

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..

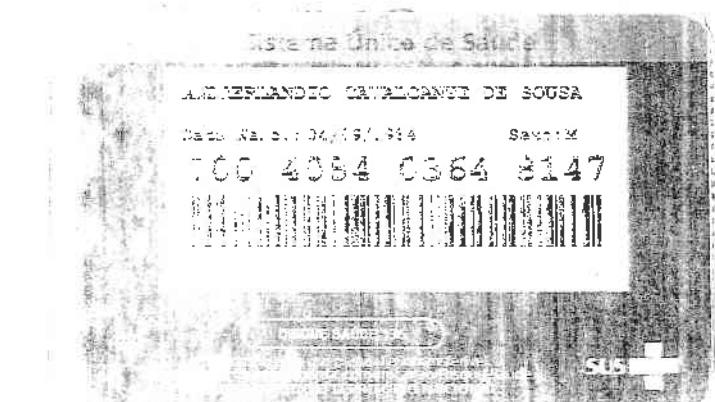
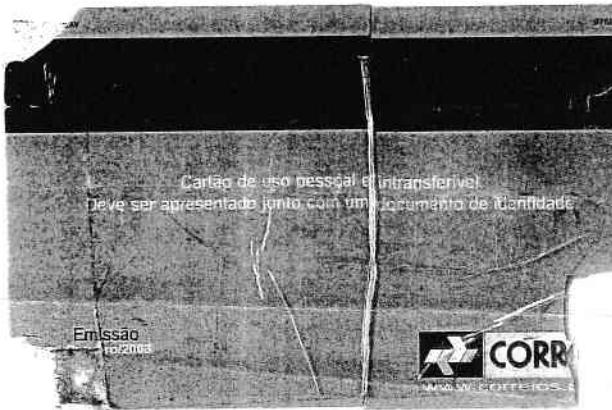
OUTORGADO: FABIULA MAIA RODRIGUES MESQUITA, brasileira, casada, advogada, inscrito na OAB/(CE), sob o número nº. 31.200, cadastrada no CPF sob o número 984.444.923-53, residente e domiciliado na cidade de Quixadá-CE, com escritório na Avenida Jesus Maria José, nº2365, Jardim dos Monólitos, Quixadá-CE.

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.



OUTORGANTE



Nº DO CLIENTE			
7151065-6			
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.			
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B SÉRIE B-4 N° 523389238			
Rota	22 28005 02 156000 - 7	Data de Emissão	02/05/2018
Nome	FRANCISCA RODRIGUES DE ABREU		
End. Postal	ST URUBU CUSTODIO 00000 DISTRITO CUSTODIO - QUIXADA - 63900000	Posto	0000 0000
Medidor	7918271		
Classe	04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO	CGF	
RG / CPF / CNPJ	058767103-34		
Nome do Responsável			
DATAS Mês de Referência Data da Apuração Previsão Proxima Leitura Mai/2018 02/05/2018 04/06/2018			
ICMS Base de Cálculo (R\$) Alíquota Valor do Imposto ISENTO			
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL 3481.B114.6629,B338.7D56.5383,D94C.5034			
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO List. Atual Lett. Anterior Cons. Consumo (kWh) Cons. Ind. Cons. Fct. Tarifa (R\$/kWh) Valor (R\$) FP 24972 24797 1,00 175 0,00 0,35156 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)			
DESCRIÇÃO 61,52 1,17 -67,69 5,00			

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.seguradoraslider.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 135506496



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.seguradoraslider.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 135506496





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.

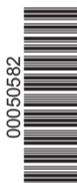
Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoraslider.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*Lerena*

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: ()

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

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, retorno 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

Carta nº 13710584





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 COAF²**.

