

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE:**

Nome:	MARCOS PAULO RODRIGUES		Nacionalidade:	Brasileiro
Estado Civil:	CASADO	Profissão:	COZINHEIRO	Carteira de Identidade:
				91006001347
CPF n°:	589.764.003-30	Residência:	R. Eng. José Moreira de Andrade, 109	
Bairro:	Lagoa Redonda	Cidade:	Fortaleza	Estado:
				Ce
			CEP:	60831-424

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na rua Barbara de Alencar, nº 1920, apto 301, bloco E, aldeota, Fortaleza - CE CEP: 60.140-000, fone: **(85) 9657.0528**
e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) autorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Fortaleza (CE), 24 de fevereiro de 2018.

x Marcos Paulo Rdo Gus
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Marcos Paulo Rodrigues da Cruz,
brasileiro(a), Carado, Cozineiro, portador da Carteira de Identidade/RG nº
91006001347, e inscrito no CPF/MF sob o nº 589.764.003-30, residente e
domiciliado na cidade de Fontaleza, estado do Ceará, na Rua
R. Eng. José Moreira de A., nº 109, declaro para os devidos fins
que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas
processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha
família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fontaleza (CE), 27 de fevereiro de 2.018.

x Marcos Paulo R. da Cruz



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2341 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **05/05/2017 12:40:24**
Data / Hora da Ocorrência: **08/03/2015 02:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PROF JOSE ARTUR DE CARVALHO**
Complemento:
Bairro: **MESSEJANA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **NATURAGUA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ELIANA FERREIRA LIMA**
Nascimento: **01/01/1975** CPF:
RG: **92006042394** Orgão Emissor: **SSPDC** UF:
Filiação: **FRANCISCA FERREIRA LIMA**
EXPEDITO FERREIRA
Endereço: **RUA ENGENHEIRO JOSE MOREIRA DE ANDRADE, 109**
Bairro: **CONJUNTO CURIÓ** CEP:
LAGOA REDONDA
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **8407-9386**

Nome: **MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ**
Nascimento: **31/07/1974** CPF: **589.764.003-30**
RG: **91006001347** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **OTACIANA RODRIGUES DA CRUZ**
JOAO NONATO DA CRUZ
Endereço: **RUA JOSE MOREIRA DE ANDRADE, 109**
Bairro: **LAGOA REDONDA** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98785-8487**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HWY5914** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KC08507R071287 Renavam: **923462104** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2007** Ano Modelo: **2007** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **CLAUDIO GEOVANNE CLAUDIO DE LIMA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

A vítima **MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ** compareceu hoje nesta Especializada, em complemento ao **BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301-496/2015** (registrado por sua companheira **Eliana Ferreira Lima** - garupeira) para informar que a motocicleta que pilotava na ocasião que sofreu acidente de trânsito era a **Honda/CG 150 Titan ES** de placa **HWY5914**, licenciada em nome de **Claudio Geovanne Claudio de Lima**; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : 

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/05/2017 12:59:07

* Marcos Paulo R. da Cruz
* Eliana Ferreira Lima



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 496 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **05/05/2015 09:03:25**

Data / Hora da Ocorrência : **08/03/2015 02:30:00**

Endereço da Ocorrência:

MESSEJANA FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **NATURAGUA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ**

Nascimento : **31/07/1974**

RG: **91006001347** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **JOAO NONATO DA CRUZ**

OTACIANO RODRIGUES DA CRUZ

Endereço: **R ENGENHEIRO JOSE MOREIRA DE ANDRADE 109**

LAGOA REDONDA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **8600-5473**

Nome: **ELIANA FERREIRA LIMA**

Nascimento : **01/01/1975**

RG: **92006042394** Órgão Emissor: **SSPDC** UF: **CE** - CPF:

Filiação: **EXPEDITO FERREIRA**

FRANCISCA FERREIRA LIMA

Endereço: **R ENGENHEIRO JOSE MOREIRA DE ANDRADE 109 CONJUNTO CURIÓ**

LAGOA REDONDA

FORTALEZA CE BRASIL

Telefone: **8407-9386**

Histórico

A vítima ELIANA FERREIRA LIMA compareceu hoje nesta delegacia e afirmou que na data e hora acima citadas, trafegava por uma rua que não sabe o nome, na garupa da motocicleta Honda Titan, ano 2007, placa HWY5914, chassi 9C2KC085072071287, pilotada por seu marido MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ, quando, ao desviar de uma outra motocicleta que surgiu a sua frente, colidiram em um poste de iluminação pública, vindo ambos a tombar ao solo; QUE, a declarante sofreu escoriações pelo corpo, enquanto seu marido MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ sofreu fraturas na perna e isquii; QUE, foram socorridos por uma ambulância do SAMU, sendo que a declarante foi atendida no Hospital Frotninha do Antonio Bezerra, enquanto seu marido, com estado mais grave, foi para o IJF-Centro, onde se encontra internado até hoje; E nada mais disse. //// Falsa comunicação é crime previsto no artigo 340 do CPB.

