

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"
PARA CONCESSÃO DE SEGURO DPVAT

OUTORGANTES: ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA, brasileira, casada, portador do documento de identidade RG nº 1859303-89, inscrito no CPF sob o nº 314.677.503-44, residente e domiciliado à Rua Pde Rocha - 1113, centro- Jaguaruana-CE CEP 62.823-000.

Pelo presente instrumento particular de procuração fica nomeado o procurador Dr. Kaio Rodrigo do Vale Pereira, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE n. 36.171, fones (88) 9.9808-0475, e-mail: kaiodovale.adv@gmail.com, Dr. Carlos Kauê do Vale Pereira, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE n. 36.172, fones (88) 9.9267-2530, e-mail: kauedovale_adv@hotmail.com, Dr. Josivaldo Wady Leite, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-CE n. 38.140, fone (88) 9.9696-4256, e-mail: george.wady@hotmail.com, todos com escritório profissional situado à Trav. José Roberto de Oliveira, n. 515, Bairro Centro, Jaguaruana-CE.

FINALIDADE: Representar o outorgante a fim de requerer a concessão de Seguro Obrigatório DPVAT, seja administrativa ou judicialmente.

PODERES: Os poderes contidos na cláusula "ad judicium", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, conferindo, também, poderes específicos para: receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, podendo administrativamente, defenderem meus interesses, especialmente perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento.

Quanto aos honorários advocatícios, a OUTORGANTE, se compromete a pagar aos OUTORGADOS, a quantia equivalente a 30% (trinta por cento) do valor total que receber a título de indenização, além do ressarcimento das despesas que foram adiantadas pelos OUTORGADOS.

Nesta data, em 2/8/2018.


Outorgante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

Rosa Maria Pereira Barbosa
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1859303-89 DATA DE EXPEDIÇÃO 28.08.89

NOME ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA

FILIAÇÃO João Francisco da Costa
Osanira de Oliveira Costa

NATURALIDADE Jaguaruana-CE DATA DE NASCIMENTO 06.11.58

DOC. ORIGEM Cert. Casm. 154, Lv. B-A-2, 1s. 10

CRT. Cart. Jaguaruana-CE

PORTA-CE ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N. 7.116 DE 29/08/93

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL

CIC

ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA

NASCIMENTO 06.11.58

Rosa Maria Pereira Barbosa
ASSINATURA

VALIDADE CONFORME COM A APRESENTAÇÃO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É O DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS DE USO OBRIGATÓRIO NOS CASOS LEGALMENTE DETERMINADOS PARA QUALQUER ORIENTAÇÃO DE NATUREZA TRIBUTÁRIA, PRODUZIDA À UNIDADE LOCAL DA RECEITA FEDERAL

CARTÃO DO ADERTE EMISSOR

095/0027.0

02. MAR. 1993

AGENTE

L. 00310/44

NOME, PATRÍCULA E ASSINATURA DO SUBSCRITADO REGISTRADO NA ENTIDADE
NOMEADO POR INSTRUÇÃO NORMATIVA DO SFP

Cartão do Usuário

SUS

Cartão Nacional de Saúde

Sistema Único de Saúde

ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA

N.Social/Apelido: ROSA

Data Nasc.: 06/11/1958 Sexo: F

898 0021 0897 0926

DISQUE SAÚDE 136

Este cartão é de uso pessoal e intransferível.
Em caso de roubo ou perda, comunicar ao Disque-Saúde.
Válido em todo o território nacional.

SUS

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 446247330

Rota 09 24040 03 051100 - 8 Data de Emissão 15/09/2016

Nome ANTONIO BARBOSA

End. Postal RU PDE ROCHA 01113 CENTRO - JAGUARUANA - 62823000

Medidor 1500001

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 220012203-91

Nome do Responsável

Poste 0000 0000

Fator de Potência 0,00

CGF

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2016	15/09/2016	17/10/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto JAGUARUANA

Mês Jul/2016 EUSD 82,87

Padrão Individual

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,67	11,34	22,69	0,00	0,00	0,00
FIC	3,36	6,72	13,45	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,29			0,00		

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
255,53	27,00%	68,99

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

554E.F4BD.0AFF.20EC.0126.3245.11AC.057C

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
208	9844	1,00	364	0,00	364	0,73202	255,53

15/09/16 16/08/16 30 DIAS 364 255,53

DESCRIÇÃO

	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	255,53
MULTA MORATORIA REF 08/2016	5,46
JUROS DO MES	0,91
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	52,54

VENCIMENTO 22/09/2016

TOTAL A PAGAR (R\$) 314,44

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	111,76
Transmissão	38,93
Distribuição	19,55
Encargos Setoriais	82,52
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	255,53
TOTAL	255,53

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep
Consumo (kWh)	402	364	400	366	432	428	416	421	445	432	377	358	389

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (Kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.