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 cl. Rodrigues Mesquita inscrito (a) no CPF/CNPJ 984.444.923 / 53, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário André Lândio Cavalcante de Souza inscrito (a) no CPF sob o Nº 015.790.873 / 96, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidiz Permanente da Vítima André Lândio Cavalcante de Souza, 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	Rua Professor Júlio Molomondor	Número	45	Complemento
Bairro	Baixa	Cidade	Quixadá	Estado
Email	fabiulamaia10@gmail.com	Telefone comercial(DDD)	(88) 99620-4800	Telefone celular (DDD)

Quixadá, 11 de Outubro de 2018 RECEBEMOS
Local e Data

Fabiula cl. R. Mesquita

Assinatura do Declarante

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



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 cranoencefálicas 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 Eirel
 CNPJ:21.487.736/0001-06

1 de 1

20/6/2018 17:28

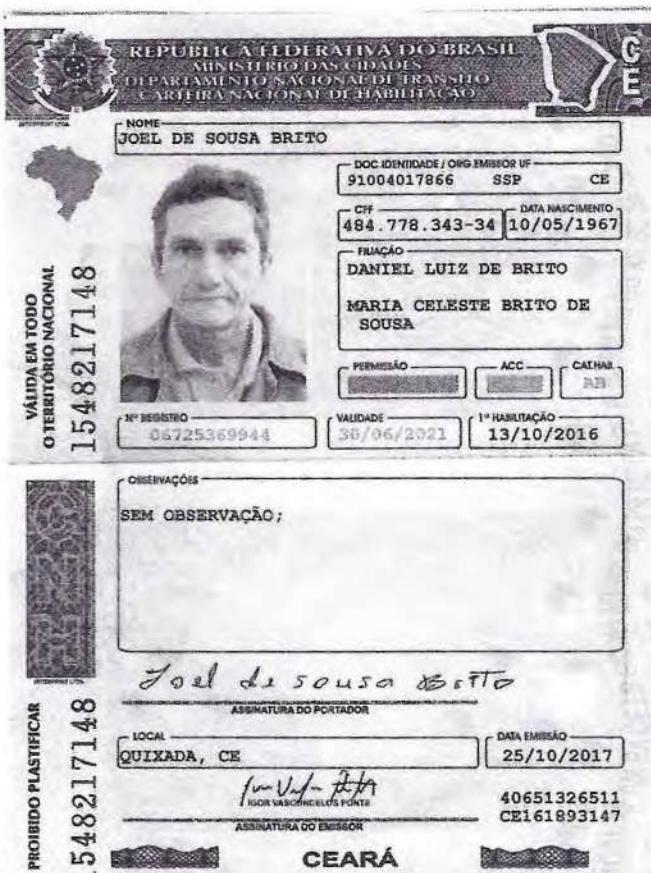
ASSINADO DIGITALMENTE POR PAULO RICARDO LOPES SILVA:04180443414

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpat.pefoce.ce.gov.br e informe o código ca3a7027069f77d3



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

Andrerlondio Cavalcante de Souza

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <i>Andrerlondio Cavalcante de Souza</i>	CPF titular da conta <i>015.790.873-96</i>	Profissão
Endereço <i>Sítio Urubu Custódio</i>	Número <i>SN</i>	Complemento
Bairro <i>Bairro Custódio</i>	Cidade <i>Quixadá</i>	Estado <i>CE</i>
Email	CEP <i>63.900.000</i>	
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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 | <input type="checkbox"/> 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.

D/V

CONTA
NRO.

D/V

7862

12650

0

(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

*RECEBEMOS
16 OUT 2018*

Andrerlondio Cavalcante de Souza

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

*Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros
CNPJ 21.487.736/0001-22*

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Joel de Sousa Brito,
 RG nº 91004017866, data de expedição 31/12/1991
 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 Domiao 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 Lôndio 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)



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

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 cranoencefálicas 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 Eirel.
CNPJ:21.487.736/0001-06

