



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Isabela de Abreu Gomes</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>solteira</i>	Profissão: <i>Assist. Pedagógica</i>	Carteira de Identidade: <i>20077281424</i>	
CPF nº: <i>607.026.093-74</i>	Residência: <i>Rua Manoel Ferreira de Souza</i>		
Bairro: <i>Paçuçanga</i>	Cidade: <i>Maracanaú</i>	Estado: CE	CEP: <i>61910-000</i>

OUTORGADA:

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium 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), 09 de Março de 2018.

Isabela de Abreu Gomes

outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Inabyla de Abreu Gomes, brasileiro(a),
Solteira, Assist. Pedagógica, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2007781424-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 607.026.093-74,
 residente e domiciliado na cidade de Maracanaú, estado de
 Ceará, na Rua Mamuel Ferreira de Souza nº 130,
 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.

Fortaleza (CE), 09 de Março de 2018.

Inabyla de Abreu Gomes
 Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIO NACIONAL 1225929082	NOME ISABELA DE ABREU GOMES	
	D-SC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 20077281424 SSP CE	
	CPF 607.026.093-74	DATA NASCIMENTO 02/08/1996
	FILIAÇÃO CRISTOVÃO JOSE DE OLIVEIRA GOMES MARIA LILIANE VIEIRA DE ABREU	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1225929082	Nº REGISTRO 06488331896	VALIDADE 19/10/2016
	1ª HABILITAÇÃO 20/10/2015	
	PERMISSÃO PERMISSÃO	
	ACC ACC	
CATHAS B		
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO		
Assinatura do Portador <i>Isabela de Abreu Gomes</i>		
LOCAL MARACANAÚ, CE		DATA EMISSÃO 21/10/2015
Assinatura do Emissor <i>Igor Valencio Pontes</i> IGOR VALÊNCIO PONTES		58684588096 CE148501443
DETRAN-CE (CEARA)		

CONTRAN

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 012460745739
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA / COD RENAVAM RUTRG EXERCÍCIO
PPT 01 00915209276 0000000000 2015

DEYSELENE CARNEIRO CRUZ

FORTALEZA

CPF / CNPJ

92282750306

PLACA ANT / US

/CE

98D17164G72945961

ESPÉCIE TIPO

PAS/AUTOMÓVEL/NAO APLIC.

MARCA / MODELO

FIAT/FALTO FIRE FLEX

CAP / POT / CL

5P/66CV/1000CC

CATEGORIA

PARTIC

ANO FAB

2007

ANO MOD

2007

COR PREDOMINANTE

PRETA

COTA ÚNICA

1

VENC. COTA ÚNICA

1

TAXA LEVA

2

TARIF. COTA ÚNICA

2

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IQF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL

FORTALEZA

DATA

19/04/2015

Ignor Ponte





VIA		01		92282750306		GFF / GNFU		2016 19/04/2016		EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
RENAVAM		00915209276		FIAT/FALIO FIRE FLEX		MARC / MODELO		HY00342		PLACA			
ANO FAB		2007		01		1207		9BD17164G72945961		Nº CHASSI			
PRÊMIO TARIFÁRIO				DENÁTIM (R\$)				CUSTO DO SEGURO (R\$)					
FMS (R\$)		45,5		5,06		50,55		TOTAL SEGURO SEGURO (R\$)		105,65			
CUSTO DO BILHETE (R\$)				0,4				DATA DE OUTUBRO				13/04/2016	
PAGAMENTO				PARCELADO				COTA ÚNICA					

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

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 06.248.000/0001-04
www.seguradoralider.com.br





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 527613315

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
7928818 DV **9**

VENCIMENTO
11/06/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
60,44

Rota 01 026001 12 012200 Medidor Poste
Nome MARIA LILIANE VIEIRA DE ABREU 5519797 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU MANUEL FERREIRA DE SOUZA 00130 PAJUCARA MARACANAU
61910000