Emitido kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
157,32	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 13,53 referente a PIS e COFINS.

(Art. 9 Res. 100 2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

Nº do Cliente: 55884-2 Referência: Set/2016

Data de Emissão: 15/09/2016 Total a Pagar (R\$): 314,44

Nº da Nota Fiscal: 446247330 Nº de Controle: 0000055884 00505 39472 08

8387000003-6 14440031000-5 00000558840-5 05053947220-0



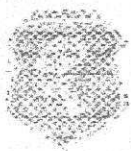
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA, brasileira, casada, portador do documento de identidade RG nº 1859303-89, inscrito no CPF sob o nº 314.677.503-44, residente e domiciliado à Rua Pde Rocha - 1113, centro - Jaguaruana-CE CEP 62.823-000, **declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais e honorários advocatícios sem afetar o meu sustento e o da minha família, nos termos do art. 98, caput, do CPC/2015.** Por isso requeiro a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

Nesta data, em 2/8/2018.

Rosa Maria Pereira Barbosa

Declarante



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

fls. 15

ACERTIM DA OCORRÊNCIA Nº 473 - 152 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO

Data / Hora da Comunicação: 02/03/2016 15:53:47

Data / Hora da Ocorrência : 17/12/2014 07:20:00

Endereço da Ocorrência: R PADRE ROCHA 0

CENTRO JAGUARUANA /CE

Ponto de Referência: MERCADO PUBLICO

Histórico

Informa o noticiante que na data, horário e local acima sofreu um acidente de trânsito. QUE na oportunidade estava com garupa da motocicleta HONDA/BIZ 125, COR AMARELA, PLACA NQM-6078-JAGUARUANA/CE, CILASSI NCMC42209R/2014, DE PROPRIEDADE DE MARIA APARECIDA REBOUCAS. QUE o referido veículo estava sendo conduzido pela filha do noticiante, ANA OSANIRA PEREIRA BARBOSA e esta não sofreu nenhuma lesão. QUE transitava pelo Centro de Jaguaruana quando na via perpendicular um automóvel arremessou repentinamente, QU aconteceu então a colisão da motocicleta com o automóvel QUE o automóvel não parou. QUE não conseguiu identificar o automóvel e nem seu condutor, QUE com a queda desmaiou e ficou mais acordado e estava sendo socorrido por uma pessoa do povo. QUE no local do acidente estava a pessoa de MARCIO ALAN REBOUCAS que ajudou no socorro. QUE no Hospital de Jaguaruana sobre que sofre um corte grande na cabeça e seu olho esquerdo estava arrebessado e inchado. QUE foi transferida para o Hospital de Limoeiro do Norte e em seguida para o HU. QUE a noticiante sofreu apenas pequenos arranhões. QUE afirma a noticiante que não acionou e nem compareceu no local do acidente nenhum agente do poder público, ou seja, polícia, DEMUTRAN ou outro, para registrar o acidente que sofreu. QUE está fazendo este Registro de acidente para registrar o SEGURO DPVAT. QUE se responsabiliza por todas as informações aqui prestadas.

Noticiante(s)

Nome : ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA

Endereço : R PADRE ROCHA 1113

Bairro : CENTRO 67823000

Município/UF : JAGUARUANA CE BRASIL

Telefone: 8599496561

[Assinatura]
José Adelino de Oliveira Filho
Escritão do Policiante
194.183.115

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE ADELINO DE OLIVEIRA FILHO - MAT.: 198793-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : x Rosa Maria Pereira Barbosa

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICENTE LUIS CAVALHO DE ALENCAR - MAT.: 300526-1-7

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA



03 ZCJZ
AUTENTICAÇÃO

Av. São João de Deus, 1187 - Centro
JAGUARUANA - CE

Valido Somente Com Selo de Autenticidade

A presente cópia fotostática confere com o original exibido nestas notas públicas. O referido é verdade. Dou fé. Em 02/03/2016, da verdade. Jaguaruana/CE

04 MAR 2016

Bel. Francisco Barbosa - Oficial
Maria de Fátima A. Barbosa - Substituta
Helga Morlyke Araújo Barbosa - Esc. Substituta
Mariana Araújo Barbosa - Esc. Substituta

Pág. 1 de 1
Impresso em: 02/03/2016 04:20



Jaguaruana
TUA CIDADE VIVA

fls. 16

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA nascido (a) 06/11/1958 residente na RUA PADRE ROCHA deu entrada nesta unidade de saúde vítima de acidente de trânsito, no dia 17/12/2014 onde foi prestado atendimento médico de urgência conforme Xerox de SPA em anexo.