Eliana Ferreira Lima

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/05/2015 09:33



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 496 / 2015

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Eliana Ferreira Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5



Seguradora Líder - DPVAT

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML DO SERURO DPVAT

Eu, Marcos Paulo Rodrigues da Cruz
Portador da carteira de identidade n° 91006001347, e inscrito no CPF/MF sob o n°
589.764.003-30, Reside e domicilia na Rua: Eng. José Moreira de Andrade
Número: 109, Bairro: Lagoa Redonda, Cidade: Fortaleza, Estado: _____

sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal – IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML localizado no município da minha residência; ou
() O estabelecimento do IML localizado no município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro Obrigatório DPVAT; ou
(X) O estabelecimento do IML localizado no município em que resido realiza perícias com prazo superior a **90 noventa** dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro Obrigatório DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causa diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal – IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins 1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

LOCAL Fortaleza/CE DATA 05 / 05 / 17

Marcos Paulo R. da Cruz

Assinatura do declarante conforme
documento de identificação.

**Registro de Atendimento
Emergencial**

Ato Declaratório

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 08/03/2015 03:46:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 708205630953840	NOME: MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ		Registro: 5358039		
CPF: 58976400330	RG:	D. NASC: 31/07/1974	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: OTACIANA RODRIGUES DA CRUZ		NOME DO PAI: JOAO NOANTO DA CRUZ			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE MOREIRA DE ANDRADE		Nº:	BAIRRO: LAGOA REDONDA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60831424	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: FRANCISCO		PARENTESCO: FILHO		TELEFONE: 87997017	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO:					
QUEIXAS:					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor:	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
SERVIÇO DE PROTOCOLO - W RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 27.1.04.17 MATRICULA 13846 SERVIDOR 13846					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ</u>		RG: _____	
Idade: _____		Prontuário: <u>719270</u>	
Data Nasc.: ____/____/____	Clinica: _____	Enf.: _____	Leito: _____

Dados clínicos do paciente:

Material a examinar:

URETROCISTOGRAFIA. REFRIGERADA

Paulo Roberto Montezuma Sales
CREMEC - 3839

Data 04/04/2018

HOSPITAL
GERAL
DE FORTALEZA

GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

RECEITUÁRIO

Marcos Paulo Rodrigues da Silva

Em anexo

Paciente requerido por: Exame
com urografia intravenosa em membros
inferiores. Idade 30 anos de
Fistulograma uretral.

[Assinatura]

22/08/16



NOME DO PACIENTE: MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ		Nº PRONTUÁRIO: 219270.
DATA DA OPERAÇÃO 14/10/16	ENF MEDICAÇÃO	LEITO
OPERADOR DR CEDRIC		1º AUXILIAR
2º AUXILIAR	3º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA AL	TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO BEXIGA NA		
TIPO DE OPERAÇÃO CISTORRRAFIA POR PUNÇÃO COM US		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO BEX: 0007A		
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICA E TÉC. LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTO VISCERAS
① ADEPSIA. / US PARA GUIAR
② AL Lidocaina 2%
③ PUNÇÃO DE BEXIGA COM CISTO FIM USO RUDEPL
④ Entrada de gás SV 18 ch Triplona
⑤ Bala enchada com AD 20ml
⑥ Curativo
⑦ C URO em 15 dias
DR Cedric SFOU Médico Cirurgião CRM 10342



RELATÓRIO DE ALTA

Nome da unidade HGF	Código da Unidade	Clinica Urologia
Nome do paciente Marcos Paulo Rodrigues da Cruz	Telefone	Nº do Prontuário 219270
Endereço		Nº da AIH
Procedência		
Nome do Segurado	Telefone	Relação com o Paciente
Endereço		

Internação início de Tratamento Em 27/10/16	Alta Em 27/10/16	Retorno Em 3 semanas	Dias int
			Dias trat.

C	D	DIAGNÓSTICO DEFINITIVO PRINCIPAL
		Retorno de uretra (neobulbom)
C	D	DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 1
C	D	DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 2
C	D	DIAGNÓSTICO ACESSÓRIO 3

Tratamento ou operação Realizada
Ureterotomia interna endoscópica
Achado Cirúrgico

Preencher em caso de tratamento fora do domicílio nº (T F D)	
- Transporte recomendável	Justificar
- Necessita de complementação de Tratamento	Sim ☒
- Nesta Unidade ☒ - Alta Com Sonda Uretral	Não ☐
No órgão de origem ☐ - Retirar SDO Com 35 semanas	
Outras recomendações	

DATA 27/10/16	MEDICOASSISTENTE ASSISTENTE
----------------------	-----------------------------

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2018 às 09:16, sob o número 01220237320188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122023-73.2018.8.06.0001 e código 350D41A.