RG / CPF / CNPJ 892.565.733-34

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 25793 25731 1 62 0 62

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO 62 0,73404 45,51

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,35
MULTA MORATORIA 0,75
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 13,83
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,33)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação Prev. Próxima Leitura
04/06/2018 03/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

C6C3.C387.AEED.5F97.BE83.5406.726A.8B3B

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
45,51 27% 12,28

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 17,21
TRANSMISSÃO 1,83
DISTRIBUIÇÃO 9,80
ENCARGOS SETORIAIS 2,63
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 14,04

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 11,93
Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL I
Mês ABR/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

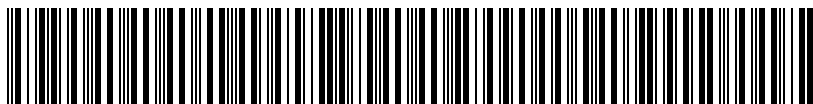
INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 7928818-9 N° da Nota Fiscal: 527613315 Total a Pagar (R\$): 60,44
Data de Emissão: 28/06/2018 Referência: JUN/2018 N° de Controle: 0007928818 00019 4322 2 51

83890000000-5 60440031000-8 00079288180-0 00194322210-7



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 202 - 530 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/03/2017 09:32:32**
Data / Hora da Ocorrência: **22/01/2017 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 060 060**
Complemento:
Bairro: **MONGUBA** Município: **PACATUBA/CE**
Ponto de Referência: **POSTO DE GASOLINA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ISABELA DE ABREU GOMES**
Nascimento: **02/08/1996** CPF: **607.026.093-74**
RG: **20077281424** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LILIANE VIEIRA DE ABREU**
CRISTOVÃO JOSE DE OLIVEIRA GOMES
Endereço: **RUA MANUEL FERREIRA, 130**
Bairro: **PAJUÇARA** CEP:
Município: **MARACANAÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **87935-1119**

Histórico

Afirma a declarante que na data acima citada, a pessoa de nome JOANA DARC PEREIRA OLIVEIRA, conduzia o veículo FIAT PALIO FIRE FLEX DE PLACAS HYQ-0342/CE EM NOME DE DEYSELENE CARNEIRO CRUZ, CHASSI 9BD17164G72945961, ano 2007 de COR PRETA; Que esta conduzia o veículo no sentido PACATUBA/FORTALEZA, com alguns passageiros no caso a declarante ISABELA DE ABREU GOMES (VÍTIMA DO ACIDENTE); Que segundo a declarante a pessoa JOANA DARC PEREIRA OLIVEIRA, devidamente habilitada categoria (AB), bateu no meio-fio perdendo o controle do veículo, vindo a capotar; Que após o acidente a declarante juntamente com os demais passageiros foram para casa, levadas por alguns populares; Que no mesmo dia por volta das 12:00 a declarante estava sentindo muitas dores e foi levado para o hospital REGIONAL DA UNIMED em FORTALEZA, onde recebeu os primeiros atendimentos; Que no hospital foi constatado que a declarante tinha sofrido TRAUMA na coluna vertebral ficando internada naquele hospital por dois dias e sendo realizada uma cirurgia e sendo colocado dez pinos e duas placas de titânio na coluna; Que ainda continua em tratamento médico; Que testemunharam o acidente as pessoas: a condutora do veículo acima citada e a pessoa de nome (DIENE NUNES MARTINS), que também estava no carro com a declarante. E nada mais disse//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Adson Alves Abreu
ADSON ALVES ABREU - MAT.: 30095219

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Isabela de Abreu Gomes

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 202 - 530 / 2017****VISTO DO DELEGADO(A) :****FRANCISCO SIDNEY FURTADO RIBEIRO - MAT.: 012730-1-9**



