

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSÉ SILVA DOS SANTOS, brasileiro, casado, agricultor, portador de RG 2002010063665-SSP/CE, CPF: 008.498.973-43, residente e domiciliada à Rua 914, nº 75, Conjunto Ceará, Fortaleza-Ce.

OUTORGADOS: PAULO EDNARDO DA SILVA ABREU, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 14.799, CPF: 366.888.513-34, e **JHONATA PEREIRA MENDONÇA**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE 39.137, CPF: 032.601.733-07, ambos com escritório à Avenida 13 de Maio, nº 2930, Bairro Benfica, Fortaleza-Ce, CEP: 60.040-531, Fone: (85) 3034-2064.

PODERES: Confere, esta, poderes ao outorgado, com as cláusulas **AD-JUDICIA** para foro em geral, podendo este, representar a outorgante perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, propondo contra quem de direito as ações competentes, bem como defendê-la em qualquer ação em que seja autora, ré, assistente, oponente ou de qualquer modo interessada, podendo interpor todos os recursos necessários até final decisão. Confere esta, ainda, poderes especiais ao outorgado para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, e finalmente, tudo o mais praticar, requerer e assinar, para o completo e fiel desempenho deste mandato, inclusive substabelecer com ou sem reserva de poderes.

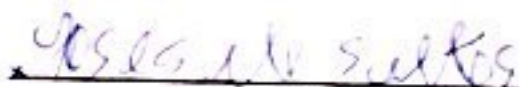
Fortaleza-Ce, 04 de setembro de 2019.



DECLARAÇÃO PARA ISENÇÃO DE CUSTAS PROCESSUAIS

Eu, **JOSÉ SILVA DOS SANTOS**, brasileiro, casado, agricultor, portador de RG 2002010063665-SSP/CE, CPF.008.498.973-43, residente e domiciliada à Rua 914, nº.75, Conjunto Ceará, Fortaleza-Ce, DECLARO para os devidos fins de comprovação junto à Justiça Estadual do Ceará, ser pobre na forma das Leis 1.060/50, 7.115/83 e 5.584/70 não podendo dispor de meios suficientes para arcar com os custos processuais, sem prejuízo do próprio sustento e da minha família.

Fortaleza-Ce, 04 de setembro de 2019



Assinatura do(a) Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERFILIS BIOMÉTRICAS

 Polegar Direito



Assinatura

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2002010063445 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/04/2013

NOME JOSÉ SILVA DOS SANTOS

FILIAÇÃO FRANCISCO GERONIMO DA SILVA
MARIA ANGELINA DA SILVA

NATURALIDADE MUCAMBO - CE DATA DE NASCIMENTO 04/09/1954

DOC. ORIGEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: ANT BEZERRA TERMO: 075037 FOLHA: 141
LIVRO: B-131 FORTALEZA - CE
CPF 008.498.973-43

Assinatura do Diretor P.: 1

2 VIA ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/05/83

Nº

20

A Tarifa Social de Energia Elétrica
fornece até Lei nº 10.438
de 28 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Manoel da Costa, 662
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.057.231/0001-70 | CEP 05.100.000-7

ene

Para adquirir seu atendimento, ligue para o número
sempre que estiver em qualquer cidade.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
1011143 23 201810 - G

Rota **1011143 23 201810 - G**

Nome **LIVIA DOS SANTOS**

Data de Emissão **10/09/2018**

End. Postal **114 CONJ CEARA 68075 CS A**

Cidade **URUBITABA - FORTALIZA - 60512550**

Medidor **2743566**

Classe **B1 - 01 RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO**

RG / CPF / CNPJ **008498973-43**

Nome do Responsável **COF**

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Prazo de Pagamento
Set/2018	10/09/2018	09/10/2018

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto **100%**
Mês **100%**

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota (%)	Valor do Imposto (R\$)
7,10	12,00	0,85

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letr. Anter.	Letr. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Impl.	Const. Pq.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$) ex.
10/09/18	09/08/18	1,2	100	100	100	7,10	7,10

