



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA, brasileiro, casado, empregado, com CIRG nº 2000030008833 – SSPDC/CE, CPF/MF nº 924.263.873-00, telefone: (85) 9.9920-9051 / 9.9744-1531, residente e domiciliado na Rua 21 de março (antigo Posto de Saúde), nº 118, NH Setor E, Paraipaba/CE, CEP: 62685-000.

OUTORGADO: ANTÔNIO MARCOS DOS SANTOS COSTA, brasileiro, casado, ADVOGADO legalmente inscrito nos Quadros da Ordem dos Advogados do Brasil, Seção do Ceará, sob o nº 33.302, CPF nº 742.541.543-72, com endereço profissional sito à Rua Leste-Oeste, nº 48, Segunda Etapa, Paraipaba/CE, CEP 62.685-000.

PODERES GERAIS: Por este instrumento particular de procuração, fica constituído o patrono acima qualificado e, concedendo-lhe, poderes para representar o OUTORGANTE perante a **Justiça Pública Estadual**, tendo poderes para **requerer indenização do Seguro DPVAT** em razão de acidente com moto ocorrido no dia 23/07/2018, que lhe causou **INVALIDEZ PERMANENTE**, seguindo até o final da decisão, interpondo os recursos legais.

PODERES ESPECÍFICOS: O outorgante nomeia e constitui o OUTORGADO seu bastante procurador para requerer Complementação do Seguro DPVAT, a quem tem direito o OUTORGANTE, outorgando-lhes os necessários poderes para representá-lo em juízo, podendo tudo praticar, requerer e assinar, com poderes para transigir, desistir, reconvir, concordar, discordar, ratificar, retificar, receber intimações, receber e dar quitação, receber quantias, solicitar e obter cópias de prontuários médicos, acompanhar a referida demanda em todas as instâncias, firmar qualquer compromisso, requerer suspeição, assinar declaração de hipossuficiência econômica, e ainda praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao integral cumprimento do presente mandato, para o que confere os mais amplos poderes, bem como os contidos na cláusula "ad judicium", podendo substabelecer, no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes aqui conferidos.

Paraipaba/CE, 11 de outubro de 2018.


VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA

L3
MC

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITACAO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITACAO

VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA

DOC. IDENTIFICACAO - CNH - COPIA DE 200503000831 SSP/CE

CPF 924.263.873-00 DATA DE NASCIMENTO 31/12/1984

ENDEREÇO JOSE GALDINO DE OLIVEIRA MARIETA LIMA DE SOUSA OLIVEIRA

PERMISSAO ACC CAT. HAB. A/B

Nº REGISTRO 04158195074 VALIDADE 07/07/2022 07/08/2007

OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO

Valmir de Sousa Oliveira
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL ITAPIPOCA, CE DATA EMISSAO 13/07/2017

1- Val - 7/17
ASSINATURA DO EMISSOR

CEARA

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1493967357

PROIBIDO PLASTIFICAR
1493967357



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica (Grupo B) (Série B-A) Nº 545151323
Companhia Energética do Ceará
Rua Floriano Peixoto, 195 - 112º P. 60235-040 - Fortaleza-CE
CNPJ 07541214-0001-10 - CEP 60.105-900-0

14
10

2ª e última via de
OUT/2018

DO CLIENTE
572648 5

IMENTO
12/11/2018

LA PAGAR (R\$)
67,52

DADOS DO CLIENTE
Rua: 29 (34053) 14 965190 Medidor: 23870183 Posto: 0000 0
Nome: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA
Endereço Postal:

End. da Unidade Consumidora: RU PRINCIPAL SETOR E 00000 SETOR E PARAIPABA IG085009
RG / CPF / CNPJ: 514.263.879-00 / CPF
Classe: B2 - 14-RLR/L, MONOFASICA, SADA RINGA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Letra: Alvará Letra: Antena Contador: 76 Consumo: 3 Consumo: 76
PP: 8081 8001 1 76 3 76