Ortopedia Especializada



Para: ISABELA DE ABREU GOMES

RELATÓRIO

PACIENTE ISABELA DE ABREU GOMES, 20 ANOS, COM HISTÓRIA DE CAPOTAMENTO DE CARRO NO DIA 22/01/17 SOFRENDO TRAUMA EM FLEXÃO-COMPRESSÃO DA COLUNA RESULTANDO EM FRATURA DO PROCESSO ESPINHOSE DE C7 E FRATURA DE VÉRTEBRAS TORÁCICAS. A MESMA REALIZOU TC DA COLUNA NO HRU DIA 22/01 EVIDENCIANDO TAL FRATURA, PORÉM O EXAME DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ESTÁ INCOMPLETO, FALTANDO AS IMAGENS NO PLANO SAGITAL DA COLUNA TORÁCICA.

A PACIENTE FOI AO CENTRO DE IMAGENS DO HOSPITAL HRU HOJE PELA MANHÃ COM A SOLICITAÇÃO POR ESCRITO DAS IMAGENS AUSENTES E DO LAUDO, MAS AS MESMAS NÃO FORAM ENTREGUES, SENDO ENTREGUE SOMENTE O LAUDO.

POR SE TRATAR DE UMA FRATURA COM GRANDE PROBABILIDADE DE INDICAÇÃO CIRÚRGICA, É DE SUMA IMPORTÂNCIA AS IMAGENS NO PLANO SAGITAL DA COLUNA TORÁCICA PARA A DEFINIÇÃO DO TRATAMENTO.

Dr. Raphael Teófilo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CREMEC 11.348 TEOT 13618

31, 01, 17

Dr. Raphael Teófilo
Ortopedia/Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM 11348 - TEOT 13.618

ARTROS MEIRELES
Av. Sen. Virgílio Távora 195
B. Meireles
Fortaleza – Ceará – Brasil
Fone: (85) 3048-2800/ 41414152 / 32154650
ARTROS SÃO CAMILO
Rua costa Baros, 833
Fone: (85) 3464 7097

HOSPITAL SÃO CAMILO
Rua Costa Barros, 833
B. Centro – CEP 60160-140
Fortaleza – Ceará – Brasil
Fone (85) 4012 0012
Fax (85) 3242 9245



Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Data Nasc.: 02/08/1996

fls. 15

Nome Social:

Idade: 20 Anos 5 Meses 21 Dias

Sexo: Feminino

Atendimento: 0005142287

Carteira: 0630020045140111

Plano: UNIFLEX - ENF

Convênio: UNIMED FORTALEZA

Unidade:

Leito:

Data Doc.: 23/01/2017 12:45

Data de Internação: 22/01/2017

Dias de Internação: 1

Data Impress.: 23/01/2017 12:49

EVOLUÇÃO MÉDICA

MOTIVO DA ADMISSÃO NO HRU

CID da HD

MOTIVO QUE JUSTIFICA A PERMANÊNCIA NO HOSPITAL / UNIDADE

LISTA DE PROBLEMAS

FC: 88-113 BPM

FR: 14-14 RPM

So2: 96-98 %

PA: 60-90 / 110-120 MMHG

T: 36,3-36,9 GRAUS

GLICOTESTE

EVOLUÇÃO E EXAME FÍSICO

NEUROCIRURGIA:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE CARRO COM CAPOTAMENTO, COM PERDA DE CONSCIENCIA TRANSITÓRIA, EVOLUINDO COM VÔMITOS E DORSALGIA.

ECG 15, PARES CRANIANOS SEM ALTERAÇÕES.

** TC CRANIO NDN

** TC COLUNA CERVICAL NDN

** TC COLUNA TORACICA FRATURA COMPRESSIVA DE T7, SEM COMPRESSÃO MEDULAR.

EVOLUI BEM, SEM INTERCORRENCIAS.

CD: ALTA DA NEURO EM USO DE COLETE TORACOLUMBAR POR 3MESES.
ACOMPANHAMENTO MENSAL
ORIENTAÇÕES.