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS	VALOR (R\$)
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	11,60
COB. SALDO FATURA ANTERIOR	44,65
ADICIONAL BANDA LARGA VERMELHA MES (R\$ 7,29)	7,29

VENCIMENTO

17/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

135,40

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	23,54
Transmissão	3,20
Distribuição	17,41
Encargos Setoriais	4,50
Tributos (ICMS PIS COFINS) ...	23,18
TOTAL	72,83

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
21	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Compensação Ecológica (tCO ₂)
40,21	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA DIRIGIR-SE SUA CONTÁ EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
 SEU NÚMERO DE CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.*
 Chame os vizinhos e amigos e entre no Combate ao Zé-Pauco Transmissor
 De Energia, zé-pauco e zé-pauco. Ministério da Justiça, Univ. Federal

Consta desta fatura R\$ 1,84 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,4% e COFINS:1,4%.
 (Lei 10.833/04, Lei 10.833/04, Lei 10.833/04, Lei 10.833/04, Lei 10.833/04)

Estamos em São Paulo, Avenida Paulista 1 em São Paulo, com uma de 5,20 reais a cada 100km
 quilômetro-hora). Informações: www.bravil.gov.br



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 22 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180480161

Vítima: JOSE SILVA DOS SANTOS

Data do Acidente: 26/09/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), JOSE SILVA DOS SANTOS

Informamos que não recebemos a documentação complementar solicitada necessária à análise do pedido do Seguro DPVAT.

Como o prazo de 180 (cento de oitenta) dias concedido para a entrega dos documentos terminou, o seu pedido foi cancelado.

Para a reabertura do pedido do Seguro DPVAT, retorne ao ponto de atendimento onde o seu processo foi iniciado para apresentar os documentos já solicitados.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Impresso nº 2018140991

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4367 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **09/10/2018 13:45:20**
Data / Hora da Ocorrência: **26/09/2018 14:10:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA H**
Complemento:
Bairro: **CONJUNTO CEARA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A ENTRADA DO TERMINAL**

Dados da(s) Vitima(s)

Nome: **JOSE SILVA DOS SANTOS**
Nascimento: **04/09/1954** CPF: **008.498.973-43**
RG: **2002010063665** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ANGELINA DA SILVA**
FRANCISCO GERONIMO DA SILVA
Endereço: **RUA 914 , 75 4º ET**
Bairro: **CONJUNTO CEARA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.532-530**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98546-1574**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCA ROSA SILVA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **05/10/1951** CPF: **165.709.793-53**
RG: **2004012015249** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **OSMERINDA ROSA DA SILVA**
MANUEL SEVERINO DA SILVA
Endereço: **RUA 914, 75 4º ETAPA**
Bairro: **CONJUNTO CEARA** CEP: **60.532-530**
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 98546-1574**
País: **BRASIL**

Histórico

A NOTICIANTE(ESPOSA DA VITIMA) COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, A VITIMA(ESPOSO DA NOTICIANTE) TRANSITAVA PEDALANDO UM BICICLETA NA AVENIDA H QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO A VITIMA LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELA NOTICIANTE PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.///////

OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

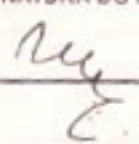
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisca Rosa Silva de Oliveira

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 26/08/2018 15:41:00	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702106761820197	NOME: JOSÉ SILVA DOS SANTOS			Registro: 5582293			
CPE: 00849897343	RG: 200210063665	D. NASC: 04/09/1954	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Negra		
NOME DA MÃE: MARIA ANGELINA DA SILVA			NOME DO PAI: FRANCISCO GERONIMO DA SILVA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: 914		Nº: 75	BARRIO: CONJUNTO CEARÁ V			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 985461574	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 80532530			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: VEO POR MEIOS PRÓPRIOS		PARENTESCO: ESPOSA/ROSA		TELEFONE: 985461574			
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAIR:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com ciclista. Colisão com um automóvel, pick up ou camionete							
QUEIXAS: COLISÃO BICICLETA/CARRO APRESENTANDO TRAUMA NA CABEÇA + OTORRINO							
OBSERVAÇÕES: TCE/DOR MODERADA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese: atropelamento por carro no 14. TCE, síncope, e vômitos. Otorrinia D, Dor torácica D/D.							
Exame Físico: Glasgow 14, eupneico. Dor palpável torax. Abdome inocente. Sem deficits focais.							
Conduta: TC crânio + torax							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 26/08/18		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:					
		 0301060061 CONSULTA MÉDICA					