20/6/2018 17:28

1 de 1

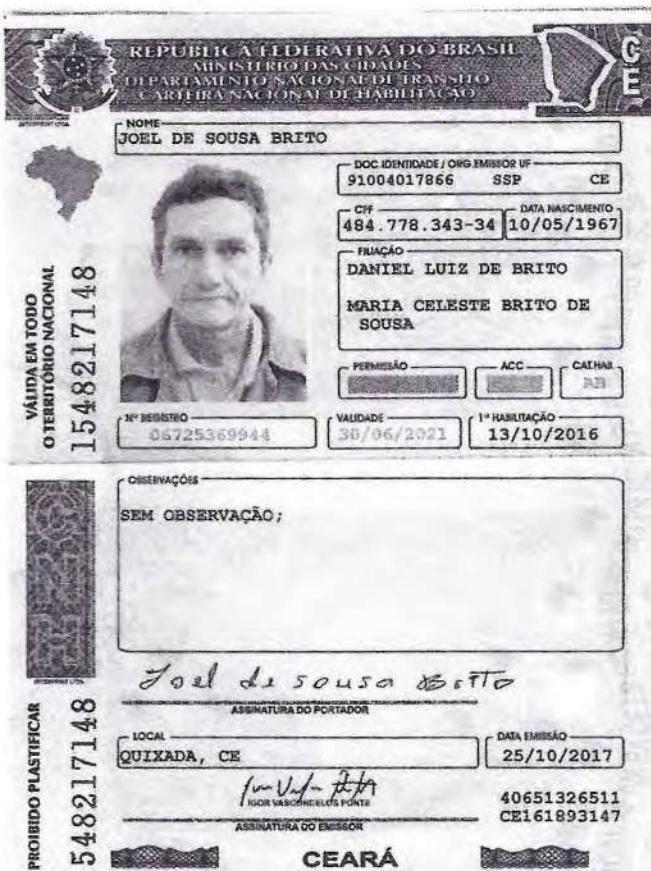
ASSINADO DIGITALMENTE POR PAULO RICARDO LOPES SILVA:04180443414

Para verificar a autenticidade do documento acesse o endereço dpat.pefoce.ce.gov.br e informe o código ca3a7027069f77d3



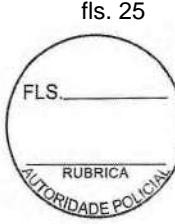
RECEBEMOS

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
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE QUIXADA



Impresso nº 2018142580

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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**

Filiação: **ANTONIA LEUDA CAVALCANTE DE SOUSA**

JOSÉ MARIA ANDRÉ DE SOUSA

Endereço: **SITIO CUSTÓDIO**

Bairro: **ZONA RURAL**

UF: **CE**

Município: **QUIXADA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

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

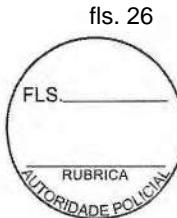
Que no dia e hora acima citados o noticiante sofreu um acidente automobilístico do qual foi vitimado ; Que o noticiante afirma que no momento do acidente se encontrava na garupa da motocicleta(HONDA CG 150 FAN ESI, PLACA ORZ1423, CHASSI 9C1KC1670DR480641, LICENCIADA EM NOME DE JOEL DE SOUSA BRITO, COR 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



Impresso nº 2018142580

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 534 - 2061 / 2018

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Fanderlandis cavallante de souza*

VISTO DO DELEGADO(A) :

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

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
PÓLICIA 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 - Quixeramobim
Reg. 640118 Servidor Danielle
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
16/05/2018
Maria Gesséneide F. Nobre
Corretora de Seguros
CNPJ: 21.487.736/0001-00



LAUDO MÉDICO
RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA / RELATÓRIO DE ALTA

Paciente: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Prontuário: 5550966

Data de Nascimento: 04/09/1984

Data da Internação: 25/06/2018

Motivo da Internação: ACIDENTE DE TRÂNSITO

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 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.

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:

RECEBEMOS
16 OUT 2018
Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
NP 21.487.736/001-06

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 _____

Gustavo Bandeira 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 IUF 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 + pnêumoventrículo.

