

PROCURAÇÃO**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Antonio Simão Braga da Silva</i>		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>
Estado Civil: <i>solteiro</i>	Profissão: <i>agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>CNH</i> <i>06129666784</i>
CPF nº: <i>044.643.993-20</i>	Residência: <i>Ateneza abreu</i>	
Bairro: <i>cacimbas</i>	Cidade: <i>Itapipoca</i>	Estado: <i>ceará</i> CEP: <i>62.500-000</i>

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 18.044, portador do RG nº 8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone / Fax: (85) 3231-6493/4101-2403.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicia et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 26 de janeiro de 2016

Antonio Simão Braga da Silva
Outorgante

DECLARAÇÃO

Eu, Antonio Simão Braga da Silva, brasileira,
solteiro, agricultor, portador da Carteira de Identidade/RG nº
cNH: 06129666784 SSP/____, e inscrito no CPF/MF sob o nº 044.643.993-20,
residente e domiciliado na cidade de Itapipoca, estado de Ceará, na
Rua Tereza Abreu, cacimbas, declaro para
os devidos fins que possuo hiposuficiência 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.

Fortaleza (CE), 26 de janeiro de 2016.

Antonio Simão Braga da Silva

Declarante

DECLARAÇÃO.

Eu, Antonio Simão Braga da Silva Brasileira,
Solteiro, agricultor, RG 00129666784, CPF
044.643.993-20, capaz, residente ^{CNH:} e domiciliado na
Rua Tereza Abreu, cidade de Itapipoca,
CEP 62.500-000. Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os dados
pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de
qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE
AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou
óbito fornecida.

Fortaleza (CE), 26 de janeiro de 2016.

Antonio Simão Braga da Silva
Declarante.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

Nome: **ANTONIO SIMAO BRAGA DA SILVA**

DOC. IDENTIFIC. / CRL. EMISSOR OF: **2007019040120** **SSP** **CE**

CPF: **044.643.993-20** Data Nascimento: **30/04/1991**

Função: **MARIA LIDUINA BRAGA DA SILVA**

1225948112

13/03/2019 21/07/2014

06129866764

Assinatura do Titular: *Antonio Simao Braga da Silva*

Assinatura do Poderoso: *[Assinatura]*

Local: **ITAPICICA, CE** Data Emissão: **22/10/2015**

60243010577
00150144679

DETRAN-CE (CENRA)



Nº de Inscrição:
096666040

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCISCO HELIO ALVES SANTOS
End. Leitura: RU TEREZA ABREU, 2759, CACIMBAS
Cidade: J. TAPIPOCA

CEP: 62500-000

End. Entrega:

Cidade:
Local: 75-1

Sector: 005
Subsector: 00

Quadra: 0018
Subquadra: 00

Lote: 02-11

Comp: 0000

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: AGUA
Medidor: 111F033492

Leitura Anterior: 508

Leitura Atual: 519

Volumen (m³): 11

Média Semestral (m³): 12

DATAS

Leitura Atual: 08/10/2015
Leitura Anterior: 05/09/2015

Emissão: 08/10/2015
Próxima Leitura: 06/11/2015

Lacre Agua: 317914
Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA AGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 10/2012

Nº de Amostras: 113
Exigidas: 113
Analisadas: 113
Em conformidade:

Cloro: 057
Turbidez: 057
Cor: 011
011
010

Coliformes Totais: 057
057
057

Escherichia Coli: 057
057
057

MENSAGENS/INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITADAS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO. AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	13,11	OUT/14	8	6
ESGOTO	5,88	NOV/14	8	6
		DEZ/14	7	5
		JAN/15	7	3
		FEB/15	4	4
		MAR/15	6	10
		ABR/15	12	8
		MAI/15	10	7
		JUN/15	9	10
		JUL/15	12	11
		AGO/15	14	12
		SET/15	15	

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	Valor (R\$)
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	
PIS	0,18	VALOR DO SERVIÇO	54,25
COFINS	0,89	VALOR DO SUBSÍDIO	35,46
		VALOR TOTAL A PAGAR	18,79
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
10/2015	04/11/2015	18,79	

ONDE PAGAR SUA FATURA
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: Pagafolha. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br



Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.