0301010048
CONSULTA NÃO MÉDICA

27/09/18

Clayton (15)
TC crânio + torax
A/TA

ARQUIVO GERAL IJ.F ESTA CÓPIA
CONFERE COM A ORIGINAL
DATA 14/11/2018
Matricula: Nº 15.566-14

Jose Murilo Paz Albuquerque
Chefe do Arquivo Geral

M. C. Parahyba
Chefe de Clínica
CRM 4021

0301060061
CONSULTA MÉDICA



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota

0301060029
CONSULTA MÉDICA
COM OBSERVAÇÃO

ARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: neurocirurgia

Data: 26/9/18 às 18h

vitim de Acidente de Trabalho no 15/5 - Chama de Ufaleia
6/15.5/18.000. CT como Pedreiro Hemisoma longa temp 600
Tratamento clínico de TCE

CONDUTA: Intervenção após ATOS das demais especialidades

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
NEUROLOGIA

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Otorrinolaringologia

Data: 1/10/18 às 18h

Reflexo atropelamento com TCE, reflexo abnorme a direita. Megacistaxe
OD - CME com lacrimação da pele, irritação com hematomas
CO - Cuidados locais + fonoaudiometria ambulatorial + ALTA ORCUT

CONDUTA: ALTA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
CONSULTA MÉDICA

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Grupo Toróxico

Data: 1/10/18 às 18h

Lesão visível de estigmas em região torácica
191 e Torax: "pneumonia", sintoma respiratório
Análise de torax: lesão de torax

CONDUTA: SUTURA (Arterial) ALTA

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
CONSULTA MÉDICA

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Ortopedia

Data: 1/10/18 às 18h

Unilateral - Rota normal
Ausência de lesões vasculares
Ad: Afte do ar vascular

CONDUTA: 0301060061

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:
CONSULTA MÉDICA

CONSULTA MÉDICA PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA
① Vozes
Derivados 16+18m 10 ④ 6/18

APRAZAMENTO

23/06

ARQUIVO GERAL I.J.F. ESTA CÓPIA
CONFERE COM A ORIGINAL
DATA: 14/11/2014
Matricula: Nº 15.566-14
Heloísa Medeiros
Chefe do Arquivo Geral

0301100012
MEDICAMENTO

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(h)

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evasão

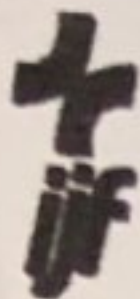
☐ Óbito

Data: 1/10/18 às 18h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não Data: 1/10/18 às 18h

Destino do corpo: ☐ PEFOCE ☐ SVO ☐ FAMÍLIA(D.O) Ass./Carimbo Médico:



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
"24 hora de proteção à vida"



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		
Paciente: JOSE SILVA DOS SANTOS		ID Paciente: 5582293
Data de Nascimento: 04/09/1954	Idade: 64 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: DR RAQUEL PESSOA		Data do Exame: 26/09/2018
LAUDO		

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

TÉCNICA: Obtidas imagens axiais (26 imagens) em tomógrafo helicoidal sem uso de contraste endovenoso.