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

TC de crânio (23/07/18): área de encefalomácia 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 INTERCORRÊNCIAS.
- 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

Assinatura do Médico / CRM

Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IUF
CREMEC 18270

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



Av. Francisco Almeida Pinheiro, 2268 Planalto Universitário - Quixadá - Ceará
 Situada no Hospital Maternidade Jesus Maria José
 Fones: (88) 3412.2281 | (88) 98823.1859 | (88) 99858.9015
 clinicasaorafaelquixada | clinicasaorafaelqxd
 Email: clinicasaorafaelquixada@gmail.com

RECEITUÁRIO

Nome: _____

JAVDO MÉDICO

Paciente ANDERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA
 ENCONTRA-SE EM ACOMPENHAMENTO NEUROFÓGICO POR
 SEQUELOS DECORRENTE DE TCE GRAVE SOFRIDO EM
 FEVEREIRO - 2018, APRESENTANDO-SE COM FISTULA
 LÍQUORÉICA NASAL (QUE NECESSITA GARREGÃO NEURO-
 CIURGICO), EPILEPSIA 2ª A CONTUSÃO CRANIANA
 (ENCEFALOGLÂNCIAZ)
 FRONTEL BILATERAL E ENCEFALOCELE. Paciente
 APRESENTA-SE COM EPISÓDIOS RECORRENTES DE CRISES
 TCG E DISTURBIO CONJORTAMENTE COM AGITACAO
 PSICOMOTORAS E AGRESIVIDADE, ALÉM DE PREDÔMICO
 DA MEMORIA INIMEDIATA E RECEBE, NESTA TENDO CONDIÇÕES
 DE EXERCÍCIO LABORAL. EM VISO DE FENTOTIME 100 mg
 3Xdia, Fisperidon 3mg 3Xdia, Amitriptilina 25mg
 3Xdia.

Via 10: T90, E40, F21

Mário Henrique França
 Neurologia Clínica
 CRM 6689

01.08.2018

DATA: _____ / _____ / _____

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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

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 - UF
 CRM-CE 14062

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

Fortaleza, 28 de junho de 2018.

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 desde 19/02/2018 no leito
EMERGÊNCIA para tratamento de saúde.

Fortaleza , 05 de MARÇO de 2018.

Vicente Mota de Alencar
 Responsável pela informação.

RECEBEMOS
 16 OUT 2018

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

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
Domínio Inteiro/2019 - Governo do Ceará

RECEITUÁRIO

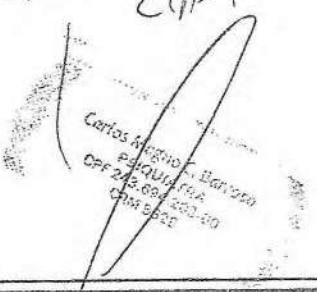
Nome: _____

Márcia

Até que Anderson
calendário de saída
aprovado no planejamento
com campanha
contra a dengue. Entrou
em 08/10/2018

32 2142 CIP F06

Data: 9/5/18


 Carlos Augusto Laranjeira
 PREFEITO
 CEP 62360-200-00
 CNP 00000000000000



**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

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Anderson Lacerda de Souza RAE/Prontuário: 5550968

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 26/02/18

HORÁRIO: 08:30 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- Rx de casso frontal
- Avaliação de necessidade cirúrgica

Data: 23/02/18

Assinatura e Carimbo do Médico

Dra. Luiza Ciertiani
Cirurgia e Traumatologia
Bucal - Maxilo - Facial
Residente UF - CRO/CE 9674

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

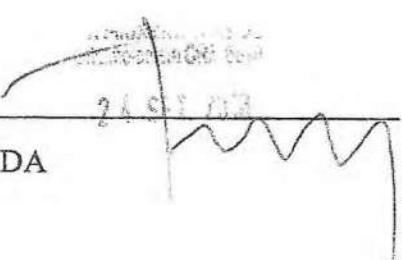
ALEXANDRE TELES
CRM 6894

Fortaleza, 24/09/2018

Ass. Médico:

ALEXANDRE TELES HOLANDA

CREMEC: 6894



RECEBEMOS
16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eirel
CNPJ:21.487.736/0001-18