INDICAÇÃO DA CONTA Quantidade Teleta Valor (R\$)

DATAS DE LETURA
Data de Envio da Apresentação: 11/10/2018
Data de Letura: 12/11/2018

SERIE RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
4945 8318.6284.5016.0648.5F25.CC00.5488

ICMS
Base de Cálculo (R\$): 0,00 Alíquota: 0,00 Valor do Imposto: 0,00

VALOR DOS PAGAMENTOS
VALOR FATURA ANTERIOR: 24,10
VALOR BANCHEIRA VERMELHA MES (R\$ 4,34)

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Nota e Legenda por cidade desta conta: CE: 18,77
Consumo: PARAIPABA

16/01/2018

	Índice Individual Mensal	Soma (Anual Mensal)	Índice Individual Mensal	Soma (Anual Mensal)
DIC (W)	5,19	10,38	20,77	0,00
FIC (W)	3,30	6,60	11,20	0,00
CMC (W)	2,94		0,00	

SUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Este é o índice de emissões de CO₂ por kWh consumido.
Emissões (kg CO₂) Compensado (kg CO₂) Compensação Ecológica (kg CO₂)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

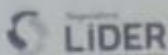


Autenticação mediante cliente

Cliente: 572648-5 Nº da Nota Fiscal: 545151323 Total a Pagar (R\$): 67,52
de Emissão: 17/10/2018 Referência: OUT/2018 Nº de Controle: 0004572648 00084 4388 2 56

8384000000-6 67520031000-3 00045726480-2 00844388240-7





Rio de Janeiro, 19 de Setembro de 2018

Ans Cuidados de: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180424854
Vítima: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA
Data do Acidente: 23/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS COSTA

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o número de sinistro 3180424854.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de invalidez Permanente é de ATÉ R\$ 13.500,00, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

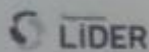
O prazo para análise do pedido de indenização é de até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



16
ML

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA
Nº Sinistro: 3180424854
Vítima: VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA
Data do Acidente: 23/07/2018
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: ANTONIO MARCOS DOS SANTOS COSTA

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados em seu pedido de indenização (sinistro número 3180424854), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em 23/07/2018. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site www.seguradoralider.com.br, ou ligue através do telefone 0800 022 12 04 (ligação gratuita) ou 0800 022 12 06 que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

20180926 - 16:00 - 16:00 - 16:00 - 16:00



Cópia nº 12854373



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAIPABA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 520 - 842 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/08/2018 14:56:38**
Data / Hora da Ocorrência: **23/07/2018 20:30:00**
Endereço da Ocorrência: **SETOR E**
Complemento:
Bairro:
Ponto de Referência: Município: **PARAIPABA/CE**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA**
Nascimento: **31/12/1984** CPF: **924.263.873-00**
RG: **2000030008833** Orgão Emissor: **SSPD** UF: **CE**
Filiação: **MARIETA LIMA DE SOUSA OLIVEIRA**
JOSE GALDINO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA PRINCIPAL**
Bairro: **SETOR E**
Município: **PARAIPABA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99920-9051**

Histórico

O declarante informa que, na data supracitada, sofreu um acidente de trânsito em sua motocicleta da marca HONDA/ NXR150 BROS ES, de cor VERMELHA, de placa OIG-4376, registrada em nome de JOÃO CARLOS BARBOSA LOPES; Que informa que vinha trafegando, quando passou por um buraco e acabou caindo; Que devido ao acidente, teve uma fratura abaixo do olho direito e fratura na mandíbula do lado direito; Que foi socorrido para o hospital municipal de Paraipaba, sendo transferido imediatamente para o IJF Centro (Fortaleza); Que passou quatro (04) dias internado no IJF Centro, e posteriormente, foi transferido para o HGF; Que passou mais quatro (04) dias internado no HGF. E que nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PARAIPABA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : RQ
BRUNO PEREIRA MAGALHAES - MAT.: 30103513

