

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº 201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

PROCURAÇÃO PARA A CLÁUSULA AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE: JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS, brasileira, casado, ajudante de depósito, portador da CNH número 06031598797 Detran/CE, inscrito no CPF sob o nº 473.297.501-15, residente e domiciliado à Rua Paula Alves F. Quintino, Nº 1116, Altiplano, Iguatu/CE, CEP: 63.505-450.

OUTORGADOS: DIEGO VICTOR LOBO SILVEIRA, brasileira, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 25.815, **EURIJANE AUGUSTO FERREIRA**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE sob nº 16.326, **JOÃO RICARDO PINHO**, brasileira, divorciado, advogado, inscrito na OAB/CE sob nº 33.315 e **LÍGIA SAMARA ALBUQUERQUE PINTO**, brasileira, casada, inscrita na OAB/CE sob o nº 22.902, todos com endereço profissional situado à Rua Joaquim Felício, nº 201, Sl. 06, Shopping Cavalcante Piazza, Messejana, CEP: 60.840-115, Fortaleza/CE e/ou Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, nº 9, Prado, Iguatu/CE, CEP 63.502-105.

PODERES: Para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei 13.105/2015 - Código de Processo Civil, e os especiais 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, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Iguatu/CE, 09 de agosto de 2017.

Jose Ronivon Ribeiro Campos

**Escritório Fortaleza**

R. Joaquim Felício, nº201, Sala 06, Shopping Cavalcante Plaza Center
Bairro Messejana, Fortaleza - Ceará, CEP: 60.840-115
Fone: (0xx85) 3215-1116
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

Escritório Iguatu

Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, Nº 9
Bairro Prado, Iguatu - Ceará, CEP: 63.502-105
Fone: (0xx88) 3581-1280
E-mail: albeaugadvogados@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

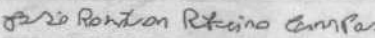
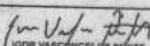
Eu, **JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS**, brasileira, casado, ajudante de depósito, portador da CNH número 06031598797 Detran/CE, inscrito no CPF sob o nº 473.297.501-15, residente e domiciliado à Rua Paula Alves F. Quintino, Nº 1116, Altiplano, Iguatu/CE, CEP: 63.505-450.

DECLARO, para os devidos fins de direito, perante a Justiça do Estado do Ceará, nos termos da Lei 7.115, de 29 de agosto de 1983, de que sou pobre na acepção jurídica do termo e não disponho de condições econômicas para custear as despesas judiciais sem sacrifício do meu sustento próprio e da minha família.

Por ser a expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade pela declaração acima, sob as penas da lei, assinando a presente declaração para que produza seus efeitos legais de condições econômicas.

Iguatu - Ceará, 09 de agosto de 2017.

Jose Ronivon Ribeiro Campos

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS	
	DOC. IDENTIDADE / CEG. EMISSOR UF 2002029083874 SSP CE
	CPF DATA NASCIMENTO 473.297.501-15 25/04/1968
	FILIAÇÃO ANTONIO RIBEIRO CAMPOS MARIA SOCORRO CORREIA
Nº REGISTRO 06031598797	VALIDADE 26/04/2021
1ª HABILITAÇÃO 18/03/2014	PERMISSÃO ACC CATEGORIA AB
OBSERVAÇÕES A :	
Assinatura do Portador 	
LOCAL IGUATU, CE	DATA EMISSÃO 04/10/2016
Assinatura do Emissor 	10388868685 CE153132086
DETRAN - CE (CEARA)	



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **473.297.501-15**

Nome: **JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS**

Data de Nascimento: **25/04/1968**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **anterior a 10/11/1990**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **10:28:32** do dia **11/08/2017** (hora e data de Brasília).
Código de controle do comprovante: **984E.F23D.6992.72BA**



Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAU
 Rua: Engenheiro Wilton Correia Lima, 772 - Prado - Iguaçu/CE
 CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.505.138/0001-45
 Fone: (88) 3566-7788/195 (Gratuito)
 Site: www.saae.iguaçu.ce.gov.br

