

RECEBEMOS
16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ: 21.487.736/0001-19

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS
PACIENTES TRANSPLANTADOS
FONE: 3206-6800

ACOMPANHAMENTOS PÓS-TRANSPLANTE

NOME: Andenlandio Cavalcante de Sousa

CÓDIGO: 302266

DATA DO TRANSPLANTE: 23/03/18

OD

FOLHA: _____

PERICIADO

ACOMPANHAMENTOS	ASS. MÉDICO
SEGUNDA-PEIRA 08:30	
1ª APAC <u>23/04/18</u>	<u>Im Pred 3rd. Lvs P=14</u>
<u>28/05/18</u>	
<u>25/06/18</u>	
2ª APAC <u>23/07/18</u>	
<u>27/08/18</u>	
<u>24/09/18</u>	
SEGUNDA - PEIRA 08:30	

Serviço Social: 3206-6800

6831

Dr Alexandre Teles Holanda
 CREMEC 6834 - CPF 684.634.194-53

TAB

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-06



SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS
 AV. BEZERRA DE MENEZES, 892 - SÃO GERARDO
 CEP: 60325-001 - FORTALEZA - CEARÁ
 FONES: (85) 3206.6801 / 3206.6802

ATESTADO MÉDICO

Atesto que ANDERLANDIA CARVALHO DE SOUSA
 SUBMETEU-SE A TRANSPLANTE DE CORNEA OLHO DIREITO E
 necessita de 90 (noventa) dias de
 licença para tratamento de saúde.

C.I.D. Z94.7 H16.0

[Assinatura]
 FORTALEZA, 23 / ABR / 2019

Utilidade Pública Estadual - Decreto Lei 1545, de 31/12/1945 - CF - CNSS 37435 de 27/10/1945 -
 Utilidade Pública Federal - Dec 82474 de 23/10/1973 - CNPJ: 07.018.138/0001-67 - CNES 2480565

RECEBEMOS
 16 OUT 2019

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros
 CNPJ: 21.487.736/0001-11



SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS
 AV. BEZERRA DE MENEZES, 892 - SÃO GERARDO
 CEP: 60325-001 - FORTALEZA - CEARÁ
 FONES: (85) 3206.6801 / 3206.6802

ATESTADO MÉDICO

Atesto que ANDREZILANDIA CAVALCANTE
DE SOUSA, SUBMETEU-SE A TRANSPLANTE DE CÂMRATA E
 necessita de 90 (NOVENTA) dias de
 licença para tratamento de saúde.

C.I.D. 294.7

Dr. Alexandre Teles
 Médico Oftalmologista
 CRM 6894
 FORTALEZA, 23 / 03 / 2018

Utilidade Pública Estadual - Decreto Lei 1545, de 31/12/1945 - CF - CNSS 37435 de 27/10/1945 -
 Utilidade Pública Federal - Dec 82474 de 23/10/1973 - CNPJ: 07.018.138/0001-67 - CNES 2480565

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 CNPJ: 21.487.736/0001-06



Prefeitura Municipal de Quixadá
Secretaria Municipal de Saúde
Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Prontuário
 Nº: 12430
 Data de Admissão: 17/10/2018

Ficha de Admissão

Dados de Identificação:

Nome: Anderslandis Cavalcanti de Sousa Sexo: ☒ Masc. () Fem.
 Data de Nasc.: 04/09/84 Idade: _____ () Menor () 19 a 35 () 36 a 65 () >65
 Filiação: José Manoel André de Sousa e Antonia Luiza Cavalcanti de Sousa Cartão do SUS: 402403403648792
 Endereço: Sítio Umbu Bairro/Distrito: Centário
 Cidade: Quixadá - CE Contato: (85) 92534031
 Escolaridade: ☒ EF1 () EF2 () EM () ES () NE () Completo () Incompleto
 Est. Civil: () Casado(a) ☒ Solteiro(a) () Relação consensual () Viúvo(a) () Divorciado(a)
 Cônjuge: _____ Filhos: ☒ Sim 2 () Não

Dados Socioeconômicos

Profissão: Agricultor () Ativo ☒ Inativo () Incapacitado () Estudante
 Renda familiar: _____ ☒ Nenhuma () 1 Salário () 1 a 2 Salários () >2 Salários
 Outras Rendas: _____ () LOAS ☒ Bolsa Família () Pensão () Outros
 Condições de moradia: () Cônjuge ☒ Familiares () Não Familiares () Sozinho(a)