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Valmírio de Sousa Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) : CLAUDIO PRESTES JUNIOR - MAT.: 30123689



100% AUTENTICADO

CARTURIO DAMASCENO NETO
2º OFÍCIO DE PARAIPABA

Assinatura e Carimbo de: Valmírio de Sousa Oliveira

Por ☒ AUTENTICADO ☐ SEQUESTRADO

Por ☒ DELEGADO ☐ DELEGADA

Assinatura: CLAUDIO PRESTES JUNIOR

MT Claudio Prestes Junior - Delegado

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu JOÃO CARLOS BARBOSA LOPES
 RG nº 2007462392-6 data de expedição 28/07/2008
 Degrão SPD588, portador do CPF nº 049.003.883-83 com
 domicílio na cidade de PARANIPABA no Estado de
CEARA onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
TE 31 DE MARÇO nº 0000
 complemento NH-35088 declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima VALYRA DA SILVA OLIVEIRA cujo o condutor era
WALTER DE SOUZA OLIVEIRA

Veículo: Automotora Honda
 Modelo: HARISA TITUS ES
 Ano: 2012 / 2012
 Placa: 01G-4776/CE
 Chassi: 3CBKDD510C8302507
 Data do Acidente: 23/07/2018
 Local e Data: PARANIPABA/CE, 09/08/2018

João Carlos Barbosa Lopes
 Assinatura do Declarante (Reconhecido firma em cartório por autenticidade)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

	CARTÓRIO DAMASCENO NETO
	2º OFÍCIO DE PARANIPABA
	Assinatura feita de
	<u>João Carlos Barbosa Lopes</u>
	Por ☒ AUTENTICAÇÃO ☐ SIMPLIFICADA
Paranipaba-CE	<u>09/08/2018</u>
M. Carolina Rodrigues Damasceno	
Escritório: Rua 1000	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DIETRAH - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PTT 01 480682844 0000000000 2018

JOAO CARLOS TAMBORA LOPES
PARAIPABA

04900566365

0104376/CE

PAB/MOTOCICLO/HNO APLIC. CASOL/ALCO

HONDA/HONDA 150 BEOS ES

2P/OCU/149CC

1 1111111111 14

2 22222222 28

3 33333333 38

4 44444444 48

5 55555555 58

6 66666666 68

7 77777777 78

8 88888888 88

9 99999999 98

0 00000000 00

100-65 0.70 105-50 20/06/2018

PARAIPABA

11/07/2018

CARTÃO JOAQUIM NETO
21 OF CID DE PARANASSA
A PRODUÇÃO DESTE CARTÃO É DE RESPONSABILIDADE DO
SUPERINTENDENTE DE REGISTRO E LICENCIAMENTO



CONTROLO

CONTROLO

CE Nº: 014140269249 BILHETE DE SEGURO CIVIL

04900566365

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

SAC DPVAT 0800 022 1204

014140269249 57870-85544

01 04900566365

0104376

HONDA/HONDA 150 BEOS ES

2P/OCU/149CC

1 1111111111 14

2 22222222 28

3 33333333 38

4 44444444 48

5 55555555 58

6 66666666 68

7 77777777 78

8 88888888 88

9 99999999 98

0 00000000 00

100-65 0.70 105-50 20/06/2018

PARAIPABA

11/07/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

MOTOR - 1035 EN 302507



25



PREFEITURA DE PARAIPABA
HOSPITAL MUNICIPAL DE PARAIPABA

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO
EMERGÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO:

QUEIXA PRINCIPAL:

PA: 120/80 mmHg

Glicemia: _____ mg/dL

Temperatura: _____ °C

PESO: _____ kg

F. Cardíaca: _____

Saturação: _____ %

ENFERMEIRO:

Data: 28.07.18

Hora: 20.52

ACS

Unidade

Nome Social: Valmir de Sousa Oliveira

Nome de mãe: Maria

Idade: 54

Sexo: M

Data de nascimento: 31.12.89

RG: 30760020035677

Endereço: Setor 5 Principal - 4

Telefone: 99209081

ANAMNESE: Paciente vítima de queda de modo ao 21 horas aproximadamente, apresentando lesões sugiladas de lesão clássica. Paciente apresentando trauma cranio-cerebral com perda da consciência nos locais. Cefaleia. Glorioso 15, PA: 120/80 mmHg, FC 95bpm, EA: 18bpm, hematoma e edematização em transição 2, nos olhos, pupilas, tórax sem sinais de lesão, abdome firme com desconforto de gases, sem sinais de perfuração de pulmão e vasos maiores, sem sinais de TRA (paciente não dor).
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: TCE

CONDIÇÃO: Transfusão para S5F

Algores AVP

2) Hemograma 2.18 AB, KV, rigidez a de 6/6h S/U 22:30

3) Transfusão 500ml de 2ml, KV, rigidez a de 8/8h S/U

4) Histo Zoon

5) SA 5% 500ml + SFG 9% 500ml, EV, 14 gotas/min (22:30)

RTENCO
MÁRIO
CRP 10330

ALTA | INTERNAMENTO | ÓBITO (X) TRANSFERÊNCIA

SIGNATURA: Gilvânio

REFERENCES

LEUCOCYTHA

o teste do PNCQ (Programa Nacional Controle Qualidade)
resultado pode não ser definitivo, devendo ser correlacionado com dados clínicos
e/ou determinar-se exames complementares serão necessários.

23
JN

TELEPHONE

1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 26

DATA 25,000,000,000

de Protrombina:	10,8	segundos	Valores de Referência
de Protrombina: 100		1,0	10 - 14 segundos
	10,8		70-100%
			1,6-1,8

MTT: 25,9	segundos
26,0	segundos

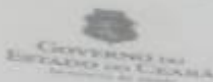
* Cliente: 23/07/2019 09:04:2
 * Lector: 0100 - Automático Cal300
 * PLACA


Dra. Francisca Gomes da Silva
CRF 1372

Unidade do PNCQ (Programa Nacional Controle Qualidade)
O resultado pode não ser definitivo, devendo ser correlacionado com dados clínicos.
Se necessário, exames complementares serão necessários.

Grupo do INOC (Programa Nacional Controle Qualidade)
O resultado pode não ser definitivo, devendo ser correlacionado com dados climáticos.
Complementares serão necessários.

25
AC



RECEITUÁRIO

91 Valéria de Sousa Oliveira

♀

350 INTERCORS

① Difenidol 1g — 08 comprimidos
Tomar 01 comp., via oral, de
08/08 às 08/08, de dose em 08/08

② Lactulose (colúrio) 1,47. — 01 frasco
Aplicar 02 (duas) gotas, em olho
direito, 03 (três) vezes ao dia.

Dr. Marcos José de Almeida Junior
Cirurgião de Traumatologia
Botox e Cirurgia Plástica
Residente HGF - CRM-CE 9621

02/08/19

Rua Ávila Goulart, 900 - Papicu - 60.155.290 - Fortaleza - Ceará
Fone: 0(85) 3101-3209 / Fax: 0(85) 3101-3190

27
ME



Prefeitura de
Fortaleza

Sistema de Saúde

RECEITUÁRIO

Paciente:

Valmir da Silva Oliveira

RR / Prontuário:

5502778

Encaminho o referido
paciente para avaliação de possi-
bilidade cirúrgica. O mesmo
gosta F. CROM e Cauda
mandibular D. Dr. Daniel Tico

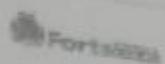
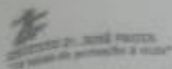
Local: H6F - Odontologia Ilha P
Dia 26/07/18 às 09hs.

Endereço: Rua Av. 6000AT
900 - Pádua.