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

ACOMPANHAMENTOS PÓS-TRANSPLANTE

NOME: Anderlandio cavalcante de Souza

CÓDIGO: 302266

DATA DO TRANSPLANTE: 23/03/18 JD

FOLHA: _____

PERICIADO

ACOMPANHAMENTOS	ASS. MÉDICO
SEGUNDA-FEIRA 08:30	
1º APAC <u>23/04/18</u>	<u>trm. Pres 3x d. Lws p=14</u>
<u>28/05/18</u>	
<u>25/06/18</u>	
2º APAC <u>23/07/18</u>	
<u>27/08/18</u>	
<u>24/09/18</u>	
SEGUNDA - FEIRA 08:30	

Serviço Social: 3206-6831

6831

TALIS

Dr Alexandre Telles Holanda
CREMEC 6834 - CPF 584.634.194-63

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

A T E S T A D O M É D I C O

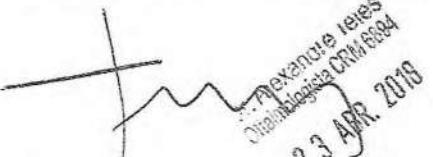
Atesto que Anderson Andrade Carvalho de Souza

SUBMETE-SE A TRANSPLANTE DE CORNEA OÚO DIETTO

necessita de 90 (noventa) dias de

licença para tratamento de saúde.

C.I.D. 294.7 H16.0


FORTALEZA, / /
 23 APR. 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. Nogueira
 Corretora de Seguros
 CNPJ:21.487.726/0001-11



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

A T E S T A D O M É D I C O

Atesto que

Anderson Andrade Cavalcante

de Sosse, submete-se a transplante de olho 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

Prontuário

Nº: 12430

Data de Admissão

17/04/2016



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

Ficha de Admissão

Dados de Identificação:

Nome: Anderson Lando Covilcanti de Souza Sexo: Masc. Fema
 Data de Nasc.: 04/10/84 Idade: _____ (Menor) 19 a 35 (36 a 65) (>65
 Filiação: Tio: nome André de Souza e Antônio Lando Covilcanti de Souza Cartão do SUS: 4009403403648192
 Endereço: Sítio Umbu Bairro/Distrito: Centro
 Cidade: Quixadá - CE Contato: (85) 92634077
 Escolaridade: EF1 (EF2) (EM) (ES) (NE) (Completo) (Incompleto)
 Est. Civil: (Casado(a)) (Solteiro(a)) (Relação consensual) (Viúvo(a)) (divorciado(a))
 Cônjugue: _____ 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: (Cônjugue) (Familiares) (Não Familiares) (Sozinho(a))

Dados Clínicos

Encaminhamento: (Demanda espontânea) (PSF) (Hospital) (Justiça) (Projetos Sociais)
 Diagnósticos: (Não) (Sim): _____
 Drogadicção: (Não) (Álcool) (Cigarro) (Maconha) (Cocaína) (Craque) (Outros)
 Medicinação psicotrópica atual: Amirturipilina 25 mg Fenitil 100 mg
 (Antidepressivos) (Ansiolíticos) (Antipsicóticos) (Anticonvulsivantes)

RECEBEMOS

16 OUT 2018

Maria Gecineide F. Nobre
Corretora de Seguros Eireli
736/0001-06

17/04/18
as 20:00 h

PREFEITURA MUNICIPAL DE QUIXADA
SUS - Sistema Único de Saúde - Secretaria Municipal da Saúde

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preenche esta ficha em 03(três)
2. Ao terminar a consulta ou tratamento entregar 2(duas) vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1^a via à unidade de origem.