Take care p/ contato
(88) 3427-2621



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 466 - 5075 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora da Comunicação: 04/11/2015 08:16:03
Data / Hora da Ocorrência : 16/08/2015 14:00:00
Endereço da Ocorrência: RUA 101,
QUADRA 03

COHAB ITAPIPOCA / CE

Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: ANTONIO SIMÃO BRAGA DA SILVA

Nascimento : 30/04/1991

NH: 06129666784 Órgão Emissor: DETRAN UF: CE - CPF: 04464399320

Filiação: NC

MARIA LIDUINA BRAGA DA SILVA

Endereço: R TEREZA ABREU 2759

CACIMBAS

ITAPIPOCA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Narra que na data, hora e local acima descritos, encontrava-se como condutor na motocicleta de dados: HONDA/NXR150 BROS ES, PLACA:NYC4619/CE, FAB/MOD:2011, COR: LARANJA, CHASSI:9CZKD0550BR542550, registrada em nome do Francisco Helio Alves dos Santos, o direção à casa do sua namorada Maria Vivio, quando uma outra motocicleta de dados desconhecidos cruzou a via em alta velocidade; Momento este, em que ele, o declarante, veio a colidir com a traseira da referida motocicleta indo de encontro ao solo; Que em decorrência da queda fora socorrido por familiares de sua namorada para o Hospital Maternidade São Vicente de Paulo neste município, conforme prontuário de nº 053017 e atendimento de nº 0010. Nada mais havendo, deu-se por encerrada a presente ocorrência policial.

Obs.: O noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 209, do C.P.B. (Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o intuito de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - "Falsidade Ideológica").

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

HELIA MARIA DE LIMA FREITAS - MAT.: 300488-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Antonio Simão Braga da Silva

VISTO DO DELEGADO(A):

MARCOS AURÉLIO ELIAS DE FRANÇA - MAT.: 405183-1-2

DELEGACIA REGIONAL DE ITAPIPOCA

Pág. 1 de 1

Impressa em: 04/11/2015 08:35

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 053017	Atendimento 0010	Nome do Paciente ANTONIO SIMAO BRAGA DA SILVA	CNS 898000953666834	Gula de Autorização
Documento(s) CPF: 044.643.993-20	Identidade: 2007019040120	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	
Data de Nascimento 30/04/1991	Local ITAPIOÇA/CE	Idade 24 Ano(s)		
Pai NC	Mãe MARIA LIDUINA BRAGA DA SILVA			
Endereço AVENIDA TEREZA ABREU, 2779	Bairro CACIMBAS	CEP 62500-000	Município ITAPIOÇA	UF CE
Profissão VENDEDOR	Empresa	Cônjuge	Telefone 88 97423228	
Responsável MARIA VIVIANE DA SILVA MACAR	CPF do Responsável	Endereço AVENIDA TEREZA ABREU, 2779	Município ITAPIOÇA	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 16/08/2015	Hora 14:21	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CIRO CAVALCANTE	CRM/UF 15424/CE	Tipo Atendimento CONSULTA		
Indicador do Acidente Trânsito	Funcionário ZENAGILA MARIA JACINTO DE SOUSA AGOSTINHO			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação / / às hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais P (kg)	Altura (cm)	T (°C) 37	P (bpm) 80	R (mpm) 18
				PA (mmHg) 130 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 16/08/2015 15:51

Responsável pela Classificação: LUIZ WILLIAN MATIAS

Relatório:

cliente busca p.a. com lesão em face à d após acidente de moto. Sat: 98% em ar ambiente. Nega DM, HAS ou alergias.