Dr. Roberto José Fortes Júnior
Cirurgia e Traumatologia
Médico Cirurgião Bucal
Registro: CRM-CE 9621

Data: 29/07/18

Ass. / Carimbo do Médico



28
me

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNPJ: 2529149 CNPJ: 07.836.044/0001-60 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60028-001		2ª Via - PACIENTE	
Paciente: <i>Valmir de Sousa Oliveira</i>			
Endereço: <i>Valmir de Sousa Oliveira</i>			
Prescrição: <i>Uso contínuo</i> <i>1) Amoxicilina 500mg - 210 Paquetes</i> <i>Tomar 01 cps, via oral, de 08/06/12</i> <i>por 07 (sete) dias.</i> <i>2) Dipirona 500mg - 120 Paquetes</i> <i>Tomar 01 comprimido, via oral, de</i> <i>06/06/12 de 06/12</i>			
Data: <i>07/06/12</i>		Carimbo e Assinatura do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUIDOR			
Nome:		Data: <i>1/1</i>	
Nº Ident.:	UF:	Fornecedor:	
Endereço:		Carimbo e Assinatura	
Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:		

29

me

GOVERNO DO
ESTADO DE SÃO PAULO
Secretaria de Saúde

AMBULATÓRIO | FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Para qual paciente: Valéria de Sousa 803166Solicite agendar: ☐ ENCAMINHAMENTO 07/08/17 às 13h☐ RETORNO☐ RETORNO LIVRE ☐ EXTRAPara o ambulatório de: Do Dente / Foco (BDF)

Motivo do encaminhamento:

905-09 (8-190)Data: 07/08/17Ass. Q. de: Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia Maxilo-facial
Seção de: CEFCE-SM

PREENCHIMENTO EXCLUSIVO DO NAC

Data/hora comparecimento: 07/08/17Cap. agendamento: 146823

Rubrica e assinatura:

NÚCLEO DE ATENDIMENTO AO CLIENTE - NAC: 3591-5399



RELATÓRIO MÉDICO

Paciente: 803086 - VALMIR DE SOUSA OLIVEIRA Sexo: Masculino Idade: 33 ano(s) 7 mes(es) e 2 dia(s)

Setor: ALA 1 - CIRURGIAS GERAIS Cidade: PARAIPABA UF: CEARÁ

Admissão: 30/07/2018 Enfermaria: 519 Leito: 03

Data Emissão: 02/08/2018 08:40

Cancelada Não

História Clínica
 MF - PACIENTE V.S.O. 33 ANO(S) 7 MES(ES) E 2 DIA(S). SEXO MASCULINO, ENCONTRA-SE EM SEU 2º DPO DE INTERNAÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURAS DE CDM DIREITO E CONDILO MANDIBULAR DIREITO. RELATA HISTÓRIA DE TRAUMA EM FACE OCORRIDO NO DIA 24/07/2018 POR ACIDENTE MOTOCICLISTICO (SIC). AO EXAME, APRESENTA FRATURAS EXTRAORBITAIS PARA ACESSOS SUBCILIAR E RETROMANDIBULAR EM POSIÇÃO SEM SINAIS DE INFECÇÃO OU DEISCÊNCIA, MÍMICA FACIAL PRESERVADA E ABERTURA BUCAL SATISFATÓRIA. APRESENTA SINAIS CLÍNICOS DE CONCLUIR SUA RECUPERAÇÃO EM AMBIENTE DOMICILIAR.

Exames Realizados
 Face sem contraste
Medicação Utilizada
 Analgésico e medicamentoso
Síntese
 FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S024	FRATURA DOS OSSOS MALARES E MAXILARES

Indicações de Alta
 Data Programada da Alta: 02/08/2018
Recomendações Complementares
 Paciente permanecerá em acompanhamento ambulatorial, com datas pré-agendadas, durante toda sua recuperação.

Responsável
 Dr. MOISES JOAO BORTOLUZZI JUNIOR
 02/08/2018

RGF 02/08/18
 477
 [Assinatura]

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Dr. Moisés João Bortoluzzi Junior
 Cirurgião e Traumatologista
 Rua - Manoel Facal
 Residência HGF - 280-41 267