RESULTADO DOS PRINCIPAIS EXAMES

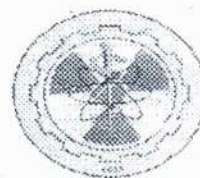
PLANO TERAPÊUTICO E CONDUTA

PREVISÃO DE ALTA

MÉDICO: CALANDER SOBREIRA VANDERLEI

CRM - 10374

Dr. Alander Sobreira Vanderlei
Neurocirurgia
CRM 10374



Centro de Imagem

SERVIÇO DE LAUDO RADIODIAGNÓSTICO

PACIENTE: ISABELA DE ABREU GOMES
DATA: 04/02/2017
EXAME: 41
DIGITADORA: THAYANARA ALVES

RX DA COLUNA TORACO-LOMBAR

COMENTÁRIOS:

- Levoconvexidade do eixo da coluna lombar, na visão frontal.
- Redução da altura de corpo vertebral dorsal (1/3 médio da coluna dorsal) sugerindo fratura.
- Espaços discais com boa amplitude.

Vitor Lima Pinheiro
Médico

Dr. Vitor Lima Pinheiro
CRM - 8553



Central de Atendimento (85) 3209-1100
 Av. Ruy Barbosa, 120 - Centro, Fortaleza - CE
 CEP 60060-000 Fone: (85) 3209-1100
 www.unimedfortaleza.com.br

5917.0040.8920

ISABELA DE ABREU GOMES
 MANOEL FERREIRA 130, PAJUCARA
 00000000, MARACANAÚ, CE
 DR(A) RAPHAEL TEOFILO DE SOUZA

DN: 02/08/1996 (20 ANOS)

SEXO: FEMININO



Exame	Resultado	Análise Gráfica	Valor de Referência
Data de Coleta/Recebimento: 03/02/2017, Hora Aproximada: 09:35 BRT			
Glicose (Material: Soro)	77 mg/dL		70 a 99 mg/dL (Método: Hexoquinase)
Sódio (Material: Soro)	142 mEq/L		de 138 até 145 mEq/L (Método: Eletrodo Ion Seletivo - Indireto)
Potássio (Material: Soro)	4,3 mEq/L		de 3,5 até 5,5 mEq/L (Método: Potenciometria Indireta)
Uréia (Material: Soro)	27 mg/dL		Crianças até 7 meses: Inferior a 48 mg/dL Acima de 7 meses: 10 a 50 mg/dL (Método: Urease com GLDH)
Creatinina (Material: Soro)			
Creatinina	0,71 mg/dL		de 0,50 até 1,10 mg/dL (Método: Clítico otimizado)
*eGFR - Afro Descendente	Superior a 60 mL/min/1,73m²		(Método: Cálculo)
*eGFR - Não Afro Descendente	Superior a 60 mL/min/1,73m²		(Método: Cálculo)
Valores de Referência:			
*eGFR Normal	Superior a 60 mL/min/1,73m²		

*eGFR = Taxa de filtração glomerular estimada pela fórmula recomendada pelo NKDEP (National Kidney Disease Education Program) e pela Sociedade Brasileira de Nefrologia. Esta estimativa foi calculada utilizando-se a fórmula do estudo MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) que tem como variáveis a creatinina, o sexo, a idade e a afro-descendência. Havendo alguma divergência, contate o laboratório para correção do sexo e/ou idade no cadastro. A fórmula não foi testada em crianças, idosos acima de 70 anos, gestantes, pacientes gravemente enfermos e indivíduos com obesidade morbida. Clin Chem 2006; 52: 5-18 - J Am Soc Nephrol 2000;(11):155A

Liberado por: Wivilla Tânia Farias Lucena CRBM-CE : 4681 (03/02/2017 17:51 BRT)
 Responsável: Dra. Maria Helane Costa Gurgel CRM-CE 9061

A correta interpretação do resultado de qualquer exame depende de outros dados do cliente que normalmente, só o médico solicitante possui.