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

paciente vítima de acidente de moto
sem TCE
transferido p/ IJF.

CIRO CAVALCANTE - CRM: 15424

Procedimento realizado
(Sistema Único de Saúde) sem
nenhum ônus para o paciente ou
qualquer tipo de convênio
-VP

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA VIVIANE DA SILVA



Clínica Geral
Ultra-sonografia
Obstetrícia
Ginecologia
Prevenção
Exames Laboratoriais

Rua João Araújo Teixeira, 188
Fazendinha - Itapipoca/CE. Tel.: (88)3631-0640

Atendimento: Horário comercial, Sábado até às 12h.

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

PACIENTE: ANTONIO SIMÃO BRAGA DA SILVA

DATA: 02/09/2015

METODOLOGIA:

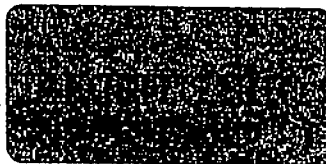
Foram realizados cortes axiais tomográficos do crânio, com a infusão de contraste venoso.

LAUDO:

Parênquima encefálico de aspecto usual.
Espaços de circulação líquórica de amplitude preservada.
Ausência de calcificações patológicas, formações expansivas, coleções hemáticas extra axiais e de inequívocos focos de hemorragia intraparenquimatosa.
Linha média centrada.
Tronco cerebral e estruturas da fossa posterior de aspecto anatômico.
Fratura do processo zigomático direito e das paredes anterior e lateral do seio maxilar homolateral, associada a preenchimento parcial do mesmo por material de média densidade (hematossinus?).
Cavidades aéreas paranasais e órbitas sem aparentes anormalidades.

DR. BRUNO CORDEIRO BASTOS
Médico Radiologista CREMEC 10114
Membro Titular do Colégio Brasileiro de
Radiologia e Diagnóstico por Imagem

CLINICA COSTA CAMPOS
RUA JOÃO ARAÚJO TEIXEIRA, 188, FAZENDINHA - ITAPIPOCA - CEARÁ
TELEFONE (88) 3631.0640



Antônio Simão Bruno de Silva

4

uro anal

1) Valmore — 1x
 3cp 1x / 1x hs.

22/10/17

Dra. Kamila S.S. de Alexandria
 Médica
 CREMEC-76451



PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome completo:	
CRM:	UF:
Endereço completo e telefone:	
Cidade:	
UF:	

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

Paciente: Antônio Simão Braga da Silva
 Endereço: R. Tenente Alceu - 2789 - Coimbras
 Prescrição: Uso Oral
1/4 Quexetina 20mg 1cx
tomar 01 qd ao dia.

Dr. Paulo S. de Alexandria
Médico
CREMEC 16450

17/10/15

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome completo:	
Ident.:	Org.: emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

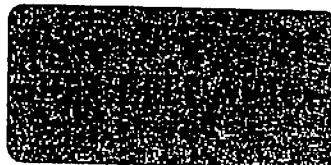
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	
DATA	

GRÁFICA COMERCIAL Av. Anastácio Braga, 1055, S. 102, FONE: (88) 3531-2189 - Itapipoca-CE - CNPJ: 35.214.824/0001-49 - CGF: 06.095.367-5 - INSC. SINDICAL - 234-8

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 09/03/2016 às 11:47, sob o número 01185262220168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0118526-22.2016.8.06.0001 e código 1FCC4F5.

UPA24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPIPOCA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24h (UPA)



Antônio Simão da Silva

3

Uso Cad.