UNIDADE ORIGEM _____

DISTRITO SANITÁRIO _____

MUNICÍPIO _____

Nome: *Andréia Andrade Cavalcante Souza* Prontuário Nº: _____Sexo: M F Data de Nascimento: *04/10/18* Ocupação: _____

Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

Motivo do Encaminhamento: *Recurso c/pendente de encaminhamento**deixar de receber, multado*Resultado de Exames: *Tenoiteina +/antiplata 25g*Conduta Realizada: *Desenvolvimento das TCE*Impressão Diagnóstica: *Lentra A. da C. Araújo*

Número de Trabalho CRM: 3728

Médico do Trabalho CRM: 3203-00

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro:

Função: _____

Data: *17/04/18*

Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial Hospitalar Auxílio Diagnóstico Procedimento: *Exame* CAP Profissional: _____Unidade de Referência: *Dr. Belmiro* 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 NãoO motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim Não

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

RECEBEMOS

16 OUT 2018

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

CID: _____

CID: _____

CID: _____



Omniimagem

Imagens para uma vida saudável



fls. 41

Atendimento: 1727813 - Data: 23/04/2018

Paciente.....: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA

Solicitante.....: DR(A). LENIRA A.C. ARAUJO

Convênio.....: PARTICULAR

Exame: TC CRANIO

Otdc Pelvis: 01 - Otdc Pápulas: 02 - Otdc Cds: 01 - Otdc folhas lundas: 01

As imagens foram obtidas através de aquisição volumétrica do crânio-encéfalo por técnica multislice, com reconstruções multiplanares (axial, coronal e sagital), sem a infusão venosa do meio de contraste iodado.

RELATÓRIO:

-Observam-se várias soluções de continuidade/fraturas nas paredes do seio frontal, notando-se com continuidade da coluna aérea/gasosa em seu interior com coleção gasosa intracraniana e extra-axial frontal à direita que mede cerca de 4,6 x 3,9 x 2,8 cm; há também outra solução de continuidade com passagem/protrusão de conteúdo intracraniano ao interior do seio frontal à esquerda e duas coleções gassosas em região frontal ipsilateral medindo cerca de 3,7 x 3,2 x 3,0 cm e 1,6 x 1,4 x 0,7 cm. Sugerimos correlação com ressonância magnética para melhor avaliação do conteúdo protruso para seio frontal esquerdo (meningocele? encefalocele?).

-Não evidenciei alterações nos valores de atenuação do parênquima cerebral nas presentes imagens.

-Os ventrículos laterais, III e IV ventrículos têm dimensões e topografia normais.

-Sulcos fissuras e cisternas com amplitudes preservadas.

-Imagem com densidade similar a do líquor é vista posterior ao vermis cerebelar, na fossa craniana posterior medindo cerca de 2,8 x 0,9 cm, podendo corresponder a mega cisterna magna, diferencial com cisto de aracanóide.

Hemorragia subaracnóidea suspeitada.

-Não evidenciei colocações hemorrágicas intra-cranianas.

Obs:

-Sinusopatia maxilar esquerda.

-Conteúdo gasoso no interior da fístula direita em continuidade com a coluna aérea do seio frontal.

Dr. Lenira A.C. Araujo

RADIOLOGISTA

CRM: 9881

P

RECEBEMOS
16 OUT 2018

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

(85) 3455.5555

Bezerra de Menezes - (85) 3455.5555

Maracanaú - (85) 3371.1020

Imagen para Todos
Diagnóstico por imagem
Laboratório de Análise Clínica

fls. 42

PACIENTE: ANDRERLANDIO CAVALCANTE DE SOUSA
SOLICITANTE: PATRICIA HELENA ALVES MACIEL

ATEND. 20473
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 líquor, 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 líquor, sugerindo provável fistula liquórica.

Alteração de sinal do parênquima circunjacente às cavidades porencefálicas, caracterizada pelo 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 da lesões, em detrimento do parênquima encefálico, sugerindo encefalomaiácia, 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.

Hipocampos simétricos com dimensões e sinal preservados.

Corpo caloso íntegro.

Ventriculos e núcleos da base com morfologia e sinal conservados. Proeminência dos espaços perivascularres 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.