SOLICITAÇÃO DE EXAME RADIOLÓGICO

53 58029

Nome: <u>Thomaz Paulo Rodry</u>			Nº AIH/ RAE:		
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não		Unid. Internação:		Idade:	
Sexo: ☐ Masc ☐ Fem					
Motivo da Solicitação:					
Solicito: Raio-x de [] Braço ___ AP/L [] Antebraço ___ AP/L [] Cotovelo ___ AP/L [] Mão ___ AP/P [] Punho ___ AP/P [] Bacia AP [] Coxa ___ AP/L [] Perna <u>D</u> AP/P [] Joelho ___ AP/P [] Pé ___ AP/L [] Tornozelo ___ AP/P [] [] [] []					
Assinatura e Carimbo do Solicitante: Dr. Igor F. de Lucena Médico Radiologista Ortopedia e Traumatologia CREMEO 16152			Data: <u>05/06/15</u>		Hora: h minutos
Laudo:					
AMBULATORIO DE EGRESSOS - Dr. REGISTRADO NO E-SUS DATA: <u>05/06/15</u> HORA: <u>15</u>:<u>15</u>:<u>15</u> Recebido em: <u>15</u>					
Assinatura e Carimbo do Médico Emitente do Laudo:			Data: <u>05/06/15</u>		Hora: h minutos
As películas radiológicas foram entregues ao paciente? ☐ Sim (recomendável) ☐ Não					



Laudo Médico-Resumo de Alta - Serviço de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 22554

LEITO: 2128

NOME: MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ

DATA DE INTERNACAO: 08/ 03/ 2015

DATA DA ALTA: 29/05/2015

BE PRONT: 5358039

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 31/07/1974

IDADE: 40

FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL DIR (AGUARDA CIRURGIA
DIAGNOSTICOS: DEFINITIVA) - FRATURA DE BACIA (PELVE)(DISJUNCAO DE SINFISE)
(CONSERVADOR)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: RETORNO PARA AMBULATORIO DE CIRURGIA GERAL NA PROXIMA
SEMANA, RETORNO PARA AMBULATORIO DR SALES EM 30 DIAS.
FAZER USO DAS MEDICAÇÕES PRESCRITAS. MANTER
HIGIENIZAÇÃO. NÃO PISAR ATE RETORNO.

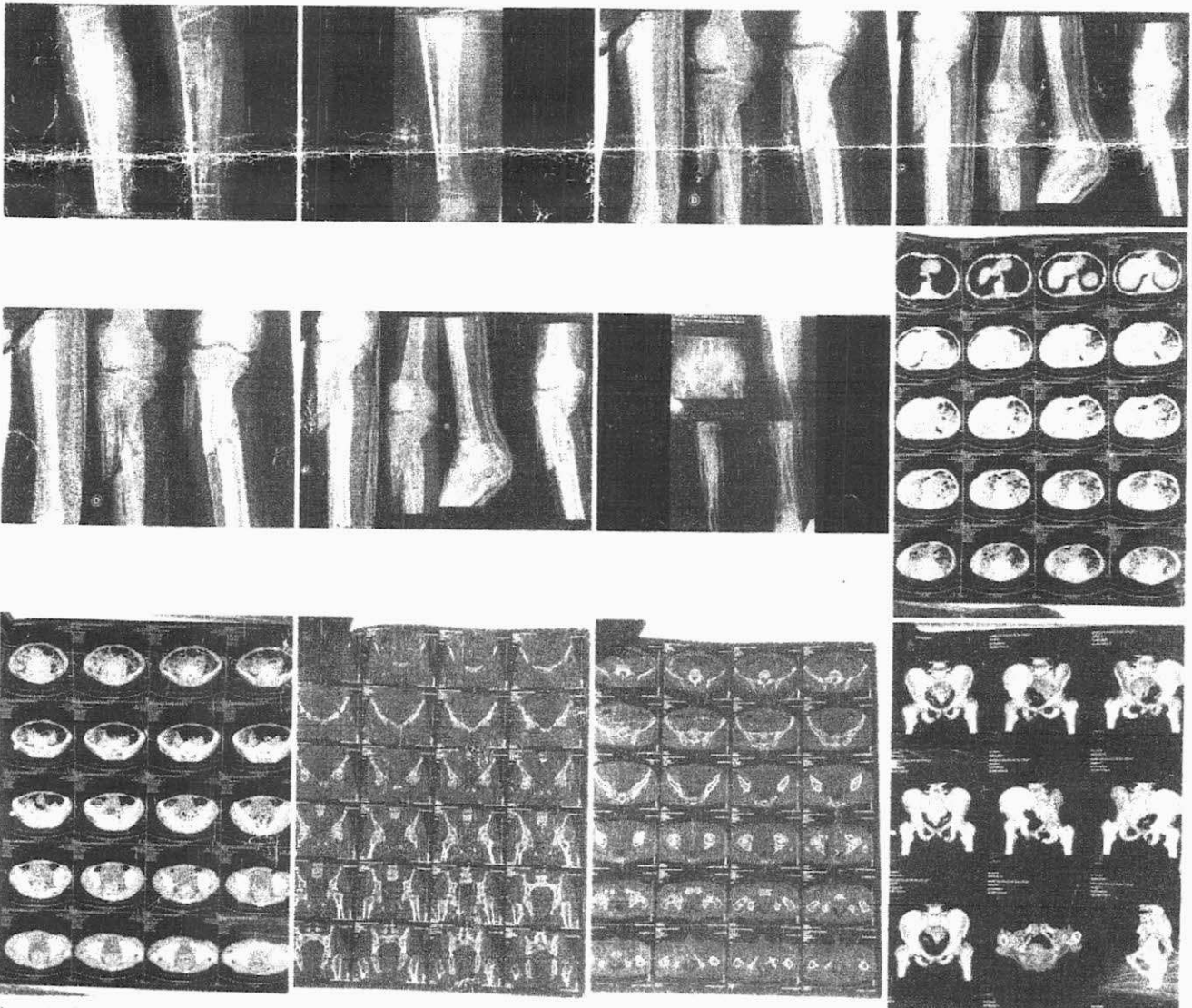
TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: SALES