Dados Clínicos

Encaminhamento: () Demanda espontânea ☒ PSF () Hospital () Justiça () Projetos Sociais
 Diagnósticos: ☒ Não () Sim: _____
 Droga de uso: ☒ Não () Álcool () Cigarro () Maconha () Cocaína () Craque () Outros
 Medicação psicotrópica atual: Amitriptilina 25mg Enxofol 100mg
 () Antidepressivos () Ansiolíticos () Antipsicóticos () Anticonvulsivantes

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
 Corretora de Seguros Eireli
 nº 736/0001-06

FICHA DE REFERÊNCIA

UNIDADE ORIGEM _____

DISTRITO SANITÁRIO _____

MUNICÍPIO _____

Nome: Anderson Carlos Cavalcante Siqueira Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 04/10/1984 Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: Receto para tratamento de dor crônica
devido a nevralgia, neuropatia

Resultado de Exames: _____

Fenitacina + Amitriptilina 25g

Conduta Realizada: _____

Prescrição para TCE

Impressão Diagnóstica: C. Araújo

Med. do Trabalho CRM 8728

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: 743653203-00

Função: Medico

Data: 3/04/18

Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: Exame de urina Profissional: _____

Unidade de Referência: Dr. Paulo Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de Referência: _____

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

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

Proposta de conduta para segmento _____

O problema justificou a referência? ☐ Sim ☐ Não

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? ☐ Sim ☐ Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro _____

Função _____

Data ____/____/____

RECEBEMOS
16 OUT 2018

Mania Gesineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-08

Maracanã - ☎ (85) 3371.1020

Imagem para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

fls. 42

PACIENTE: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

ATEND. 20473

SOLICITANTE: PATRICIA HELENA ALVES MACIEL

DATA: 24/05/2018

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

LAUDO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de ressonância magnética de 0,5 Tesla, com aquisição de imagens em sequências multiplanares com bobinas específicas, ponderadas em T2, FLAIR, T1 pré e pós-contraste. Gradiente Eco e Difusão.

COMENTÁRIOS:

Região supratentorial:

Lesões com intensidade de sinal semelhante à do líquido, interessando lobos frontais, bilateralmente, próximas ao corno anterior dos ventrículos laterais, sugerindo cavidades porencefálicas (secundárias a trauma?).

À direita, nota-se aparente herniação do parênquima lesionado através de falha na tábua interna a nível do seio frontal, determinando encefalocele.

Preenchimento parcial do seio frontal com conteúdo de sinal semelhante ao do líquido, sugerindo provável fistula liquórica.

Alteração de sinal do parênquima circunjacente às cavidades porencefálicas, caracterizada por alto sinal T2 e FLAIR e baixo sinal T1, sem restrição à difusão e sem realce pós contraste, sugerindo gliose.

Acentuação focal dos espaços de circulação liquórica (sulcos corticais e ventrículos laterais), nas imediações das lesões, em detrimento do parênquima encefálico, sugerindo encefalomalácia, mais evidente à direita, provavelmente relacionada a trauma.

Restante do parênquima mostra boa diferenciação entre o córtex e a substância branca, que apresentam intensidade de sinal normal.

Hipocampus simétricos com dimensões e sinal preservados.

Corpo caloso íntegro.

Colículos e núcleos da base com morfologia e sinal conservados. Proeminência dos espaços perivasculares na região inferior dos núcleos da base, junto à substância perfurada anterior.

Terceiro ventrículos de dimensões normais. Aspecto habitual dos demais sulcos corticais, cisternas e fissuras.

Linha média centrada. Ausência de coleções extra-axiais.

RECEBEMOS
16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
CNPJ: 21.487.736/0001-06

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ
Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá
Unidade de Pronto Atendimento 24h (Renacer)

Observação
P6003019100499 *

Nº Atendimento / Classificação

071 295

Unidade: UPA24h (Renacer - Quixadá/CE)

Hora de chegada: 18:15

Data de atendimento: 19/05/19

Atendimento: ☒ 1º atendimento

() 2º Atendimento

() Previdenciário

() Outro

TRIAGEM

Nome: Andrenando Cavaleante de Sousa

Tempo: 12:00

PA: 120/80

FC: 50

SQ: 98

AA: 15

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Andrenando Cavaleante de Sousa

Responsável (se menor):

Sexo: ☒ Masc. () Fem.