Atenciosamente,

Jaguaruana, 26 de Janeiro de 2016

12.040.122/0001-90

**Hospital Maternidade Nossa
Senhora da Expectação**

Avenida Simão de Góis, 1618

Centro – CEP: 62.823-000

Jaguaruana - CE

Handwritten signature
Marta Zúñiga da Silva
CPF: 31
Prof.ª de Física

HOSPITAL MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA EXPECTAÇÃO
Avenida Simão de Góis, 1618 – Centro – Jaguaruana/CE
CEP: 62.823-000 Fone: (88) 3418.1388



SUS - Sistema Único de Saúde
Secretaria de Saúde de Jaguaruana

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem.

Unidade de Origem: _____

Município: JAGUARUANA

CNES: _____

Nome: Rosa Maria Pereira Barbosa

Sexo: M () F (X) Data de Nascimento: 06/11/1958

Endereço: Rua Padre Rocha

Ocupação: _____

Bairro: _____

Tel.: _____

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: POR ÚLTIMA DE OUTUBRO DE 2018 A. REFERIDA
CEFALEIA + EPISÓDIO + SINAL DE URAXININ ESO. PA: 117x70
SUS 2 99%. Em AM ambiente. FR: 23 mm FC: 85b
RESULTADO DE EXAMES: Solicito Realização de TC de crânio

CONDUTA JÁ REALIZADA: PROENID 1mg

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: _____


MÉDICO
CREMEO - 15600

Assinatura, Carimbo e CRM

Função

Data

Horário

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial ()

PROCEDIMENTO: TC DE CRÂNIO (A. ALIC) /

Hospitalar ()

Auxílio Diagnóstico ()

UNIDADE DE REFERÊNCIA: _____

PROFISSIONAL: _____

DATA: ____/____/____

HORA: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. DE REFERÊNCIA: _____

MUNICÍPIO: _____

PRONTUÁRIO Nº _____

ALTA: ____/____/____

RESUMO CLÍNICO / CIRÚRGICO: _____

RESULTADO DE EXAMES: _____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____

SECUNDÁRIO 1: _____

CID: _____

SECUNDÁRIO 2: _____

CID: _____

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO: _____

CID: _____

JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO () O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

 SUS	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL	fls. 1/2
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
3 - NOME DO PACIENTE <i>Rosane Maria Perline Barbosa</i>			4 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			6 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE			7 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☐	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL			8 - RAÇA/COR	
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			16 - UF	
17 - CEP				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL			19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL <i>RNM do encéfalo</i>	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)				
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO			34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)				
36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Neoplasia</i>			37 - CID10 PRINCIPAL <i>R51</i>	
40 - OBSERVAÇÕES <i>Apelido recente, progressivo do - no -</i>			38 - CID10 SECUNDÁRIO; 39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
SOLICITAÇÃO				
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE			42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
43 - DOCUMENTO () CNS () CPF			44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
			45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. João Paulo L. de Oliveira</i> CPF: 316.073.003-25 CRM: 5905 - Radiologista	
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO () CNS () CPF			49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
			52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
			53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)				



FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencher esta ficha em 3 vias.
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem.

fls. 19

Unidade de Origem: PSF CARDEAS

CNES: 2726738

Município: **JAGUARUANA**

Nome: ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA

Sexo: **M** () **F** () Data de Nascimento: / / Ocupação:

Endereço: Bairro: Tel.:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO: DEFICIT, NEUROMENTE E PROGRESSIVA

RESULTADO DE EXAMES:

CONDUTA JÁ REALIZADA:

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA: NEUPLASIA (R.SI)

Darivan Meneses Lorenzini
RMS-2300676
Médico

Assinatura, Carimbo e CRM

Função

Data

Horário

AGENDAMENTO

ENCAMINHAMENTO PARA ATENDIMENTO: Ambulatorial () Hospitalar () Auxílio Diagnóstico ()