RESIDENTE DO LEITO: WENDELL



Mapa de Cirurgias

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Servico de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ		
LEITO:	2128		
DATA DE INTERNACAO:	08 03 2015	DATA DA ALTA:	29/05/2015
BE/PRONT:	5358039	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	40		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL DIR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DE BACIA (PELVE)(DISJUNCAO DE SINFISE) (CONSERVADOR)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	RETORNO PARA AMBULATORIO DE CIRURGIA GERAL NA PROXIMA SEMANA, RETORNO PARA AMBULATORIO DR SALES EM 30 DIAS. FAZER USO DAS MEDICACOES PRESCRITAS, MANTER HIGIENIZACAO, NÃO PISAR ATE RETORNO.		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	SALES		
RESIDENTE DO LEITO:	WENDELL		

Ass: 	Retornar dia: <u>por 30d</u> Hora: _____ para Dr. <u>Sales</u>
Data: <u>28/05/15</u>	Dispensa do trabalho por: <u>30 dias</u>
Imprimir	



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

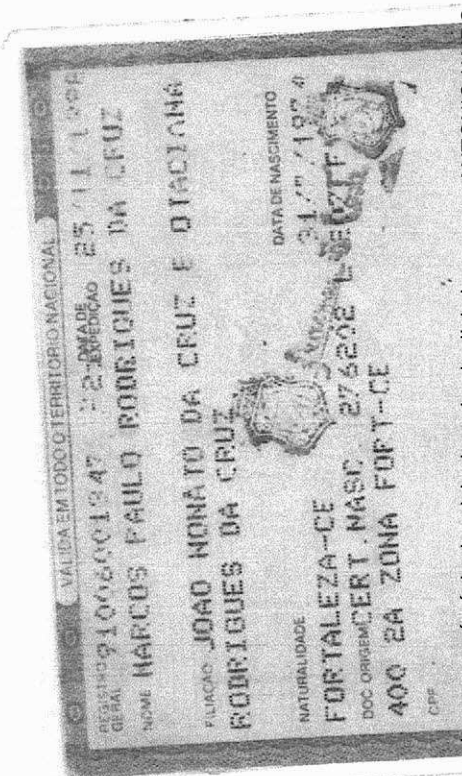


Emitido em: 27/04/2017 16:13:32

Registro de Atendimento Emergencial

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 08/03/2015 03:46:01	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 708205630953840	NOME: MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ			Registro: 5358039	
CPF: 58976400330	RG:	D. NASC: 31/07/1974	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: OTACIANA RODRIGUES DA CRUZ			NOME DO PAI: JOAO NOANTO DA CRUZ		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE MOREIRA DE ANDRADE		Nº:	BAIRRO: LAGOA REDONDA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60831424	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: FRANCISCO		PARENTESCO: FILHO		TELEFONE: 87997017	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO:					
QUEIXAS:					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA:	Escala de Dor:		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO:		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
SERVIÇO DE PROTOCOLO - MR RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 27/04/2017 MATRICULA 13846 Ass. Urbana do Motociclista SERVIDORIA					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011993248522
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA	01	COD. RENAVAM	00923462104	RIN. ITC	0000000000	EXERCÍCIO	2015
NOME		CLAUDIO GEORVANE CLAUDIO DE LIMA					
LOCAL		FORTALEZA / CE					
PLACA ANT / UF	CHASSI		PLACA		EXERCÍCIO		
86557220306	9C2KCC08507R071287		HWY5914/CE		2015		
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL		MARCA / MODELO				
PAS / MOTOCICLO / NAO APLIC.	GASOLINA		HONDA / CG 150 TITAN E				
ANO FAB.	ANO MOD.		COR PREDOMINANTE				
2007	2007		AZUL				
CAP / POT / CIL	CATEGORIA		PARTIC				
2P / 0CV / 149CC	PARTIC		VENC. COTA ÚNICA				
COTA ÚNICA		VENC. COTA ÚNICA		VEN. 1 / COTAS			
1ª		2ª		3ª			
PAIXA I RVA		PARCELAMENTO / COTAS		DATA DE PAGAMENTO			
1ª		2ª		3ª			
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)		IOF (R\$)		PRÊMIO TOTAL (R\$)			
129,04		1,11		130,15			
OBSERVAÇÕES							
FORTALEZA							
LOCAL		DATA		16/06/2015			
Assinatura		Assinatura		Assinatura			
Igor Portte		Igor Portte		Igor Portte			