Data de nascimento: 04/09/84

Idade: 33

Naturalidade: Quixadá

Estado civil: ☒ Solteiro(a)

() Casado(a)

() Divorciado(a)

() Viúvo(a)

Profissão:

Categoria: ☒ SUS () Outro

RG/Cartão SUS: 700408405648147

Precedência: Quixadá

Residência: Custódia

ATENDIMENTO

Queixa principal: Acidente vitreo, de acidente, metopoplutica

Histórico atual: Acidente vitreo, de acidente, metopoplutica

Exame(s) solicitado(s): Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

Exame de urina, urina, urina, urina

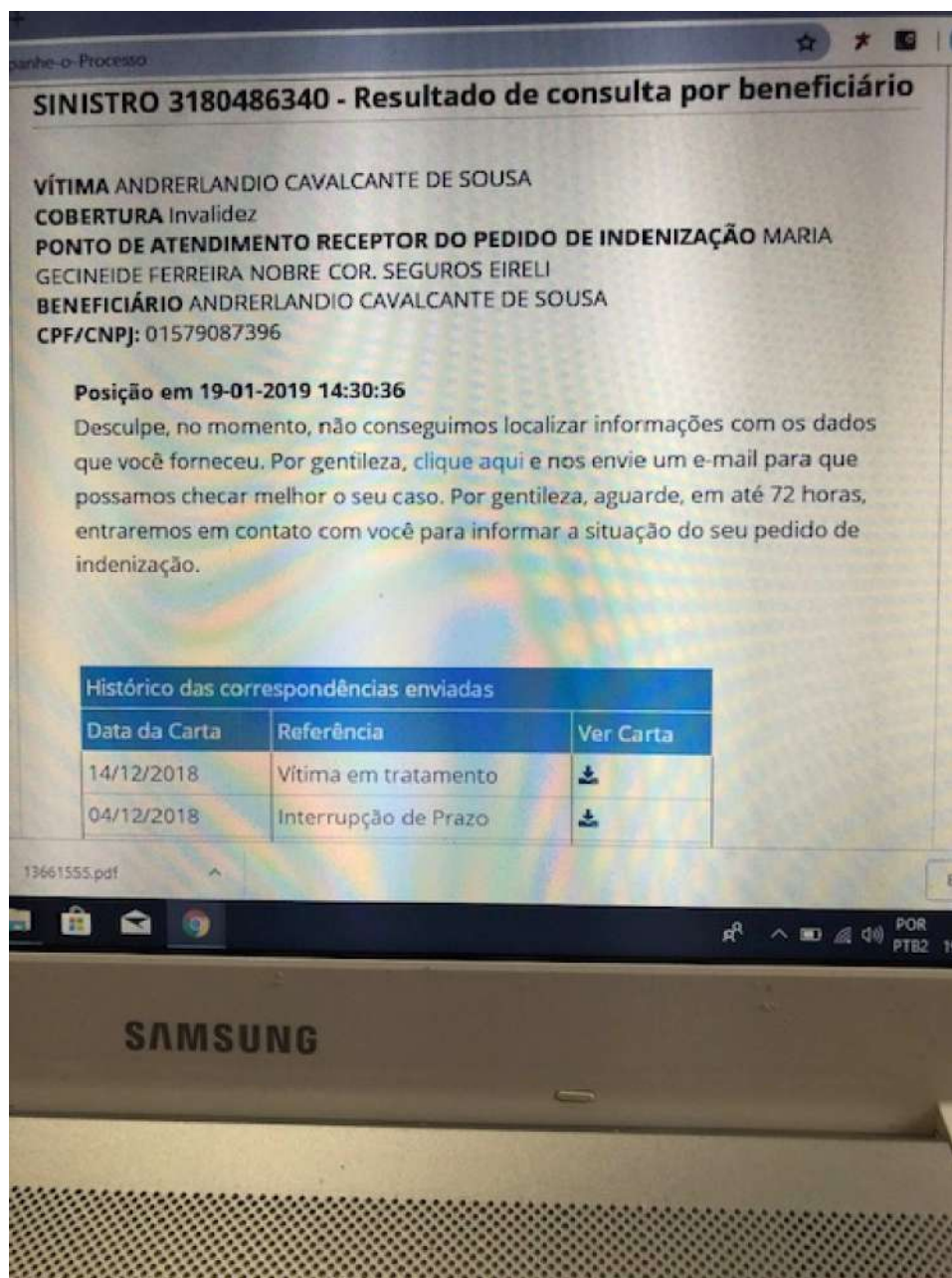


5 mL 500 mL, (EV) 18:50
Difusão de AVAL + AD, (E) 18:50
(3) Transferência p/LJP via SAMV,
via via via
(4) Solução Radiográfica do crânio OK
(5) Metoprolol (2:15 AD) EV 19:40

19:40 Glicose = 15 PA = 100/60 FC = 48 SQ = 98% AA

Pupila simétricas e fotoreagentes. Força preservada em 4 membros. Sangramento ativo em região frontal. offe direito = crânio (distrito e unites com sangue).
AX

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIULA MAIA RODRIGUES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/02/2019 às 16:44, sob o número 01093103220198060001. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01093103220198060001 e código 43ED0F8.





SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS

MANTENEDORA DOS SEGUINTE SETORES

- HOSPITAL ALBERTO BAQUET JÚNIOR
- UNIDADE OFTALMOLÓGICA IEDA OTOCH BAQUET
- INSTITUTO HÉLIO GÓES
- BIBLIOTECA BRILLE JOSELIA ALMEIDA
- IMPRENSA BRILLE ROSA BAQUET

- PROJETO PEDAGÓGICO CULTURAL "TUDO A VER"
- CENTRO DE ESTUDO DOS VOX PROF. JOSÉ ANTONIO BORGES
- CENTRO DE PROFISSIONALIZAÇÃO E INSERÇÃO SOCIAL
- CENTRO DE PREVENÇÃO À CEGUEIRA CEL. JOSÉ BEZERRA DE ARRUDA
- SERVIÇO SOCIAL

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS - SAC CLÍNICA IEDA OTOCH BAQUET SETOR DE EXAMES ESPECIAIS

Código do Laudo: 1001591
 Nome: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA
 Exame: EXAME OFTALMOLÓGICO
 Data da Realização: 05/02/2019 Idade na Data da Realização do Exame: 34
 Médico Solicitante:
 Categoria: POPULAR
 Motivo do Exame:
 Resultado:
 ATESTADO MÉDICO

NOME: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Atesto que o supracitado tem história de trauma craniano em acidente de moto. Esteve internado e foi indicado para este serviço em virtude de um quadro de úlcera de córnea em OLHO DIREITO. Foi submetido a transplante de córnea em OLHO DIREITO em 23 de março de 2018. Vem sendo por nós acompanhado devido ao transplante de córnea.

Ao exame hoje apresenta acuidade visual OD: Movimento de mãos, OE: 20/20, Bio: OD: rejeição de córnea, edema de córnea intenso, opacificação do botão corneano transplantado; hiperemia conj 3+, OE: ndn.

CONCLUSÃO: O supracitado apresenta limitação definitiva para a realização da sua atividade laboral devido à visão monocular com perda da visão de profundidade (estereopsia)
 Cegueira Legal em olho direito H54.4 ; Transplante de córnea em OD Z94.7

FORTALEZA, 05-02-2019

Fortaleza, 05/02/2019

Ass. Médico: _____

ALEXANDRE TELES HOLANDA

CREMEC: 6894



PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Praça João Brasileiro, 2324 (Anexo HMEB)

RECEITUÁRIO

Nome: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Andreilândio Cavalcante de Sousa é portador de seqüela neurológica decorrente de TCE Grave ocorrido em Fevereiro de 2018. (Epilepsia reprotória secundária a contusão cerebral frontal e amnésia; insônia).

Evolui com transtorno de comportamento - agitação psicomotora com agressividade; prejuízo da memória imediata/recente com importante prejuízo funcional. Não tendo, definitivamente, condições de exercício laboral.

CID 10: T90/ G40/ F21

Data: 31/01/19

Dr. Fabíula Maia Rodrigues
CRM-CE 20116
Médica



ACABAR COM A DENGUE É
RESPONSABILIDADE DE TODOS



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADÁ
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO

RECEITUÁRIO

Nome: _____

ATESTADO MÉDICO

ATESTO QUE ANDRELÂNIO CAVALCANTE DE
SOUSA É PORTADOR DE SEQUELAS NEURO-
LÓGICAS DECORRENTES DE TCE GRAVE
SOFRIDO EM FEVEREIRO 2018 (EPILEPSIA
REFRATÁRIA SECUNDÁRIA A CONTUSÃO
CEREBRAL FRONTAL E ANSMIA).
EVOLUI COM TRANSTORNO DO
COMPORTAMENTO - AGITACAO PSICOMOTORA
COM AGRESSIVIDADE) COM PREJUÍZO DA
MEMÓRIA IMEDIATA/RECENTE, COM
IMPORTANTE PREJUÍZO FUNCIONAL,
NÃO SENDO, DEFINITIVAMENTE,
CONDIÇÕES DE EXERCÍCIO LABORAL.
CID 10: T90 / F40 / F21

17.01.2019

Mário Hermes R. França
Neurologia Clínica
CRM 6608

Data: ____/____/____



ACABAR COM O MOSQUITO É
RESPONSABILIDADE DE TODOS