PROCEDIMENTO: RYN DO ENCEFALO PROFISSIONAL:

UNIDADE DE REFERÊNCIA: DATA: / / HORA:

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNID. DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO: PRONTUÁRIO Nº: ALTA: / /

RESUMO CLÍNICO/CIRÚRGICO:

RESULTADO DE EXAMES:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: CID:

SECUNDÁRIO 1: CID:

SECUNDÁRIO 2: CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO () O MOTIVO DA REFERÊNCIA COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5342041

NOME: ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA

DATA DE NASCIMENTO: 06/11/1958

PAI: JOÃO FRANCISCO DA COSTA

MÃE: OSANIRA DE OLIVEIRA COSTA

DATA DE ATENDIMENTO: 17/12/2014

DATA SAÍDA: 30/12/2014

MOTIVO: A PACIENTE ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA, 56 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 17.12.2014, PROVENIENTE DE JAGUARUANA-CE, COM TCE DE CRÂNIO, DECORRENTE DE CHOQUE DE MOTO X CARRO.

TC DE CRÂNIO EVIDENCIOU HEMATOMA SUBDURAL AGUDO FRONTAL ESQUERDO, ASSOCIADO A CONTUSÃO HEMORRÁGICA ADJACENTE, CIRCUNDADO POR HALO DE EDEMA E FRATURA DO TETO ORBITÁRIO E OSSO FRONTAL ESQUERDO.

FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRA-DURAL, EM 17.12.2014. EVOLUIU SEM INTERCORRÊNCIAS. PERMANECEU INTERNADA, APRESENTANDO MELHORA DO SEU QUADRO CLÍNICO E NEUROLÓGICO, EM 30.12.2014, RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 11/11/2015 (ANANIAS/P).

Dr. João Ananias Vasconcelos Neto

MÉDICO

CREMEC 6636

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/BE**

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CLINICA SÃO GABRIEL

LAUDO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE A PACIENTE **ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA**, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO EM 17/12/2014, COM TRAUMATISMO CRANIO-ENCEFALICO, COM CONSEQUENTE HEMATOMA SUBDURAL ASSOCIADO A CONTUSÃO HEMORRÁGICA E FRATURA OSSOS DA FACE. SUBMETIDA A TRATAMENTO NEUROCIRURGICO (DRENAGEM DE HEMATOMA EXTRA-DURAL) EM 17/12/2014.

ATUALMENTE. EVOLUI COM CEFALEIA PÓS-TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICA, COM FREQUÊNCIA DIÁRIA, ASSOCIADO A TONTURA E COM PIORA AOS PEQUENOS ESFORÇOS FISICOS. EM USO DE PAMELOR (10mg/ DIA). INFORMA DIMINUIÇÃO DA AUDIÇÃO EM OUVIDO ESQUERDO. PACIENTE ENCONTRA-SE EM ALTA DO SEGUIMENTO AMBULATORIAL.

JAGUARUANA – CEARÁ, 03 DE MAIO DE 2017

Eduardo de A. Carrari
Traumatologia Ortopedia
CREMEC 11.458

EDUARDO DE ARAUJO CARRARI

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

CREMEC 11.458



Medicina mais perto de você!

Paciente como Bruno Borlino
 sendo vítima
 Paciente com história
 de TCE por acidente sendo submetido a
 cirurgia em 2014.
 Evolui com quadro clínico
 que apresenta sintomas e sinais
 de epilepsia (HIPERCINETOSIS),
 sendo recomendados exames neurológicos
 para melhor avaliação da doença.

090518

Dr. José Edvaldo G. Júnior
 Neurologia
 CRM 16452

Rua Cel. Alexandrino, 160 - A - Aracati - Ceará
 (Ao lado do INSS) - (88) 3421.1301 / (88) 9434.8354 / (88) 9707.5335
www.aracatimedicalcenter.com.br



Serviço de Neurocirurgia

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

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA / ATESTADO MÉDICO

Nome: ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA		
Sexo: F	Internação: 17.12.14	Alta Neurocirúrgica: 30.12.14
Diagnóstico: HEDA		
GCS admissão: ---	GOS-EXT: --	Cirurgia: tratamento cirúrgico de hematoma extradural

Evolução Clínica:

Paciente com relato de acidente motociclistico em 17.12.2014, sendo admitida neste serviço em GCS 12, TCC de admissão evidencia hematoma epidural frontal esquerdo. Paciente considerada para tratamento cirúrgico, sendo submetida a tratamento cirúrgico de hematoma extradural, procedimento realizado por Dr. Laerte Maia, sem relato de intercorrências.