1) Lançamento xmg

Tomar med. no dia

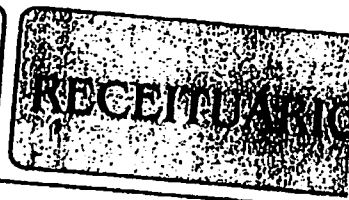
400

Dr. Saulo S. da Silva
Médico
CREMEC 16450

17/10/15



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAIPOCA
 SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



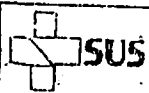
América Simas

1
 1 6
 (1) 2.000.000,00 — 16
 01 6 10.000

2

5-10-12

H.U.W.C.		HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANDIDO - UFC	
Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 - Bairro Rodolfo Teófilo			
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL			
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Nome Completo:		Nome:	
CRM:		Ident:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
Telefone:		Telefone:	
PACIENTE:		IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Endereço:		Nome:	
Prescrição:		Ident:	
Endereço:		Endereço:	
Cidade:		Cidade:	
UF:		UF:	
Telefone:		Telefone:	
1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA		ASSINATURA DO MÉDICO	
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE		ASSINATURA DO FARMACÊUTICO	
DIEGO R. S. C. FEITOSA MÉDICO CREMEC 11416		DIEGO R. S. C. FEITOSA MÉDICO CREMEC 11416	
Car. B. Amazez, 12/12/20		Car. B. Amazez, 12/12/20	
29/12/15		29/12/15	



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE
PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

29/10
fls. 25
15.1/2

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

H.U.A.S.

2 - CNEB

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Antônio Simão Braga da Silva

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

1529945

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☐

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

Ressonância Magnética de crânio

20 - QTD.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTD.

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTD.

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTD.

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTD.

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTD.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Epilepsia (?) focal

37 - CID 10 PRINCIPAL

G40

38 - CID 10 SECUNDÁRIO; 39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Paciente com histórico de queda do membro superior direito após acidente de trânsito em 1998, com sequelas motoras e sensoriais no membro superior direito, com crises convulsivas em 1998 e 2000.

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/10/15

43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Neurologista
CRM 10130

44 - DOCUMENTO

45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

710579242816163310

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNEB

Este documento é cópia original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUZA BERNARDES MONTEIRO, em 02/03/2016 às 11:47:59, e publicado no portal de acesso público em 02/03/2016 às 11:47:59. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tju.br/autenticacao/documento/00, informe o processo 0118526-22.2016.8.06.0001 e código 1FCC4F5.



Número Pedido.: 4867462 Data Entrada no Setor: 16/09/15 Atendimento.: 6636540 Idade: 24
Prontuário.: 1529945 ANTONIO SIMAO BRAGA DA SILVA Sexo: M
Médico Solicitante: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA Lollo.:

Procedência.: HOSPITAL AMBULATORIO DE CIRURGIA
Reg Geral Reg Div Med Reg Amb Cir Reg Pedlatria Reg SPA Reg Maternidade

TOMOGRAFIA CRANIO

Data Digltacao: 15/10/2015

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DO CRÂNIO E SEIOS PARANASAIS

INDICAÇÃO: Planejamento pré-cirúrgico.

MÉTODO:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica sem o uso de contraste venoso. As imagens foram pós-processadas e reconstruídas nos planos axial e coronal.

ANÁLISE:

- Fratura com afundamento em torno de 3 mm da parede anterior do seio maxilar, acometendo forame infraorbitário, assim como da parede lateral do seio maxilar, órbita e processo zigomático à direita.
- Contéudo formando nível líquido no seio maxilar esquerdo.
- Demais seios paranasais normoaerados, sem espessamentos significativos do revestimento mucoso sinusal.
- Compartimento intracraniano sem alterações significativas.

mh

DRA. LÍCIA PACHECO PEREIRA
Médico Radiologista:

CREMEC -
10345



Serviço de Neurologia Clínica e Neurocirurgia
Laboratório de Neurofisiologia Clínica
Eletroencefalograma Digital

Paciente: Antonio Simão Braga
Prontuário: 1529945
Medicamentos: Tramal 50mg S/N.
Data do Exame: 18-09-2015
Histórico: TC há um mês, crise TCG no mesmo dia e episódio de parestesia por todo o corpo

Sexo: Masculino
Nasc: 30-04-1991
Médico Solicitante: Dr. Galeno V. Rocha.
Técnico: Liduina

RELATÓRIO DE ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL

INTRODUÇÃO

Traçado obtido sob condições técnicas satisfatórias, com o paciente em vigília e sonolência, durante período de 20 minutos, sem a utilização de fármacos sedativos. Foram utilizados a hiperventilação e a fotostimulação intermitente como mecanismos de ativação.