INSCRIÇÃO **0006297.1** CLASSE **PAR** TARIFA **RES** RES **01** ECONOMIAS COM IND PUB OUT **06/2017**
 MÊS/FAT
 HIDRÔMETRO **528537** INSTALAÇÃO **14/08/07** LOCALIZAÇÃO **00.00.36.0000004370** FATURA **170150160**

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR
SOLANGE CLARES VIEIRA
RUA PAULA ALVES F. QUINTINO 1116, ALTIPLANO
CEP: 63.505-450 IGUAU-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	AGUA	01/01	25,00

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTERIOR...: 1174	04/06/17
ATUAL.....: 1190	05/06/17
CONSUMO...: 06	DIA: 32
LEITURISTA: 01	OCO: 00
PRÓXIMA LEITURA:	24/07/17

MÉDIA: 5 m³

ULTIMOS CONSUMOS

MÊS	CONSUMO (m³)
DEZ	9
JAN	6
FEB	6
MAR	2
ABR	3
MAI	9
JUN	6

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

PARÂMETRO	PADRÃO	TOTAL ANÁLISE	VALOR MÉDIO
RESERVATÓRIO 01-ETA COCOBO		PERÍODO 10/05/17 A 10/06/17	
PH	ATE 12,0	01	10,00
CLORO	6 A 9	01	7,40
TURBIDEZ	ATE 5 M	01	2,50
FLUOR	ATE 5UT	01	1,20
	ATE 1 S	01	0,81

PARABENS! O SAAE AGRADECE SUA PONTUALIDADE

VENCIMENTO **20/06/2017** VALOR R\$ **25,00**

CONSUMIDOR

SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAU
 Rua: Engenheiro Wilton Correia Lima, 772 - Prado - Iguaçu/CE
 CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.505.138/0001-45
 Fone: (88) 3566-7788/195 (Gratuito)
 Site: www.saae.iguaçu.ce.gov.br

INSCRIÇÃO **0006297.1** NOME **SOLANGE CLARES VIEIRA** MÊS/FAT. **06/2017**
 VENCIMENTO **20/06/2017** VALOR R\$ **25,00**

SAAE
 0006297.06.17.170150160
 82650000000-3 25000253000-5 62970617170-5 150180000004-1

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

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

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 479 - 2902 / 2017****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **24/05/2017 08:32:52**Data / Hora da Ocorrência: **20/02/2017 11:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO QUIXOA**

Complemento:

Bairro:

Município: **IGUAU/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS**

Nascimento:

CPF:

RG:

Órgão Emissor:

UF:

Filiação: **MARIA SOCORRO CORREIA****ANTONIO RIBEIRO CAMPOS**Endereço: **RUA PAULA ALVES FERREIRA QUINTINO, 1116**Bairro: **BAIRRO ALTIPLANO**

CEP:

Município: **IGUAU/CE**País: **BRASIL**Telefone: **(88) 99972-3265****Histórico**

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE, nesta data, e informa das penalidades de falsa comunicação de crime e contravenção penal, Art 340, informou que no local e horário supracitado acima, trafegava de CONDUZIR, na moto: HONDA/ NXR, 150, BROS, ES, AND FAB/ MOD: 2013/2014, COR: VERMELHA, PLACA: OSD-2225, /CE, CHASSI: 9C2KDO55OER303346, RENAVAL: 5866553D1, estando a moto no nome do DECLARANTE: JOSÉ RONIVON RIBEIRO CAMPOS; Que o declarante CONDUZIA a referida moto e sobrou em uma curva e vindo a cair; Que foi socorrido pelo Corpo de Bombeiros, até o Hospital Regional Iguaú e sendo atendido pelo DR, DAISY TEIXEIRA DE MENEZES, que segundo o laudo do médico teve uma compressão na medula e feita uma cirurgia e colocado platina; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.

Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS

VISTO DO DELEGADO(A):

JERFFISON PEREIRA DA SILVA - MAT.: 198810-1-6

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPAMENTO DE SOCORRO DE URGÊNCIA

REGISTRO DE SOCORRO Nº _____

TURNO _____

RESGATE Nº _____ PB _____ DATA: 20/02/2017
NOME: JOE RERIVON RIBEIRO CAMPOS
IDADE: 48 anos SEXO: F () M (X)
LOCAL DE OCORRÊNCIA: DILIS QUIXOA
BAIRRO: _____

HORA DA OCORRÊNCIA: 10:00
CHEGADA AO LOCAL: 10:18
SAÍDA DO LOCAL: 10:35
CHEGADA AO HOSPITAL: 10:48
SAÍDA DO HOSPITAL: 11:26
CHEGADA AO P.B.: 11:30

TIPO DE OCORRÊNCIA

01. (X) ACIDENTE DE TRÂNSITO 05. () AFOGAMENTO 09. () MAL SÚBITO () OUTRO
02. () AGRESSÃO 06. () QUEIMADURA 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA
03. () DESABAMENTO 07. () CHOQUE ELÉTRICO 11. () JÁ REMOVIDO
04. () INTOXICAÇÃO 08. () QUEDA 12. () FALSO AVISO

RAZÃO DO ATENDIMENTO: Acidente de moto

DOENÇAS ANTERIORES: _____

EDICAMENTOS: _____

ALERGIAS: _____

COR		PELE		RESPIRAÇÃO	
CIANÓTICO ()	QUENTE ()	SECA ()	SUPERFICIAL ()		
PÁLIDO ()	35.025.022/0001-70	UMIDA ()	DIFÍCIL ()		
CONGESTO ()	ESTADO DO CEARÁ	NORMAL ()	NORMAL (X)		
NORMAL (X)	CORPO DE BOMBEIROS MILITAR	ENCHIMENTO CAPILAR	AUSENTE ()		
PULSO RADIAL		SANGRAMENTO			
FORTE ()	IRREGULAR ()	AUSENTE ()			
FRACO ()	AUSENTE ()	MÍNIMO (X)			
REGULAR ()	RETRÁDADO ()	MODERADO ()			
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		INTENSO ()			
ALERTA ()	FALA	PUPILAS			
RESPODE A COMANDOS ()	NORMAL ()	O O O O O O O O O			
RESPODE A ESTÍMULOS ()	CONFUSA (X)	2 3 4 5 6 7 8 9			
SEM RESPOSTA ()	INTELIGÍVEL ()	D _____ mm E _____ mm			
	NENHUMA ()	REAGENTE () REAGENTE			
		SEM REACÃO () SEM REACÃO			

SINAIS VITAIS: _____

HORA: _____

FR: _____

P.A.: _____

PULSO: _____

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS: PACIENTE COM ESCORINÇÕES PELO O CORA E SUSPEITO TRAUMATISMO.

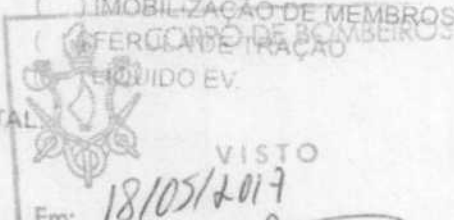
ACOMPANHANTE: Obs. Pertences (contêiner, habilitação, identidade, documento da moto)

PROCEDIMENTO REALIZADOS:

- () ASPIRAÇÃO () CURATIVOS () PRANCHA LONGA
() OXIGÊNIO () BANDAGENS () PRANCHA CURTA
() ASSIST. VENTILATÓRIA () IMOBILIZAÇÃO DE MEMBROS () COLAR CERVICAL
() RCP () REFERENCIAL DE TRACAO () OUTROS
() ASSIST. OBSTÉTRICA () REQUIDADO EV.