Superintendente		Superintendente		Superintendente			

Valido somente com selo de autenticidade

03 BKKB
AUTENTICAÇÃO
Nº GR 630113
02 FEV 2016
A presente cópia confere com o documento que me foi apresentado pela parte interessada Dou Fe. Fortaleza/CE.

SILVANA MARIA GOMES - Titular
VIVIANE MARIA GOMES DE MATOS - Substituta
ELIZABETE DE ARAUJO FARIAS - Autorizada
STEPHANIA MARIA GOMES SILVEIRA - Ex. Autorizada
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

CE Nº 011993248522 BILHETE DE SEGURO DPVAT
RECIBO CE Nº 011993248522

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodoctransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA	01	CPF / CNPJ	86557220306	PLACA	HWY5914	EXERCÍCIO	2015	DATA EMISSÃO	10/06/2015
RENAVAM	00923462104	MARCA / MODELO	HONDA / CG 150 TITAN E	ANO FAB.	2007	ANO MOD.	2007	CHASSI	9C2KCC08507R071287
PRÊMIO TARIFÁRIO	FNS (R\$)	DENATRAM (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	COTA ÚNICA	129,04	14,34	143,38	IOF (R\$)	1,11
CUSTO DO BILHETE (R\$)	4,15	PRÊMIO TOTAL (R\$)	130,15	DATA DE QUITAÇÃO	08/06/2015	PARCELADO		COTA ÚNICA	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT									
CNPJ 09.249.606/0001-04 www.seguradoralider.com.br									
MOTOR: KCOBE57071287									

03 BKKB
AUTENTICAÇÃO
Nº GR 630113
02 FEV 2016
A presente cópia confere com o documento que me foi apresentado pela parte interessada Dou Fe. Fortaleza/CE.

SILVANA MARIA GOMES - Titular
VIVIANE MARIA GOMES DE MATOS - Substituta
ELIZABETE DE ARAUJO FARIAS - Autorizada
STEPHANIA MARIA GOMES SILVEIRA - Ex. Autorizada
VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

RECIBO O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA

04854
HWY5914

COD. RENAVAM
00923462104
48532 04708



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Marcos Paulo Rodrigues da Cruz,
PORTADOR(A) DO RG Nº 91006001347 EXPEDIDO POR SSP EM 25/11/98 E
CPF 589764003-30 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Recusou
E RENDA MENSAL DE R\$ Recusou (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Marcos Paulo Rodrigues da Cruz, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Fortaleza, 05 de Março de 17
LOCAL E DATA

Marcos Paulo R. da Cruz
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

REQUISIÇÃO DE PARECER

NOME: MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ PRONTUÁRIO: 719270

DA CLÍNICA: EMERGENCIA ENFERMARIA: MECIRUGIA

À CLÍNICA: UROLOGIA LEITO: _____

MOTIVO DA CONSULTA: ESPECIFICAR DADOS SOBRE OS QUAIS DESEJA OPINIÃO E NUMERAR OS PRINCIPAIS SINTOMAS DO ENFERMO

paciente submetido a uretroplastia posterior no HGF em ago 2016
retrai-se para + cistostomia.

voltou hj, 16 dias após retirada dos drenos com
benéfico. Realizei nova cistostomia

⇒ necessidade reavaliação

14/10/16

DATA E HORA DA SOLICITAÇÃO

ASS. DO MÉDICO CONSULTANTE

PARECER:

DATA E HORA DA EMISSÃO

ASS. DO MÉDICO ESPECIALISTA



NOME: <i>Miguel Paulo Rodrigues da Cruz Etc</i>	ENFERMARIA:	LEITO:	Nº PRONTUÁRIO: <i>19270</i>
---	-------------	--------	-----------------------------

Notas sobre a evolução da doença, complicações, consultas, mudança de diagnóstico, condições ao ser dada alta, instruções ao paciente, devendo toda anotação ser assinada pelo profissional que a faz.