1353849293

Sob a responsabilidade Técnica de Dra. Stella Maria Torres Furlani - CRM/CE 2478

5917.0040.8920
 PG 1 de 3



Prescrição.: 2838509 Data: 22/01/2017 - 13:32 DIAS INTERNADO: 0 Dias - Usuário: M03826

Atendimento: 5142287 - Paciente: ISABELA DE ABREU GOMES

Data Nascimento: Dt Nasc: 02/06/1996 (20a 5m 22d)

Médico: JONAS ARAUJO E SILVA - CRM 3826

FUNÇÃO: MEDICO(A) Serviço: CIRURGIA GERAL

Unid. Int.: EMERGENCIA 24H - ADULTA - Leito: Cobertura:

Cid.: Ciclo: /

Diagnóstico:

Protocolo:

Classificação de Risco: URG

1ª VIA



Classificação de Risco: URGENTE

PRESCRICAO MEDICA

EXAMES DE IMAGEM	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
1 RX TORAX - P.A. ; Exame: 2186746 Justificativa: TRAUMA	1					
2 * ULTRASSOM ABDOMEN TOTAL ; Exame: 2186744 Justificativa: TRAUMA	1					
3 TOMOGRAFIA DE CRANIO ; Exame: 2186745 Justificativa: TRAUMA	1					

JONAS ARAUJO E SILVA
Cirurgia Geral
Medicina do Trabalho
CRM 3826
JONAS ARAUJO E SILVA
CRM 3826



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HOSPITAL REGIONAL UNIMED

Endereço: Av. Visconde do Rio Branco, 4000

Cidade: Fortaleza UF: Ceará

CNPJ: 05.868.278/0002-80

Telefone: (85) 3277.7000

1º Via - Retenção da Farmácia ou Drograria

2º Via - Orientação ao Paciente

Dr. Alander Sobreira Venderlei
Neurocirurgião
CRM 10374

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Endereço: PEDRO CAETANO DE PAIVA

Nr.: 118

Complemento: 0

Bairro: PAJUCARA

Cidade: MARACANAÚ

Cep.: 61932450

Prescrição:

1) PACO 30MG ----- 2CXS

TOMAR 1 CP VIA ORAL DE 8/8H SE DOR FORTE.

Data: 23/01/2017 12:50

Dr. Alander Sobreira Venderlei
Neurocirurgião
CRM 10374

Assinatura do Médico

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Assinatura do Farmacêutico

Data

AV. VISCONDE DO RIO BRANCO, 4000 - SÃO JOÃO DO TAUAPE
FONE: (85) 3277.71.00 - CEP:60055-172 - FORTALEZA - CE

Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Atend.: 0005142287

O(a) Sr.(a) 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES compareceu a esta clínica às 13:16 horas para

1- Consulta ☒

4- Cirurgia ☐

2- Acompanhar Familiar ☐

5- Fazer Radiografia ☐

3- Fazer exame de Laboratório ☐

6- Fisioterapia ☐

Outrossim comunicamos que:

a- pode voltar em seguida ao trabalho ☐

b- foi encaminhado ao especialista ☐ Laboratório ☐ Radiologista

c- dever ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

d -deverá ficar afastado do trabalho por 15 dias a contar desta data 22/01/2017 ☒

e- poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho ☐

f-CID T08 - FRATURA DA COLUMA, NIVEL NAO ESPECIFICADO

Fortaleza, 22 de JANEIRO

de 2017

SAMUEL MAGALHÃES DA SILVA CRM: 10117

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1

PAA-1

Ao Dep Pessoal

Nome:

1- Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.

2- Providenciar doc.p/benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.

3- Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento _____

ASRM/SEAMC 18
Cód.: 16728

DEP. MÉDICO

AO
DEP. MÉDICO
MÉDICO DA EMPRESA

Senhor usuário entregar esta comunicação na Empresa dentro de 24 horas

AV. VISCONDE DO RIO BRANCO, 4000 - SÃO JOÃO DO TAUAPE

FONE: (85) 3277.71.00 - CEP:60055-172 - FORTALEZA -CE

Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Atend.: 0005142287

O(a) Sr.(a) 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES compareceu a esta clínica às 13:16 horas para

1- Consulta ☒

4- Cirurgia ☐

2- Acompanhar Familiar ☐

5- Fazer Radiografia ☐

3- Fazer exame de Laboratório ☐

6- Fisioterapia ☐

Outrossim comunicamos que:

a- pode voltar em seguida ao trabalho ☐

b- foi encaminhado ao especialista ☐ Laboratório ☐ Radiologista

c- dever ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

d -deverá ficar afastado do trabalho por 15 dias a contar desta data 22/01/2017 ☒

e- poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho ☐

f-CID T08 - FRATURA DA COLUNA, NIVEL NAO ESPECIFICADO

Fortaleza, 22 de JANEIRO de 2017

SAMUEL MAGALHÃES DA SILVA

CRM: 10117

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1

PAA-1

Ao Dep Pessoal

Nome: _____

1- Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.

2- Providenciar doc.p/benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.

3- Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento _____

ASRM/SEAMC 18
Cód.: 16728

DEP. MÉDICO

AO
DEP. MÉDICO
MÉDICO DA EMPRESA

Senhor usuário entregar esta comunicação na Empresa dentro de 24 horas

AV. VISCONDE DO RIO BRANCO, 4000 - SÃO JOÃO DO TAUAPE
FONE: (85) 3277.71.00 - CEP: 60055-172 - FORTALEZA - CE

Paciente: 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES

Atend.: 0005142287

O(a) Sr.(a) 71834379 - ISABELA DE ABREU GOMES compareceu a esta clínica às 13:16 horas para

1- Consulta ☒

4- Cirurgia ☐

2- Acompanhar Familiar ☐

5- Fazer Radiografia ☐

3- Fazer exame de Laboratório ☐

6- Fisioterapia ☐

Outrossim comunicamos que:

a- pode voltar em seguida ao trabalho ☐

b- foi encaminhado ao especialista ☐ Laboratório ☐ Radiologista

c- dever ficar afastado(a) do trabalho no dia de hoje ☐

d -deverá ficar afastado do trabalho por 15 dias a contar desta data 22/01/2017 ☒

e- poderia ter se apresentado, sem faltar ao serviço ou fora do horário de trabalho ☐

f-CID T08 - FRATURA DA COLUNA, NIVEL NAO ESPECIFICADO

Fortaleza, 22 de JANEIRO de 2017

SAMUEL MAGALHÃES DA SILVA CRM: 10117

DEPARTAMENTO MÉDICO DA EMPRESA

PAA-1 PAA-1

Ao Dep Pessoal

Nome:

1- Ficará afastado(a) do trabalho por dias.

2- Providenciar doc.p/benefício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.

3- Horário de trabalho do funcionário no dia do atendimento

ASRM/SEAMC 18
Cód.: 16728

DEP. MÉDICO

AO
DEP. MÉDICO
MÉDICO DA EMPRESA

Senhor usuário entregar esta comunicação na Empresa dentro de 24 horas

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/07/2018 às 14:28, sob o número 01447242820188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0144724-28.2018.8.06.0001 e código 391E227.



SÃOCAMILO

Hospital Cura d'Arts

www.saocamilofortaleza.org.br

RECEITUARIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL CURA D'ARS
END.: RUA COSTA BARROS, 833.
CIDADE: FORTALEZA UF: CE
TELEFONE: (85) 3464-7000

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª ORIENTAÇÃO AO CLIENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Isabelle de Aguiar Gomes

END.: R. Costa Barros 833

PRESCRIÇÃO:

1 cx 30
3 dias
818h
se dor forte

Dr. Raphael Teófilo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CREMEC 11.248 TEOT 13618