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO () ANTES DO SOCORRO
() PIORADO () ANTES DO TRANSPORTE
() INALTERADO



VISTO
18/05/2017

Em: _____

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA
IGUATU - CE
Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 015186	Atendimento 0008	Nome do Paciente JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS	CNS 898002714040529	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 473.297.501-15			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 25/04/1968	Local JUCAS/CE		Idade 48 Ano(s)	
Pai ANTONIO RIBEIRO CAMPOS	Mãe MARIA SOCORRO CORREIA			
Endereço RUA 06, 1116	Bairro ALTIPLANO	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge		Telefone 88 997
Responsável JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS	CPF do Responsável	Endereço RUA 06, 1116	Município IGUATU	

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 20/02/2017	Hora 11:00	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DAISY TEIXERA DE MENEZES	CRM/UF 015536/CE			Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA
Indicador de Acidente	Funcionário MARIA GARDENIA DE OLIVEIRA			
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				PA (mmHg) 110 x 60
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Paciente vítima de acidente de trânsito ^{na} ^{fratura}
Pé direito do pé
com escoriações e
resaca punhal e no dorso.
às 18:30
PA 80
46TC

C.D. Acesso venoso. HGT.
SF 0158. Seculo. 500

Observação.

Rx. Lateral.

Rx. Pelve. (baixo).

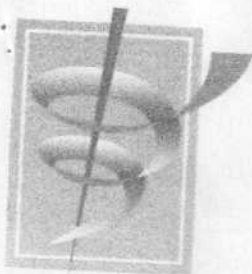
C.D. Dipnoria e ansiedade
(2)

Roberto Mendonça
CREMEC: 10.413

* às 22:45, os familiares
removeram a punção de
imobilização do membro,
contando o agindo contra
todas as orientações feitas
por toda equipe multiprofissional,
colocando em
integridade física do
em risco. Lavado
Fibra

DAISY TEIXERA DE MENEZES - CRM: 015536

Assinatura Paciente/Respor



Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice
Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE
Telefax: (0xx 88) 3582-7800

PACIENTE: JOSE RONIVON R. CAMPOS

DATA: 20-02-17

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA COLUNA CERVICAL

MÉTODO:

Exame realizado com aquisição volumétrica da coluna cervical, sem administração E.V. do produto de contraste.

LAUDO:

Fratura das apófises espinhosas de C5 e C6, com mínimo deslocamento dos fragmentos.

Corpos vertebrais anatômicos, com alturas preservadas, alinhados, textura habitual.

Redução do espaço discal C5-C6, com mínimos osteófitos marginais posteriores à direita da linha média, que se projetam no canal medular e tocam o saco dural.

Uncartrose C3, C4 e C5.

Articulações interapofisárias sem alterações significativas.

Dra. Ana Maria Araújo Martins
Médica Radiologista CRM 4934

Rua Santos Dumont, 510, Iguatu-Ceará - Fone: (88) 3582-7800

Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice
Rua Santos Dumont, 210 - Iguaçu - CE
Telefax: (0xx 88) 3282-7800

PACIENTE: JOSE RONIVON R. CAMPOS
DATA: 20-02-17

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA COLUNA CERVICAL

METODO:

Exame realizado com aquisição volumétrica da coluna cervical, sem administração E.V. do produto de contraste.

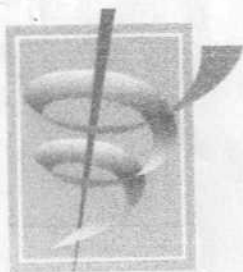
LAUDO:

Articulações interposições sem alterações significativas.
Uncomrose C3, C4 e C5.
Redução da linha média, que se projetam no canal medular e local o saco dural.
Corpos vertebrais anômalos, com alturas preservadas, alinhados, textura fragmentos.
Fratura das apófises espinhosas de C5 e C6, com mínimo deslocamento das



Dr. Ana Maria Araújo Martins
Médica Radiologista CRM 6074

Rua Santos Dumont, 210 - Iguaçu-Ceará - Fone: (88) 3282-7800



Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice

Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE

Telefax: (0xx 88) 3582-7800

PACIENTE: JOSE RONIVON R. CAMPOS

DATA: 20-02-17

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA COLUNA DORSAL

MÉTODO:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica da coluna dorsal, sem o uso de contraste venoso, com pós-processamento e análise em workstation.