DATA	EVOLUÇÃO	RUBRICA
28/10/16	Urologia: - Realizada Uretrotomia Interna Endoscópica sem intercorrências.	

Dias Int. #	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
-------------	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	-----------------------

MAPA DO DIA 20/05/2015 - Quarta-Feira

81	13	13:30	2128	SALES	WENDELL	PLACA TACO DE GOLF + CX DE GRANDES FRAGMENTOS COM PLACAS LONGAS E ESTREITAS + CX BASICA TO PARA MMII + CX GRANDES FRAGMENTOS + KIT BASICO CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO	INTENSIFICADOR DE IMAGEM + PROLONGADOR DE MESA	REALIZADA
----	----	-------	------	-------	---------	--	--	-----------

FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL DIR BE 5358039

Marcado por
HALINE MAGALHAE em
25-05-2015 17:26:41

Ass.: <i>Dr. Wendell de Almeida Mendes</i> Medico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMPC 14.753	Retornar dia: <u>20/05/2015</u> Hora: _____ para Dr. <u>Sales</u>
Data: <u>20/05/15</u>	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------	------------	-----------------------

MAPA DO DIA 20/05/2015 - Quarta-Feira

81	13	13:30	2128	SALES	WENDELL	PLACA TACO DE GOLF + CX DE GRANDES FRAGMENTOS COM PLACAS LONGAS E ESTREITAS + CX BASICA TO PARA MMI + CX GRANDES FRAGMENTOS + KIT BÁSICO CX OSTEOTOMOS MARTELO, CURETAS E SACABOCADO	INTENSIFICADOR DE IMAGEM + PROLONGADOR DE MESA	REALIZADA
----	----	-------	------	-------	---------	---	---	-----------

FRATURA DE TIBIA - PROXIMAL DIR BE.5358039

Marcado por
HALINE MAGALHAE em
25-05-2015 17:26:41

Dr. Wendell de Almeida Mendes Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEC 14.753		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____
Ass.: _____		
Data: 20/05/15		
Imprimir		

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

Nº DO CLIENTE
4279421-8
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 150
 CEP 60136-040 | Fortaleza CE
 CNPJ 07047751/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Coletor agora é **ene**

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 461752923

Rota 09 01260 32 203000 - 9 Data de Emissão 14/01/2017

Nome ELIANA FERREIRA LIMA

End. Postal RU ENG JOSE MOREIRA DE ANDRADE 00109 LAGOA REDONDA - FORTALEZA - 60000000

Medidor 3162304 Poste 1185 N42L

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA REND Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 880433553-04

Nome do Responsável CGF

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2017	14/01/2017	11/02/2017

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
 Veja a legenda no verso desta conta.

Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
Jan/2016	5,07	10,15	30,45	1,08	0,00	0,00
Fev/2016	5,07	10,15	30,45	1,08	0,00	0,00
Mar/2016	5,07	10,15	30,45	1,08	0,00	0,00

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
13552	13450	100	142	0,00			62,67

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	62,67
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,69
MULTA MORATORIA REF 10/2016	1,72
JUROS DO MES	0,36
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,88
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	2,30
CASA SEGURA 0800 600 0560	7,90

VENCIMENTO 10/02/2017

TOTAL A PAGAR (R\$) 94,52

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	62,67
ICMS	9,69
Multa	1,72
Juros	0,36
Iluminação	9,88
PIS/COFINS	2,30
CASA SEGURA	7,90
TOTAL	94,52

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

150	142	139	144	157	124	150	144	170	169	162	155
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
61,37	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 6,00 referente a PIS e COFINS.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2018 às 09:16, sob o número 01220237320188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0122023-73.2018.8.06.0001 e código 350D41A.



NOME: marcos Paulo rodrigues da cruz

FISIOTERAPIA MOTORA ----- **30 SESSOES**

JUSTIFICATIVA: FRATURA DE TIBIA direita.