Cirra 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 (Renascer)

P62003019100499 *

Nº Atendimento / Classificação

071295

Unidade: UPA24h (Renascer - Quixadá/CE) Hora de chegada: 18:15 Data de atendimento: 19/08/19
Atendimento: 1º atendimento 2º Atendimento Previdenciário Outro

TRIAGEM

Hora: 18:15 Temperatura: 37,1mºC Pressão: 100/60

IDENTIFICAÇÃO

Nome: Dionne Landino Cavalcanti de Souza

Responsável (se menor):

Sexo: Masc. Fem. Data de nascimento: 04/09/84 Idade: 35 Naturalidade: Quixadá

Residência: SUS Outro RG/Cartão SUS: 31.104.240-3648147 Prontidão: Quixadá

Categoría: SUS Outro RG/Cartão SUS: 31.104.240-3648147 Prontidão: Quixadá

Residência: Quixadá

ATENDIMENTO

Queixa principal: Perda de visão, de paciente motociclista

Histórico atual: Perdeu visão após cair de moto

Exame(s) solicitado(s): (D) Olhos

Localização da queixa: Olhos Peso: 15kg Altura: 98%

Exame(s) solicitado(s): (D) Olhos

Localização da queixa: Olhos

Assinatura e Carimbo



10 MAI 2018 (EV) 18:50

Diplopia (EV) 18:50

③ Transferência p/ RJ via SAMU

via voo zero

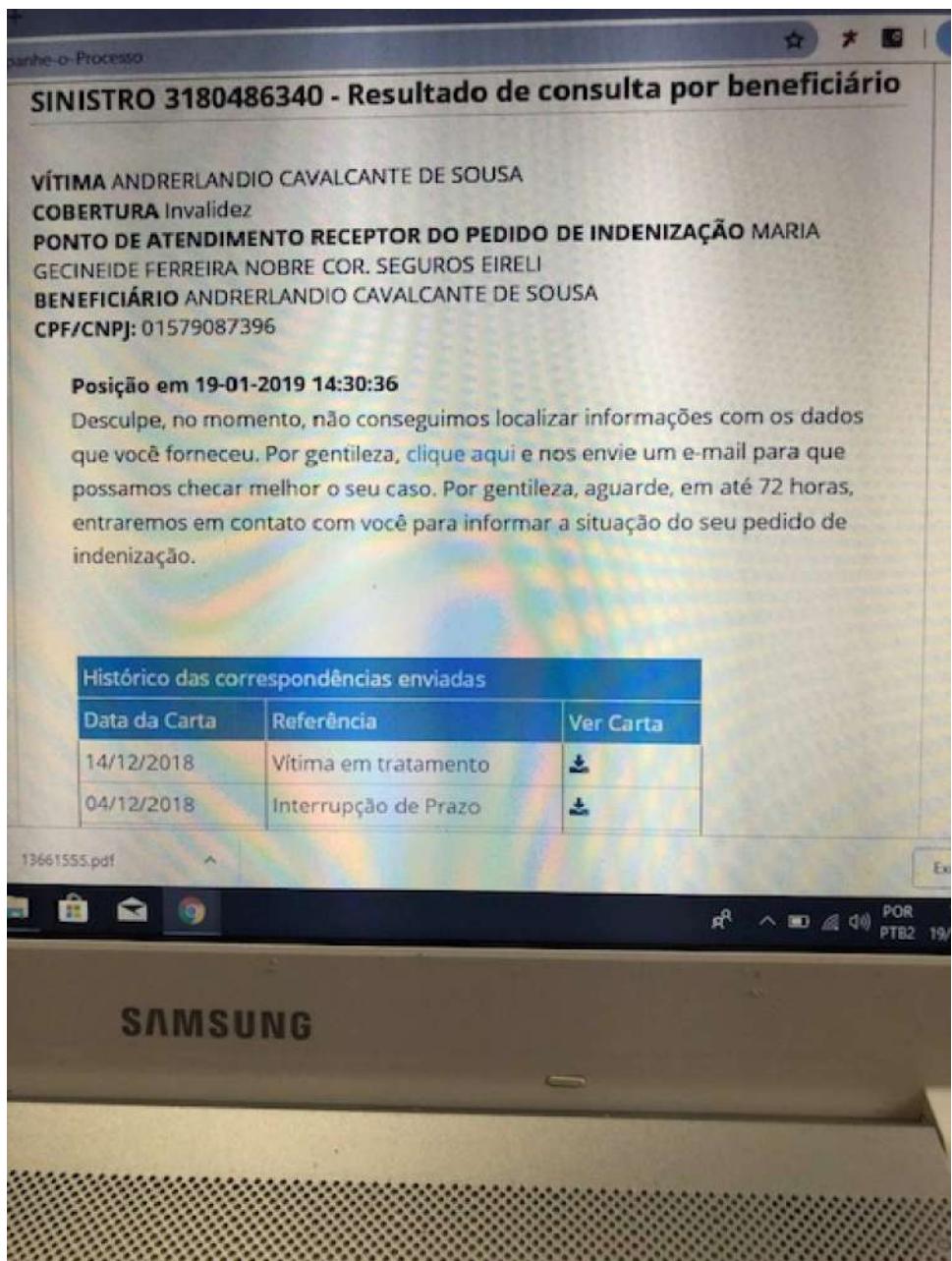
④ Solutivo Radiológico do crânio OK

⑤ Metodopríncipe (2:18 AD) ev 19:56

19:40 Glauco = 15 PA = 100/60 FC = 68 SO = 98% AA

Pupilas simétricas e fotoreceptores. Força preservada em 4 membros. Sangramento ativo em região frontal (lado esquerdo = epítelesis ligeira e mancha com sangue).

Assinatura: Thiago Alencar Lôbo
Técnico de Enfermagem
COPEN: 949.532





SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA AOS CEGOS

MANTENEDORA DOS SEGUINTE SETORES

- HOSPITAL ALBERTO BAQUIT JÚNIOR
- UNIDADE OFTALMOLÓGICA IEDA OTOCH BAQUIT
- INSTITUTO HÉLIO GOES
- BIBLIOTECA BRAILLE JOSELIA ALMEIDA