DATA: 12/07/14

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
IDENT.: _____
ORGÃO: _____
EMISSION: _____
CIDADE: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA/CARIMBO DO FARMACEUTICO

DATA: _____



SÃOCAMILO
Hospital Cura d'Ars

www.saocamilofortaleza.org.br

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

NOME: SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL CURA D'ARS
END.: RUA COSTA BARROS, 833.
CIDADE: FORTALEZA UF: CE
TELEFONE: (85) 3464-7000

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA
2ª ORIENTAÇÃO AO CLIENTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Isabela de Aguiar Gama
END.: R. Costa Barros 833

PRESCRIÇÃO:

○ Ty Cox 30 — 1cp
1 comp no 818h.
se 002 forte

Dr. Raphael Teófilo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 11.348 TEOT 13618

DATA: 12/02/17

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

NOME: _____
IDENT.: _____
ORGÃO: _____
EMISSOR: _____
CIDADE: _____ UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

ASSINATURA/CARIMBO DO FARMACEUTICO

DATA: ____/____/____



SÃO CAMILO
Hospital Cura d'Ars

www.saocamilofortaleza.org.br

RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Isabelo de Almeida Gomes

R

① NOVALGINA 1g _____ 1x
1 comp vo 6/6h.
Se dor

② CURATIVO DIÁRIO
Limpar ferida e/ álcool 70%.

③ Dieta LAXATIVA: NADA

④ MUVINLAX _____
Dissolver 1 sachê em 125ml
de água. Mexer bem. Tomar se
necessário

FORTALEZA, 12 de fevereiro 2013

Hospital Cura d'Ars
Rua Costa Barros, 833
Centro
60160-280 Fortaleza CE
Tel 55 85 3464-7000

Dr. Raphael Teófilo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CREMEC 11.248-1/2013-13818
RRA E CRM

⑤ Retorno Dia
1º de Março - Manhã
TEL : 3464 - 7097

⑥ NÃO REALIZAR
ENTORÇO.

Dr. Raphael Teófilo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia da Coluna
CRM/GO 118.780-7/2015

SINISTRO 3180063658 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ISABELA DE ABREU GOMES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**BENEFICIÁRIO** ISABELA DE ABREU GOMES**CPF/CNPJ:** 60702609374**Posição em 09-03-2018 15:36:09**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/03/2018	R\$ 3.375,00	R\$ 0,00	R\$ 3.375,00



ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA – ADVOGADO - OAB/CE Nº. 24.805
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End.

Profissional: Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro – Fortaleza - CE
Cep. 60.025-060 - Tel.: (Fax): (85) 3035-6947 – E-mail: Kairo_akrs@yahoo.com.br

**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA 16ª VARA CÍVEL
DA COMARCA DE FORTALEZA/CE**

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

PROCESSO Nº 0144724-28.2018.8.06.0001

ISABELA DE ABREU GOMES, já qualificada na exordial, vem mui respeitosamente à presença de Vossa Excelência, por intermédio de seu causídico, em **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)** que move em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, também qualificada nos autos em epígrafe, requerer **JUNTADA DE SUBSTABELECIMENTO** sem reservas de poderes, em anexo.

Nestes Termos,
Pede DEFERIMENTO.

Fortaleza/CE, 16 de Julho de 2018.

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA
ADVOGADO OAB/CE 24-805



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

fls. 29

SUBSTABELECIMENTO

NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, Advogada, inscrita na OAB/CE sob n.º 28.394, SUBSTABELECE SEM RESERVAS DE PODERES, os que me foram conferidos por ISABELA DE ABREU GOMES, nos autos do processo de n.º 0144724-28.2018.8.06.0001, que tramita na 16ª Vara Cível da Comarca de Fortaleza - CE, para o **Dr. ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA**, brasileiro, solteiro, Advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 24.805, tudo para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Fortaleza, 18 de jun de 2018.


NAJMA MARIA SAID SILVA
OAB/CE Nº 28.394