OBJETIVOS:

REABILITAÇÃO DE MARCHA

GANHO DE ADM DE QUADRIL BILATERAL, JOELHO BILATERAL, TORNOZELO BILATERAL

CARGA TOTAL

ANALGESIA

FORTELECIMENTO MUSCULAR

Dr. Kemilson Brito
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE 14.446

FORTALEZA, DATA 27/04/2017

RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 719270 - MARCOS PAULO RODRIGUES DA Sexo: Masculino Idade 42 ano(s) 0 mes(es) e 22 dia(s)

Endereço: RUA JOSE MOREIRA DE ANDRADE

Bairro: LAGOA REDONDA

CEP: 6000-000

Cidade: FORTALEZA

UF: CEARÁ

Localização

Clínica: ALA J - UROLOGIA

Enfermaria: 502

Leito: 03

Internação 02/08/2016

07:04

Data Emissão: 22/08/2016 14:01

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

MARCOS PAULO, 42 ANOS, IH POR LESÃO URETRAL PÓS-TRAUMÁTICA EM MAIO DE 2015 POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO. DURANTE O INTERNAMENTO REALIZOU URETROPLASTIA POSTERIOR. PACIENTE EVOLUI ESTÁVEL HEMODINAMICAMENTE, APRESENTANDO EPISÓDIO DE DISÚRIA SENDO TRATADO EMPIRICAMENTE COM CEFTRIAXONA (INÍCIO 04/08/16), SOLICITADO SUMÁRIO DE URINA E UROCULTURA QUE EVIDENCIOU CRESCIMENTO PSEUDOMONAS AERUGINOSA SENSÍVEL APENAS À IMIPENEM, MEROPENEM, AMICACINA, COLISTINA. SOLICITAMOS PARECER DA CCIH QUE ORIENTOU A NÃO INICIAR NO MOMENTO ANTIBIOTICOTERAPIA POIS O PACIENTE TINHA NO MOMENTO BOM ESTADO GERAL, SEM LEUCOCITOSE, E MANTER CONDUTA EXPECTANTE, MAS EM CASO DE PIORA CLÍNICA INICIAR MEROPENEM. PACIENTE EVOLUI BEM NO PÓS-OPERATÓRIO, RECEBE ALTA HOSPITALAR COM SVD URETRAL E CISTOSTOMIA. PROGRAMAÇÃO DE RETIRAR PRIMEIRO SONDA VESICAL DE DEMORA URETRAL.

Exames Realizados

HEMOGRAMA (19/08/16) HB = 11,09 LEUCO = 19.240 S/ DESVIO PLAQ = 268.700 CR = 1.0 U = 23

Terapêutica Utilizada

URETROPLASTIA POSTERIOR.

CEFTRIAXONA 2G (18D)

Diagnóstico

TRAUMATISMO DA URETRA

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S373	TRAUMATISMO DA URETRA

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 22/08/2016

Observações Complementares

- 1) RETORNO AMBULATORIAL COM 15 DIAS (AVALIAR RETIRADA DE SVD URETRAL)
- 2) PROCURAR EMERGÊNCIA EM CASO DE COMPLICAÇÃO
- 3) SEGUIR PRESCRIÇÕES MÉDICA

Responsável

Médico: ANTONIO DANILO MOURAO MELO

Data: 22/08/2016

HGF/NIR - ADM E ALTA
ALTA EM: 22/8/16
PUNÇÃO N° 11

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 05/04/2018 às 09:16, sob o número 012202373201800060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 012202373-2018.8.06.0001 e código 350D41A.



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5358039

NOME:MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ

DATA DE NASCIMENTO:31/07/1974

PAI:JOÃO NONATO DA CRUZ

MÃE:OTACIANA RODRIGUES DA CRUZ

DATA DE ATENDIMENTO:08/032015

DATA DE SAÍDA:28/05/2015

MOTIVO: PACIENTE ADMITIDO NO IJF, EM 08/03/2015, VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, APRESENTANDO FRATURA DE BACIA, FRATURA DE TÍBIA DIREITA, LESÃO LÁCERO – CONTUSA EM REGIÃO PÉLVICA.

EM 08/03/2015, FOI SUBMETIDO À EXPLORAÇÃO CIRÚRGICA DE LESÃO E VASOS FEMORAIS DIREITOS, COM LIGADURA DE PEQUENOS RAMOS VENOSOS. OPERADO POR DRA. ANA MARIA PASSOS R. MARTINS.

PACIENTE NEFRECTOMIZADO ANTERIORMENTE À DIREITA, POR PERFURAÇÃO POR ARMA DE FOGO, EM DIÁLISE INICIADA EM 09/03/15, POR OLIGÚRIA. COMO APRESENTOU RETENÇÃO URINÁRIA E FÍSTULA URETROPERINEAL, FOI SUBMETIDO À CISTOSTOMIA E DRENAGEM DE ABCESSO EM COXA DIREITA, EM 03/04/2015. – DR. CARLOS SUCUPIRA.

EM 24/03/2015, FOI REAVALIADO PELA NEFROLOGIA QUE ORIENTOU RETIRAR CATETER DE HEMODIÁLISE; BEM COMO, Sonda vesical de demora. (DRA. PASTORA MARIA DUARTE).