- IMPRIMÉRIA BRAILLE ROSA BAQUIT
- PROJETO PEDAGÓGICO CULTURAL "TUDO A VER"
- CENTRO DE ESTUDO DOSVOX 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 BAQUIT 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 crâniano 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 maos, OE: 20/20, Bio: OD: rejeição de cornea, edema de cornea 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 ROLANDA 05 FEB. 2019

CREMEC: 6894



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

RECEITUÁRIO

Nome: _____

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Andrelândio Cavalcante de Souza é Portador de sequelas neurológicas decorrente de TCE grave sofrido em Fevereiro de 2018. (Epilepsia refratária secundária a contusão cerebral profunda e amnesia ianomina).

Evolui com transtorno de comportamento - agitação psicomotor com agressividade; prejuízo da memória imediata / recente com importante prejuízo funcional. Não tendo, definitivamente, condições de exercícios isolados.

Código: T90/ G40/ F21

Data: 31/01/19

Dr. Joaquim da Silva
CRM-FE-20116
Médico



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 ANDRELÂNDIO CAVALCANTE DE SOUZA É PORTADOR DE SEQUELOS NEURO-
LÓGICOS DECORRENTES DE TCE GRAVE
SOFRIDO EM FEVEREIRO 2018 (EPILEPSIA
REFRAZÉRIA SECUNDÁRIA A CONTUSÃO
CEREBRAL FRONTAL E ANOSMIA).

EVOLVI COM TRINQUETE DO
COMPORTAMENTO - AGITACAO PSICOMOTORA
COM AGRESSIVIDADE) COM PREJUIZO DA
MEMORIA IMEDIATA / RECENTE, COM
IMPORTANTE PREJUIZO FUNCIONAL,
NÃO TENDO, DEFINITIVAMENTE,
CONDICOES DE EXERCICIO LABORAL.

CÓDIGO 10: T90 / G40 / F21

Data: ___/___/___

Mário Hermes R. França
Neurologia Clínica
CRM 6608



ACABAR COM O MOSQUITO É
RESPONSABILIDADE DE TODOS