Resultado de Exames e pareceres:

TCC (19.12.2014): hematoma extradural agudo associado à contusão hemorrágica, colapso parcial do parcial do ventrículo lateral esquerdo, fratura do teto orbitário e osso frontal esquerdo.

TCC (26.12.2014): hematoma extradural agudo associado à contusão hemorrágica em absorção, fratura do teto orbitário e osso frontal esquerdo.

TCC (29.12.2014): hematoma extradural e contusão hemorrágica em fase avançada de absorção.

Hoje:

GCS 15, hematoma periorbital bilateral, PIFR, MOE preservada, mobiliza os quatro membros. Caso discutido com Dr. Carlos Vinícius sendo decidido por alta hospitalar para acompanhamento ambulatorial.

Orientações:

- Acompanhamento neurocirúrgico ambulatorial na 2ª feira - AMBULATÓRIO DE EGRESSOS.
- ambulatório de cirurgia buco-maxilo-facial
- Fisioterapia motora intensiva
- **Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.**
- ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA - POSTO DE SAÚDE
- Paciente deverá se manter afastada de suas atividades laborativas por 60 (sessenta) dias.

Fortaleza, 30 de dezembro de 2014.

Dr. Luiz Antônio Bevilacqua Bandeira
Médico Residente - Neurocirurgia - IJF
CREMEC 13.978

NOME: ROSA MARIA PEREIRA BARBOSA		MATRÍCULA: 1111111111	
CARGO: AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS		LOTAÇÃO: SECRETARIA DE AÇÃO SOCIAL	
O SERVIDOR POSSUI VÍNCULO COM OUTRO REGIME DE PREVIDÊNCIA ☐ NÃO ☐ SIM: _____			
ATESTAMOS que, após Perícia Médica realizada com o servidor, constatamos:			
☒ EXISTÊNCIA DE INCAPACIDADE para a vida independente e para o trabalho, necessitando de afastamento de suas funções pelo período de <u>180 (cento e oitenta) dias</u> , a partir de <u>20/12/16</u> ;			
☐ EXISTENCIA DE INCAPACIDADE, porém necessita de READAPTAÇÃO DA FUNÇÃO DE TRABALHO.			
☐ INEXISTÊNCIA DE INCAPACIDADE para a vida independente e para o trabalho;			
☐ EXISTÊNCIA DE INCAPACIDADE DE READAPTAÇÃO para o exercício de seu cargo ou de outro de atribuições compatíveis com a limitação que tenha sofrido, devendo ser encaminhado para APOSENTADORIA POR INVALIDEZ, por motivo de:			
☐ Acidente de qualquer natureza (PROVENTOS PROPORCIONAIS);			
☐ Acidente em serviço, moléstia profissional ou doença grave, contagiosa ou incurável (PROVENTOS INTEGRAIS).			
RELATÓRIO		CID-10: <u>B44.3</u>	
DIAGNÓSTICO: <u>paciente com lesão por esforço repetitivo, da mão direita, com dor e inchaço, necessitando de afastamento por 180 dias.</u>			

OBS: Considerar o Servidor CAPAZ para o exercício da sua função não significa dizer que não existe doença, mas sim, que sua enfermidade não reduz ou limita a sua capacidade, em acordo com as normas previdenciárias vigentes.

Jaguaruana, Estado do Ceará, 29 de Dezembro 2016.

Dr. André Rodrigo de Oliveira Caminha
CPF: 309.266.103-68
Médico
CRM 4939

Recebido
29
12
1966

Francisco Mairton Rocha
Diretor Geral

30

VIGÊNCIA LAUDO MÉDICO PERICIAL			
Data Início	Data Final	Data Retorno Perícia	Data Retorno Trabalho
/ /	/ /	/ /	/ /



**CLÍNICA
POPULAR DO VALE**
OS MELHORES ESPECIALISTAS E O MELHOR PREÇO

RECEITUÁRIO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos
fins que o paciente Rosa Ma-
ria Perline Brancos é por-
tadora de Trauma Crânio-
encefálico com sequelas de
cefaleia - pós-traumática
disencantada por stress
e recomendação de repouso -
temporário do trabalho
por 3 meses (três) CID. 6.44.3