DESCRIÇÃO

Atividade elétrica cerebral de base constituída nas regiões posteriores por um ritmo alfa contínuo e sincrônico, de média amplitude e frequência 9-11 Hz, sofrendo atenuação fisiológica à abertura ocular.
 Ausência de grafoelementos sugestivos de atividade epileptiforme ou potenciais anormais de outra natureza. Os mecanismos de ativação não trouxeram novos achados ao exame.

INTERPRETAÇÃO

Exame dentro da normalidade para a faixa etária.

Dra. Clauda Carvalho Mendes Schiavon CRM 9464
 Neurologia – RQE 5654
 Neurofisiologia Clínica – RQE 5670

OBS.: Qualquer exame complementar deve ser correlacionado ao quadro clínico do paciente, pois um EEG alterado, em algumas situações, não representa necessariamente anormalidade cerebral, assim como um EEG normal não descarta a possibilidade de patologia cerebral.

DATA DA ADMISSÃO

18 / 09 / 2015

HORA DA ADMISSÃO

DATA DA ALTA

18 / 09 / 2015

HORA DA ALTA

PORTARIA PRINCIPAL HUWC
DATA 18/09/15TIS: 28
TOTAL DIAS PERMANÊNCIA

03 (TRÊS DIAS)

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO

Paciente alega ser vítima de acidente motociclístico dia 16/08/2015. Evolui com fratura de zigoma direito. Ao exame clínico observamos hiposfagma em olho direito, bem como leve perda de projeção de zigoma direito. Ao exame intra-oral, não observamos alterações na oclusão. Abertura de boca de 30mm. Paciente queixa-se de dormência em região do nervo infraorbital direito, bem como dor ao mastigar. Paciente compareceu para ter avaliação pré-operatória, onde verificou-se a necessidade de parecer da neurologia. Foi dado o parecer positivo para o procedimento cirúrgico com a ressalva da necessidade de realizar uma TC de crânio para excluir qualquer possibilidade de lesão craniana associada ao trauma. Além disso solicitaram avaliação posterior no Ambulatório da neurologia e solicitaram uma EEG de sono e vigília. Paciente internado e visto pelo professor Eduardo. Sem intercorrências. Encaminhado para realizar a TC e verificado pelo residente da neurologia, sendo liberado para o procedimento cirúrgico. Retornar ao ambulatório da neurologia após alta hospitalar para acompanhamento.

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES COMPLEMENTARES

EXAME DE IMAGEM COMPATÍVEL COM O CASO

EVOLUÇÃO E COMPLICAÇÕES:

PACIENTE NO 1º DPO DE REDUÇÃO GRUENTA DE ZIGOMA DIREITO, ORIENTADO, COM DOR LEVE, EUPNÉICO, ACIANÓTICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, DIURÉSE POSITIVA E COM BOM ESTADO GERAL. O EXAME FÍSICO EVIDENCIA EDEMA EM FACE (ZIGOMÁTICO DIREITO), BOA ADAPTAÇÃO DAS FERIDAS CIRÚRGICAS E AUSÊNCIA DE SANGRAMENTOS OU SINAIS DE INFECÇÃO.