ANÁLISE:

Corpos vertebrais alinhados, com alturas mantidas e densidades normais. Osteófitose marginal ântero-lateral, sobretudo no segmento mediano da coluna dorsal.

Espaços discais com alturas preservadas.

Discos intervertebrais sem sinais de herniações e/ou protrusões.

Canal vertebral e forames de conjugação com calibres normais, notando-se calcificação de ligamento amarelo em diversos níveis.

Elementos dos arcos posteriores íntegros.

Articulações costovertebrais exibindo discretos osteófitos marginais.

Estruturas musculares paravertebrais com atenuação conservada.

Dra. Ana Maria Araújo Martins
Médica Radiologista CRM 4934

Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice
Rua Santos Dumont, 210 - Iguaçu - CE
Telefone: (0xx 88) 3282-7800

DATA: 20-02-17

PACIENTE: JOSE RONIVON R. CAMPOS

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA COLUNA DORSAL

MÉTODO:

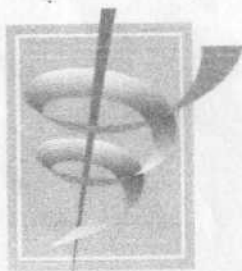
Obtidas imagens por aquisição volumétrica da coluna dorsal, sem o uso de contraste venoso, com pós-processamento e análise em workstation.

ANÁLISE:

Corpos vertebrais alinhados, com alturas mantidas e densidades normais. Osteólise marginal anterior-lateral, sobretudo no segmento mediano da coluna dorsal. Espaços discais com alturas preservadas. Discos intervertebrais sem sinais de herniações ou protrusões. Garra vertebral e formas de conjugação com calibres normais, notando-se calcificação de ligamento anular em diversos níveis. Elementos dos arcos posteriores íntegros. Articulações costovertebrais exibindo discretos osteólitos marginais. Estruturas musculares paravertebrais com atenuação conservada.



Dr. Ana Maria Araújo Moura
Médica Radiologista CRM 4432



Hospital São Camilo

Unidade de Tomografia Multi-Slice

Rua Santos Dumont, 510 - Iguatu - CE

Telefax: (0xx 88) 3582-7800

PACIENTE: JOSE RONIVON.R. CAMPOS

DATA: 20-02-17

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DA COLUNA LOMBAR

MÉTODO:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica da coluna lombar, sem o uso de contraste venoso, com pós-processamento e análise em workstation.

ANÁLISE:

Corpos vertebrais alinhados, com alturas, formas e densidades normais.

Anomalias em apófises transversas direitas de L1 e L3; e lise bilateral dos istmos de L5, sem sinais de listese.

Redução do espaço discal L5-S1. Demais espaços discais com alturas preservadas.

Discreto abaulamento discal difuso em L4-L5 e L5-S1, determinando impressão sobre a face ventral do saco dural.

Canal vertebral e forames de conjugação com calibres normais.

Estruturas musculares paravertebrais com atenuação conservada.

Dra. Ana Maria Araújo Martins
Médica Radiologista CRM 4934



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Jose Raimundo R. Campos

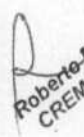
Rx Forax, AB

Rx Pelva (bacia) AB

IGUATU 20 de 03 2017

ASSINATURA E CRM

▷ Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora s/n
Bairro - Esplanada
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250


Roberto Mendonça
CREMEC: 10.413



Serviço de Neurocirurgia

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

RESUMO DE ALTA NEUROCIRÚRGICA/ ATESTADO MÉDICO

Nome: JOSÉ RONIVON RIBEIRO CAMPOS		
Sexo: M	Internação: 22/02/2017	Alta Neurocirúrgica: 29/03/2017
Diagnóstico: CANAL ESTREITO CERVICAL C6		
Prontuário: 5495755	ASIA D	ARTRODESE CERVICAL POR VIA ANTERIOR C5-C7

Evolução Clínica:

48 anos, vítima de acidente de moto em 22/02/2017 em Iguatu, sendo encaminhado ao IJF com déficit motor nos 4 membros. Paciente foi submetido a exames de imagem que não revelaram fraturas ou listese cervical. **RNM de coluna cervical** mostrou alteração de sinal ao nível de C6, com estenose do canal cervical neste nível. Paciente ASIA D, com nível neurológico em C6. Foi submetido a corpectomia de C6 com artrodese de C5-C7 por via anterior, sem intercorrências, pelo Dr. Eliseu Becco em 21/03/2017. Evoluiu bem, sem intercorrências.