DISCUSSÃO:

- Laudo emitido em caráter de emergência/urgência.
- Hematoma subdural temporal à esquerda com espessura máxima de 0,4 cm.
- Parênquima encefálico com morfologia e coeficiente de atenuação sem alterações evidentes ao método.
- Sistema ventricular com dimensões, forma e posicionamento normais.
- Cisternas e sulcos corticais com amplitudes preservadas.
- Linha média centrada.
- Fossa posterior sem alterações evidentes ao método.

EDUARDA SIQUEIRA DA ROCHA
CRM 11893



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome <u>José Silvio dos Santos</u>	Nº AIH/RAE <u>558209</u>		
Paciente Externo? ☐ Sim ☒ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade <u>64</u>	Sexo ☐ Masc ☐ Fem

JUSTIFICATIVA

atropelamento

DN 04/09/1958

EXAMES RADIOLÓGICOS

☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP	☐ Coluna Dorsal AP/P
☒ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P	☐ Cotovelo AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☒ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL	☐ Fêmur AP/P
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P	☐ Pé AP/OBL
☐	☐	☐	☐	☐

EXAMES LABORATORIAIS

☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina	☐ Potássio
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio	☐ TAP
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinaesterase	☐ Sumário de Urina
☐	☐	☐	☐	☐

ULTRA-SONOGRAFIA

☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD	☐ MID
			☐ MSE	☐ MIE

OUTROS EXAMES

Data 26/03/18
Hora 16:17
Resp. [Assinatura]

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

[Assinatura]

26/03/18

Data / / Hora h minutos

RECEITUÁRIO

NOME: Jane Silveira dos Santos
usado
 PC Doxagexina
 1 cop ao
 noite
 20.
 6 Ibusprofeno
 6cc
 8/86 x 20m
 19 ate de

Dr. Paulo
 Assinatura

 CARIMBO E ASSINATURA

DATA: 19/08/19

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: Paulo Cesar

CRM/CRO: 7371

Endereço completo: FAZD. JOSÉ PAPA CAMPOS
FAZD. JOSÉ PAPA CAMPOS
Endereço completo: Fátima, 250 - Mondubim
Fone: 3433.4914

Cidade: _____ UF: _____

Carimbo e assinatura
Médico / Cirurgião-dentista

Paciente: Jane Silveira dos Santos
 Endereço: R914
 Prescrição: 6m amoxicilina / claudubut - 304
25
10m
Log da 8/86
500/125
10 dias

Data: 19/08/19

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident: _____ Org. Emissor: _____	
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
	ASS DO FARMACÊUTICO DATA: _____



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE: JOSE SILVA DOS SANTOS
 IDADE: 64 SEXO: MASCULINO EST. CIVIL: CASADO FONE: 85 85461574
 ENDEREÇO: RUA: 914 CASA 75 4ª ETAPA CONT. CE MUNICÍPIO: FORT. UF: CE

1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO:

☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO;

☐ OUTROS: _____

COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM 26/09/18 E ALTA EM 27/09/18

PARA FINS DE _____

Fortaleza, _____ de _____ de _____

Jose Silva Santos
Assinatura do Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME: FRANCISCA ROSA SILVA DE OLIVEIRA
 IDADE: 67 SEXO: FEMININO EST. CIVIL: CASADA FONE: 85 85461574
 ENDEREÇO: RUA: 914 CASA 75 4ª ETAPA CONT. CE MUNICÍPIO: FORT. UF: CE
☐ PRÓPRIO PACIENTE (Anexar Doc. 1) ☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS (Anexar Doc. 1, 2 e 3) ☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO (Anexar Doc. 1, 3 e 4) ☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- ⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014).
- ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida.
- ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos).
2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e Incapazes por enfermidade).
3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração).
4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF.
5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.

FORMA DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

☐ O REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE

Fortaleza - CE em ____/____/____.