EM 20/05/2015, FOI SUBMETIDO À OSTEOSSÍNTESE DE FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA DIREITA, COM APOSIÇÃO DE PLACA BLOQUEADA. OPERADO POR DR. JOSÉ SALES SOBRINHO.

RECEBEU ALTA HOSPITALAR EM 28/05/2015.

LAUDO DIGITADO EM 05/11/2015 (JOAQUIM/C)”

Joachim José de Lima Silva
Médico
CRM 14407

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/BE

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 32

BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 2341 / 2017

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x *Marcelo Paulo R. da Cruz*

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6

x Eliana Ferreira Lima

Paciente
Médico
Data
Registro

MARCOS PAULO RODRIGUES DA CRUZ
DR. PAULO ROBERTO MONTEZUMA SALES
12/04/2016
43930 - RX URETROCISTOGRAFIA

URETROCISTOGRAFIA

Inicialmente foi injetado através da sonda supra-púbica contraste iodado diluído em soro para repleção vesical. Posteriormente foi realizada injeção retrógrada do contraste pela uretra.

Fratura antiga com diastase dos segmentos do ramo isquio-púbico direito.

Bexiga de capacidade normal / um pouco reduzida, com paredes levemente espessadas evidenciando-se balão de sonda de demora no seu interior.

Não se evidenciou refluxo vésico-ureteral passivo ou ativo.

Obstrução súbita da uretra ao nível do segmento bulbar. A uretra esponjosa possui calibre e contornos regulares. Durante o esforço miccional não se opacificou a uretra posterior.



DR. MARIO MARCIO F. BARROS
RADIOLOGISTA - CRM 4006

Obs.: Estamos realizando exames de Tomografia Computadorizada Multislice e Ressonância Magnética de Alto Campo.

LAUDO MÉDICO

NOME: Marcos Paulo Rodrigues da cruz

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado é acompanhada no ambulatório de traumatologia e ortopedia do Instituto Dr Jose Frota por fratura exposta de tíbia direita em 2015. Foi submetido a cirurgia(osteossíntese).

Apresentando dificuldade para deambular + rigidez articular.

No momento, sem previsão de alta.

CID: S82; S82.0

AO SETOR DE PERICIAS DO INSS

Fortaleza – CE, 27 de Abril de 2017.

Atenciosamente,

Dr. Kemilson Brito
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CE 14.445



Saúde e Família

Dr. Adroaldo Silveira Aragão

Medicina Interna

R

Relatório Médico

Relato para o desfecho, junto ao OPRAF,
 que Manoel Paulo Rodrigues da Cruz,
 RG 91006001347, sofreu acidente de
 moto, em 08/03/2015, recebeu atendimento
 inicial no Instituto Dr. Jose Costa, em
 Fortaleza - CE, tendo fratura de bacia, lesão
 do aparelho da cintura pélvica, e
 fratura dos ossos da perna (fêmur e tíbia)
 no 1/3 proximal, submeteu-se a tratamento
 de compressões da fratura de bacia, com reparo
 contínuo, e para fratura dos ossos da perna
 com osteossíntese e placa e parafusos; teve
 15 dias de terapia que necessitou de cuidados
 e fenda de de cura, submeteu-se a fisio-
 terapia, apresentando melhora
 dos movimentos do tronco e membros inferiores.
 e bloqueio de peso - extensões da coluna (fontes: Sina)

Fortaleza.

CONSULTÓRIO:
 Rua Tibúrcio Cavalcante, 1710 - Aldeota - Fortaleza - Ceará
 Fones: 3261 0552 / 9 8697 0552
 CEP: 60125-100

Seu nome,

Dr. Adroaldo Silveira Aragão
 CRM 1600 - CPF 049428603-15
 E-mail: adroaldoaragao@hotmail.com
 Fones: 3224 6350 / 9 9984 6350 / 9 8884 6350

Continua no verso

Apresenta pequena dos movimentos do
 (MI), com bloqueio/angulo no peito
 e torçao (DO) prejudicando a deambulação
 a profundidade bloqueio de flexão do joelho aos
 90° e de extensão aos 160°; da
 angulo de torçao - apresentando o pé aos
 90°; apresenta hipertrofia muscular
 do MI e deficit de força no membro,

As seguintes quantificadas em:

Braço/Peito bloqueio 75%.

Joelho 90%.

Torçao 100%.

Em Tempo: Após o acidente com lesão
 de grau e do cavalo uretral, houve
 perda funcional total da perna,
 devido manter-se definitivamente com o
 castor fixado, devido fazer tração manual
 da perna.

Seguindo quantificado em 100% da
 força uretral
 fortaleza 08062017

Dr. Adroaldo S. Aragão
 Clínica Médica - CRM 01600-CE
 CPF 049448603-15