HUWC - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO

RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE

ANTONIO SIBAO BRAGA DA SILVA

Nº DO PRONTUÁRIO

1529945

CLÍNICA

CIRURGIA BUCO-MAXILO-FACIAL

Nº DO ATENDIMENTO

ENFERMARIA

LEITO

852

TERAPEUTICA: _____

fls. 29

REDUÇÃO CRUENTA E FIXAÇÃO INTERNA RÍGIDA DE FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO DIREITO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: _____

FRATURA DO COMPLEXO ZIGOMÁTICO-ORBITÁRIO DIREITO

ORIENTAÇÃO MÉDICA DADA AO PACIENTE _____

REPOUSO, EVITAR ESFORÇOS FÍSICOS, EVITAR EXPOSIÇÃO AO SOL INTENSO, DIETA LÍQUIDA/PASTOSA FRIA E GELADA A CADA 03 HORAS, COMPRESSA GELADA EM FACE POR 20 MINUTOS A CADA HORA NAS PRIMEIRAS 48 HORAS E APÓS OS 2 PRIMEIROS DIAS TROCAR POR COMPRESSA MORNHA, HIGIENE ORAL 4X/DIA, DORMIR COM A CABECEIRA ELEVADA EM 30° E CASO DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO: DR. ALEXANDRE MARANHÃO (85) 88741284. RETORNO AMBULATORIAL: SEGUNDA-FEIRA, 21/09/2015, ÀS 07:30, NA SALA 02 DA FACULDADE DE ODONTOLOGIA.

CONDIÇÕES DE ALTA:

☐ CURADO



MELHORADO



INALTERADO



A PEDIDO

☐ TRANSFERIDO

☐ OUTRA

☐ ÓBITO



SOLICITADO NECROPSIA

CARIMBO DO SERVIÇO

FONTELEZA

18

09

2015

Dr. Alexandre Maranhão Mendes III
Cirurgia e Traumatologia
Bucco Maxilo Facial
Residente HUWC CRO-CE 8230

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO - CRM
(NOME LEGÍVEL)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RAFAEL DE SOUSA REZENDE e autenticado pelo sistema de validação de documentos em papel da JFCE. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0118526-22.2016.8.06.0001 e código 1FCC4F5.

2º - O presente foi anexado ao arquivo para a realização do exame.

REZENDE RAFAEL DE SOUSA

OBSERVAÇÕES:

UFC HUWC		REQUISIÇÃO DE EXAMES / PROCEDIMENTOS		(1) DATA DA SOLICITAÇÃO: 29/06/15		(2) Nº PRONTUÁRIO: 1529945		(3) Nº REQUISITADO DA UNIDADE: 15		(4) Nº 30			
(3) NOME DO PACIENTE:				(4) DATA NASCIMENTO:		(5) IDADE:		(6) SEXO:					
Anônio Simão Braga da Silva								☐ 6 F ☐ 9 M					
(7) PESO:		(8) ALTURA:		(9) ENDEREÇO:									
(10) BAIRRO:		(11) DISTRITO SANITÁRIO:		(12) MUNICÍPIO:		(13) ESTADO:		(14) PROCEDÊNCIA/ORIGEM:					
								☐ 1 ☐ 2 ☐ 3					
(15) DADOS CLÍNICOS:				(16) DROGAS EM USO:									
<i>Relato com histórico de trauma após queda do moto (sic) com relato de movimentos bruscos e irregulares em P.O. quadro.</i>													
(17) DESTINO DO EXAME/PROCEDIMENTO:				(18) COD. UNIDADE:		(19) IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE SOLICITANTE:							
(18) MATERIAL A EXAMINAR:				☒ AMBULATÓRIO: Neurologia		COD. UNIDADE:		ESPECIALIDADE:		COD. ESPECIALIDADE:			
												☐ CLÍNICA:	
												ENFERMARIA: _____ LEITO: _____	
(20) Nº ORDEM:		(21) EXAME/PROCEDIMENTO SOLICITADO (ESPECIFICAR UM POR LINHA)		PARA USO DA UNIDADE QUE REALIZARÁ O EXAME/PROCEDIMENTO									
1 2 3 4 5 6 7		<i>Ressonância Magnética do crânio</i>		(22) NÚMERO INCIDENTE		(23) CONTROLE QUALIDADE		(24) DATA DO RESULTADO		(25) CÓDIGO EXAME/PROCEDIMENTO			
(26) CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO SOLICITANTE:		(27) CRM:		(28) TOTAIS									
 Dr. Samuel Barreto Viana Neurologista CRM 10130													
(29) PREENCHIDO POR (CAMPOS 25, 26, 27, 28 + 29)				(30) CONFERIDO POR				(31) DIGITADO POR					