Assinatura do Recebedor



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
Núcleo de Atenção Médica Integrada - NAMI

FICHA DE AVALIAÇÃO AUDIOLÓGICA



Prontuário: _____

Nome: José B. da dos Santos

RG: _____

Sexo: ☒ M ☐ F DN 04/09/54

Idade: _____

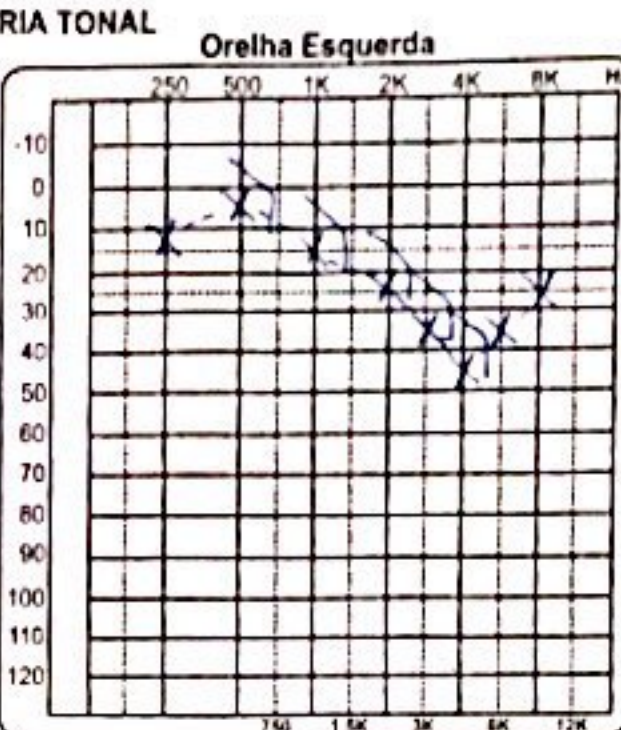
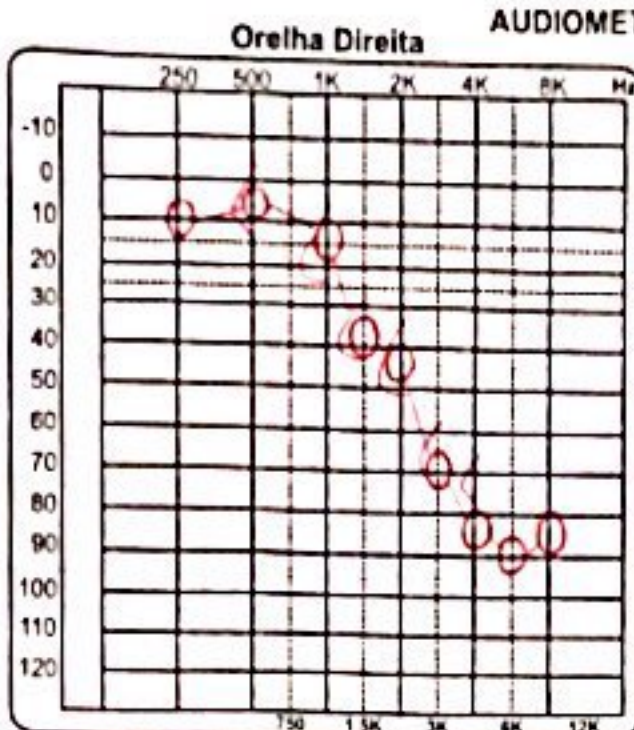
Profissão: _____