Resultado de Exames:

TC de coluna cervical normal

RNM de coluna cervical: estenose de canal cervical ao nível de C6 com alteração de sinal em medula no mesmo nível.

Rx de controle: controle pós-operatório adequado.

Hoje:

Paciente evoluindo bem, sem intercorrências. Ao exame: consciente e orientado, mantém-se ASIA D. FO de bom aspecto, sem sinais flogísticos. **Caso discutido com STAFF, alta hospitalar e acompanhamento ambulatorial.**

Orientações:

- Alta da neurocirurgia, alta hospitalar.
- Retorno ambulatorial Dr Eliseu Becco com 30 dias
- 30 dias de afastamento de suas atividades laborais
- **Fisioterapia motora.**
- Retirar os pontos em 04/03/2017
- **Observação domiciliar rigorosa e RETORNO IMEDIATO à emergência se INTERCORRÊNCIAS.**
- **Fisioterapia motora**
- **ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA – POSTO DE SAÚDE.**
- Sugerimos afastamento de suas atividades laborais conforme perícia médica.

Fortaleza, 29 de Março de 2017.


Guilherme Sabóia Silveira
Médico
CRFMEC 17...



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde - SESA



Paciente: JOSÉ RONIVON RIBEIRO CAMPOS

Data do Exame: 11/03/2017

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUNA CERVICAL

MÉTODO:

Obtidas seqüências multiplanares ponderadas em T1 e T2 sem o uso do contraste venoso e exclusivamente ponderadas em T1 após o uso do contraste paramagnético.

ANÁLISE:

Áreas de alteração de sinal intramedulares nos níveis de C5 a C7, com hipersinal em T2 e discreto hipossinal em T1, sem captação pelo meio de contraste, podendo corresponder a lesões medulares contusionais.

Observa-se ainda, nestes mesmos níveis, entre os processos espinhosos de C5-C6 a C7-D1, área de alteração de sinal na musculatura paravertebral, captante do meio de contraste, de provável origem pós-traumática.

Protrusões discais para-centrais e foraminais à direita em C5-C6 e C6-C7, determinando compressão da face ventral do saco dural, redução da amplitude dos neuroforames correspondentes e compressão das raízes correspondentes.

Corpos vertebrais alinhados, com altura e intensidade de sinal normais.

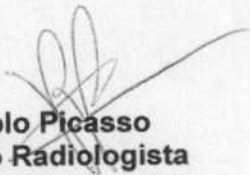
Aspecto normal das articulações uncovertebrais e interfacetárias.

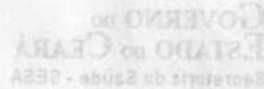
Demais discos intervertebrais com alturas e sinal conservados.

Restante do canal vertebral e demais forames intervertebrais com calibres normais.

Demais segmentos cervicais da medula espinhal com espessura e sinal conservados.

Acentuação da lordose cervical.


Dr. Pablo Picasso
Médico Radiologista
CRM 6806



Paciente: JOSÉ RONIVON RIBEIRO CAMPOS
Data do Exame: 11/03/2017

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DA COLUMNA CERVICAL

MÉTODO:

Obtidas seqüências multipланares ponderadas em T1 e T2 sem o uso do contraste venoso e exclusivamente ponderadas em T1 após o uso do contraste paramagnético.

ANÁLISE:

Áreas de alteração de sinal intramedulares nos níveis de C2 a C7, com hiper sinal em T2 e discreto hipossinal em T1, sem captação pelo meio de contraste, podendo corresponder a lesões medulares compressivas.