Dr. Joana D'arc L. de Oliveira
CPF: 329.073.093-25
CRA 1905 - RJ

26/12/16

Tr: José Delfino Júnior, 02 - Centro - Russas - Ceará - CEP: 62900 - 000.
CNPJ: 25.353.503/0001-71 - FONE: (88) 3411.8142 e-mail: clinicapopulardovale@outlook.com

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins, que o
Sr.(a) Senhor MORIS PEREIRA BARBOSA

compareceu a ARACATI MEDICAL CENTER com o
quadro de CID 10 : S06 ; R51

devendo ser afastado(a) das atividades por 01
dias, a partir desta data. (um)

Aracati 09/05/18

Dr. José Edvaldo G. Júnior
Neurologia
CREMESP 16452

Medico

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Joana D'arc Loureiro de Oliveira
 CRM: 5905 UF: CE
 Telefone: (85) 99992.4967
 Endereço: Av. Edilson Brasil Soares, 210
 Bairro: Edson Queiroz
 Cidade: Fortaleza/CE UF: CE
 Telefone: (85) 3535.7373 / 3535.7355
99968.0201

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

Dr. Joana D'arc L. de Oliveira
 CPF: 319.073.003-2
 CRM: 5905 / Neurologista

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Roma Nara Peruna Barboza

Endereço: Rua Dr. Paulo, 1113 - Jaguaribe

Prescrição:

Darvocet 40 mg - 40mg
Tomar 1 comprimido

Data: 27/10/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
 Id.: _____ Orgão Emissor: _____
 End.: _____
 Cidade: _____ UF: _____
 Tel.: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

90 comp.

27.10.16
 Assinatura do Farmacêutico



CLÍNICA POPULAR DO VALE

OS MELHORES ESPECIALISTAS E O MELHOR PREÇO

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME COMPLETO: Clínica Popular do Vale

CRM: 5805 UF: CE

ENDEREÇO: Tv. José Delfino Júnior, 02 - Centro

CIDADE: Russas. UF: Ceará

TELEFONE: (88) 3411.8142

1ª Via - Retenção da farmácia ou drogaria

2ª Via - Orientação ao paciente

Dr. Joana D'Arc L. de Oliveira
CPF: 319.073.003-25
CRM. 5505 - Neurologista

CARIMBO DO MÉDICO

Tv. José Delfino Júnior, 02 - Centro - Russas

Paciente: Rozas Me. Berlim Bombrass

Endereço: R. P. Rocha, 1113, Centro

Prescrição: Pamela 10mg 3x
Tomar 1 comp. e noite

Data: 26/12/16

ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome completo: _____

RG: _____ Órg. emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

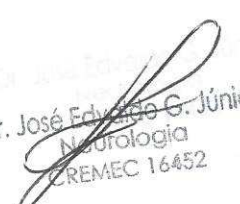
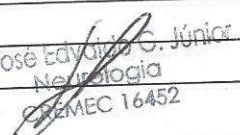
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do farmacêutico

Data: 31/1

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome: <u>DR. JOSÉ EDVALDO G. JÚNIOR</u> CREMEC: <u>16452</u> UF: <u>CE</u> Endereço: <u>RUA CEL. ALEXANDRINO, 160 A - CENTRO</u> Cidade: <u>ARACATI</u> UF: <u>CE</u> Telefone: (88) <u>3421.1301</u>	Carimbo do(a) Médico(a)  Dr. José Edvaldo G. Júnior Neurologia CREMEC 16452
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome: <u>Moro Mano P. Borlino</u> Endereço: <u>Rod. Rocha, 1113 - Jaqueirama</u> Bairro: _____ DS: _____ Prescrição: <u>VO</u> <u>Paralina 250</u> <u>02u</u> <u>(Nortuphiline)</u> <u>1x dia e 1h.</u>	
Data <u>09/05/18</u>  Dr. José Edvaldo G. Júnior Neurologia CREMEC 16452 Assinatura do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO(A) PORTADOR(A) COMPRADOR(A)	IDENTIFICAÇÃO DO(A) FORNECEDOR(A)
Nome: _____ RG: _____ End: _____ Cidade: _____ UF: _____ Telefone: () _____	Assinatura Vendedor (a) _____ Data ____/____/____

SMS 008/05-gls