OBSERVAÇÕES:

 1 - Se se realizar o exame se a requisição estiver preenchida de forma clara/legível, com os dados do paciente devidamente registrados.
 2 - O paciente só será atendido no dia marcado para a realização do exame.
 3 - O paciente deve comparecer ao Hospital Geral de Fortaleza (HGF) Ceará, protocolado em 08/03/2016 às 11:47, sob o número 01185262220168060001.
 4 - O paciente deve apresentar documento de identificação pessoal e profissional.
 5 - O paciente deve estar acompanhado por um familiar ou responsável legal.
 6 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 7 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 8 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 9 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 10 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 11 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 12 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 13 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 14 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 15 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 16 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 17 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 18 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 19 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 20 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 21 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 22 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 23 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 24 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 25 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 26 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 27 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 28 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 29 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 30 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 31 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 32 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 33 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 34 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 35 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 36 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 37 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 38 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 39 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 40 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 41 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 42 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 43 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 44 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 45 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 46 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 47 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 48 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 49 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 50 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 51 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 52 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 53 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 54 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 55 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 56 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 57 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 58 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 59 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 60 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 61 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 62 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 63 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 64 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 65 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 66 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 67 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 68 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 69 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 70 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 71 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 72 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 73 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 74 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 75 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 76 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 77 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 78 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 79 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 80 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 81 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 82 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 83 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 84 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 85 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 86 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 87 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 88 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 89 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 90 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 91 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 92 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 93 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 94 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 95 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 96 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 97 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 98 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 99 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 100 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 101 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 102 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 103 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 104 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 105 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 106 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 107 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 108 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 109 - O paciente deve estar com o cartão de identificação em mãos.
 110 - O paciente deve estar com o cartão de pagamento em mãos.
 111 - O paciente deve estar

SigaemFrente

PROEVO DPVAT

DESCONECTAR

Olá MARIA LOPES RODRIGUES MARTINS

Dados do processo

Voltar

Produtor	Seguradora	Data de entrada	Nº do Sinistro
MARIA LOPES RODRIGUES	CORRETORA	27/11/2015	3151/026130

Vítima

Vítima	Endereço	Bairro	Cidade
ANTONIO SIMAO BRAGA DA	RUA TEREZA ABREU - 2759	CACIMBAS	ITAPIPOCA
UF	CEP	Código da vítima	Natureza
CE	62500-000	CONDUTOR	INVALIDEZ
Data de nascimento	CPF	Valor (DAMS)	Data do sinistro
30/04/1991	044.643.993-20	R\$	16/08/2015

Beneficiários

Beneficiário 1



Nome	CPF/CNPJ	Data de nascimento	Cidade	UF
ANTONIO SIM	044.643.993-20	30/04/1991	ITAPIPOCA	CE
Banco	Agência	Conta		
237 - BRADES	1351-0	40226-5		

Histórico

Data	Status	Descrição
27/11/2015	PROCESSO ANALISADO E APROVADO	
13/01/2016	PROCESSO PAGO	
08/12/2015	PROCESSO ENCAMINHADO PARA SEGURADORA LIDER	

Dados do pagamento

Beneficiário	Data	Valor
ANTONIO SIMAO BRAGA DA SILVA	13/01/2016	R\$ 4.725,00