Observa-se ainda, nestes mesmos níveis, entre os processos espinhosos de C2-C6 a C7-D1, área de alteração de sinal na musculatura paravertebral, captação do meio de contraste, de provável origem pos-traumática.

Protrusões discais paracentrais e foraminais à direita em C2-C6 e C6-C7, determinando compressão da face ventral do saco dural, redução da amplitude dos neuroforames correspondentes e compressão das raízes correspondentes.

Corpos vertebrais alinhados, com altura e intensidade de sinal normais.

Aspecto normal das articulações uncoversibais e interfacetais.

Densais discos intervertebrais com altura e sinal conservados.

Resíduo do canal vertebral e densais forames intervertebrais com calibres normais.

Densais segmentos cervicais da medula espinhal com espessura e sinal conservados.

Acentuação da lordose cervical.

Dr. Paulo Picasso
Médico Radiologista
CRM 6806

Solicitação de atendimento – SARAH Fortaleza

Identificação do paciente

Nome completo

JOSÉ RONIVON RIBEIRO CAMPOS

Data de Nascimento

25/04/1968

Cidade de residência

Iguatu

Telefones de contato

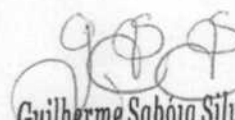
999723265

Data prevista para alta

29/03/2017

Diagnóstico:

☒ Lesão medular traumática☐ Lesão medular não traumática☐ Traumatismo crânio encefálico☐ Acidente vascular encefálico☐ Ataxias☐ Anóxia/Hipóxia cerebral☐ Doença de Parkinson☐ Esclerose múltipla☐ Miopatias☐ Paralisia cerebral☐ Outros: _____


Guilherme Sabóia Silveira
Médico
CREMEC 17.192

Solicitação de consulta:

www.sarah.br

(85) 3499-4400

Solicitação de atendimento – SARAH Fortaleza

Identificação do paciente

Nome completo		
JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS		
Data de nascimento	Cidade de residência	Telefones de contato
25/04/1982	Iguazu	99973322
Data prevista para alta		
25/03/2017		

Diagnóstico:

- ☒ Lesão medular traumática
- ☐ Lesão medular não traumática
- ☐ Traumatismo crânio encefálico
- ☐ Acidente vascular encefálico
- ☐ Ataxias
- ☐ Anóxia/Hipóxia cerebral
- ☐ Doença de Parkinson
- ☐ Esclerose múltipla
- ☐ Miopatias
- ☐ Paralisia cerebral
- ☐ Outros:

GRUPO SARAH
Médico
CREMEO 12.182

Solicitação de consulta:
www.sarah.br
(82) 3499-4400



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

INSTITUTO DOUTOR JOSÉ FROTA

RECEITUÁRIO

NOME: JOSÉ RONIVON RIBEIRO CAMPOS	
1) BACLOFENO 10MG	90CP
TOMAR 01CP A CADA 12H	
2) NIMESULIDA 100MG	01CX
TOMAR 01CP A CADA 12H SE DOR, POR ATÉ DIAS	
3) MERTIOLATE INCOLOR	01FRASCO
APLICAR EM FO 3 VEZES AO DIA, SEMPRE APÓS O BANHO COM A PELE SECA	

DATA: 29/03/2017


Guilherme Sabóia Silveira
Médico
CREMEC 17.192

Assinatura e Carimbo do Médico

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

TELEFONE: 32555000

Dados do(a) Paciente

Nome: JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS		Endereço: 06
Registro: 5495755	Estado civil:	Bairro: ALTE PLANO
Idade: 49 ano(s) e 0 mes(es)	Profissão:	Cidade/UF: IGUATU/CE
Data nasc.: 25/04/1968	Cônjuge:	CEP: 63500971
Sexo: Masculino	Nacionalidade: Brasileiro	Fone RES.: 999723265
Pai: ANTONIO RIBEIRO CAMPOS	Religião:	Fone Cel.: 999723265
Mãe: MARIA SOCORRO CORREIA	Identidade: 20020290838	Com/FAX:

Dados do Atendimento

Núm. do atend.: 829084	Caráter de Atendimento: Urgência/Emergência	
Convênio.: SUS	Tipo Doença: Crônica	Indicação de Acidente: Transito
Plano:	Tempo Doença: 0 Meses	Tipo de Atendimento: Consulta
Usuário:	Data/Hora: 02/05/2017 06:11:08	Tipo Saída: Alta

Dados do(a) Médico(a) Responsável

Nome: ELISEU BECCO NETO
 CRM: 8343
 Espec.: NEUROCIRURGIAO
 Telefone: 32627484
 Credenciado no Convênio: Não

Dados do(a) Responsável

Nome: JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS
 Parentesco:
 Telefone 999723265

Observações do Atendimento

Não Informado.

Sinais Vitais e Observações**Anamnese e Exame Físico**

Vítima de queda de motocicleta (20/02/2017)

cervicalgia

Diagnóstico (CID)

Diagnósticos: M48
 Traumatismo raquimedular

Procedimentos

0301060061	Descrição: ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA
------------	--

Conduta

FISIOTERAPIA MOTORA 3 VEZES/ SEMANA
 ALTA AMBULATORIAL

Exames Complementares**Considerações ao Paciente**

Paciente

Médico Assistente

Eliseu Becco Neto
 Neurocirurgião

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - CE

Nº 012411673860

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

TACI

VIA 01

COD RENAVAM 586655301

RNTRC 0000000000

EXERCICIO 2016

JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS

IGUATU/CE

47329750115

CPR/CNPJ

PLACA OSD2225

*****/CE

PLACA ANT/UP

CHASSI 9C2KD0550ER303346

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

ESPECIE TIPO

GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 BROS ES

MARCA/MODELO

ANO FAB 2013

ANO MOD 2014

2P/OCV/149CC

CAP/POT/CIL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 *****

COTA UNICA

VEIC COTA UNICA

VEIC COTAS

2 *****

FAIXA I.P.V.A

PARCELAMENTO/COTAS

1 *****

3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO

IGUATU

16/06/2016

DATA

CE Nº 012411673860

BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

EXERCICIO

16/06/2016

DATA EMISSÃO

47329750115

RENAVAM

586655301

CHASSI

9C2KD0550ER303346

47329750115

CPR/CNPJ

PLACA OSD2225

PLACA ANT/UP

CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

ESPECIE TIPO

GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 BROS ES

MARCA/MODELO

ANO FAB 2013

ANO MOD 2014

2P/OCV/149CC

CAP/POT/CIL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 *****

COTA UNICA

VEIC COTA UNICA

VEIC COTAS

2 *****

FAIXA I.P.V.A

PARCELAMENTO/COTAS

1 *****

3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO

IGUATU

16/06/2016

DATA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

47329750115

RENAVAM

586655301

CHASSI

9C2KD0550ER303346

47329750115

CPR/CNPJ

PLACA OSD2225

PLACA ANT/UP

CHASSI

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

ESPECIE TIPO

GASOL/ALCO

HONDA/NXR150 BROS ES

MARCA/MODELO

ANO FAB 2013

ANO MOD 2014

2P/OCV/149CC

CAP/POT/CIL

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE VERMELHA

1 *****

COTA UNICA

VEIC COTA UNICA

VEIC COTAS

2 *****

FAIXA I.P.V.A

PARCELAMENTO/COTAS

1 *****

3 *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)

IDF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

00/00/0000

DATA DE PAGAMENTO

IGUATU

16/06/2016

DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE NAO TERRESTRE, OU POR UM CARGA A PESSOAIS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

www.dpvatsegurodetransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

PROPRIETARIO

LOTE/DO SEGURO PARA LIDERAR DPVAT

MOTOR : KD05E55303346608.0001-04

www.seguradoralider.com.br

02-2019

SINISTRO 3170377294 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** MBM SEGURADORA S/A #772**BENEFICIÁRIO** JOSE RONIVON RIBEIRO CAMPOS**CPF/CNPJ:** 47329750115**Posição em 09-08-2017 09:15:41**

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.