Repouso acústico: _____

Solicitação: Dr. Sival Martins

Data da última calibração: 10/01/19

LOGOaudiometria

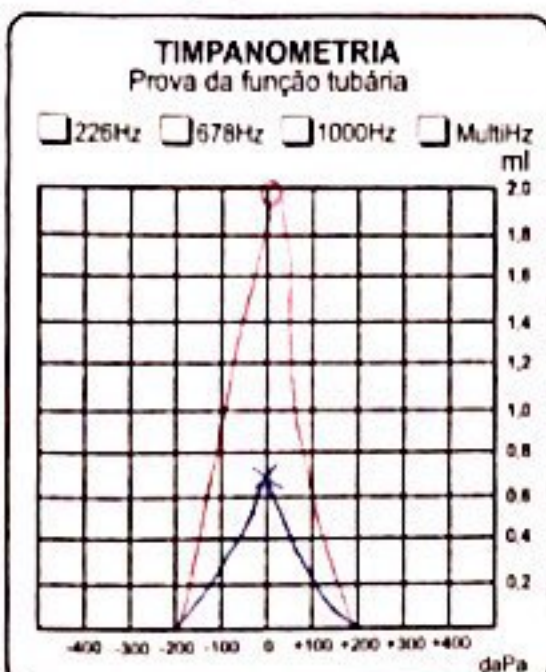


Hz	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K	12K
VA											
VO											

Mascaramento (NB)

Hz	250	500	750	1K	1.5K	2K	3K	4K	6K	8K	12K
VA											
VO											

Mascaramento (NB)



ACUMETRIA

WEBER ()
RINNE OD ()
OE ()

WEBER AUDIOMÉTRICO

	500 Hz	1KHz	2KHz	4KHz
OD				
OE				

SIMBOLOGIA

	OD	OE
VA não mascarado / ausente	O / O	X / X
VA mascarado / ausente	Δ / Δ	□ / □
VO não mascarado / ausente	< / <	> / >
VO mascarado / ausente	C / C	□ / □
Campo Livre: Presente [S] Ausente [S]		
Campo Livre: C / AASI □ S / AASI Δ		

Condições da tuba

OD	OE
☐ MT intacta	☐
☐ MT Perfurada	☐
☐ Permeável	☐
☐ Semi-permeável	☐
☐ Impermeável	☐

ADMITÂNCIA ESTÁTICA

	OD	OE
PICO DE PRESSÃO (daPa)	0	0
Pico de admitância da OM (ml/cm ³)	20	0.5
Posição Neutra (ml/cm ³)	0.5	1.5
Volume do MAE +200daPa (ml/cm ³)	1.0	0.5
Gradiente (da Pa/ml)		

OD TDT/STAT OE

500 Hz
1K Hz
2K Hz
3K Hz
4K Hz

REFLEXO ACÚSTICO-ESTAPEDIANO

FREQ Hz	LIMAR OD	AF D CONTRA	DIFER.	AF D IPSI	DECAY D IPSI	LIMAR OE	AF E CONTRA	DIFER.	AF E IPSI	DECAY E IPSI
500				95					95	
1K				95					95	
2K				100					95	
4K										

LAUDO AUDIOLÓGICO: Perda auditiva sensorial com média de 50 dB e 60 dB dentro dos limites da normalidade b. Patada.

Fortaleza, 14/03/19

Estagiário (a)

FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
Universidade de Fortaleza
Núcleo de Atenção Médica Integrada
Emanuel Luiz Gondim
Cronograma 19/03/2019



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

UAPS JOSÉ FARACAMPOL
Rua Alfredo Mamede, 250 - Mondubim
Fone: 3433.4914

RECEITUÁRIO

NOME: _____

ATESTADO MEDICO

R

Atento para devida fins
que o Sr. Jose Selve dos
Santos é portador de sequelas
auditivas por atropelamento
por carro, dezo acidente de
travertino, conforme laudo
do IJF e audiometria
em anexos.

Fortaleza 27/08/19

DATA: ____/____/____

Dr. Paulo Cesar da Silva

CARIMBO E ASSINATURA

7373

Médico PSF



Prefeitura de
Fortaleza
Cidade de Fortaleza

Instituto de Saúde Pública

RECEITUÁRIO

Paciente: André Silva de Sousa
BE / Prontuário: _____

uso oral

FLANCOX 400 _____
to tomar 01 q 10 12/12L
11 de dia

uso tópico (local)

Mentylolabe inodor _____
to passar diretamente sobre os
pontos erupcionais

Data: 27/09/18

Dr. Marcelo C. Parahyba
Otorrinolaringologista - Cirurgião de Cabeça
CRM 4021

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60 025-061 • Fortaleza, Ceará, Brasil
(85) 3255-5000.