

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: <i>Celita de Senna Almeida</i>		Nacionalidade: <i>brasileira</i>
Estado Civil: <i>casada</i>	Profissão: <i>agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>94002505590</i>
CPF nº: <i>045.485.313-00</i>	Residência: <i>R. Dr. Anísio Mendes, 33</i>	
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Quixeramobim</i>	Estado: <i>CE</i>
		CEP: <i>63800-000</i>

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DR. RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e o **DR. FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, Bacharel em Direito, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE e CPF nº 010.324.993-11, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, nº 1740 sala 812 Aldeota - Fortaleza/CE - CEP 60.150-160, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Celita de Senna Almeida

-CE. 1/1

OUTORGANTE

Obs.

DECLARAÇÃO

Nome: <i>Colita de Sena Almeida</i>		Nacionalidade: <i>brasileira</i>	
Estado Civil: <i>casada</i>	Profissão: <i>agricultor</i>	Carteira de Identidade: <i>94002505590</i>	
CPF nº: <i>045.485.313-00</i>	Residência: <i>R. Dr. Anísio Mendes, 33</i>		
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Quixeramobim</i>	Estado: <i>CE</i>	CEP: <i>63800-000</i>

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

_____ (CE), ____ de _____ de _____.

Colita de Sena Almeida



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Boletim de Emergência Reg. 25.29.148

O Sr(a) Cláudio da Silva Almeida

Foi atendido(a) neste Hospital no dia 21 de 09 de 2011, às 10 : 25

Tendo como causa da ocorrência U

Observações Uso de medicação (antídotos) de emergência

Fortaleza, 21 de 09 de 2011

Médico de Plantão - CRM

CPF

Arturo Aguiar Sobrinho
CRM 7605
NEUROCIQUIATRIA

Endereço: Rua do Hospital, 100 - Centro - Fortaleza - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
 NOME CELITO DE SENA ALMEIDA DOC. IDENTIDADE / DATA PASSOS (E) 94002505590 SSP CE CPF 045 485 313-00 DATA NASCIMENTO 08/01/1944 FUNÇÃO EXPEDITO PATRICIO DE ALMEIDA FRANCISCA DE SENA ALMEIDA PERMISSÃO ACC CATIAE D 1º REGISTRO 00475543330 VALIDADE 23/01/2015 1ª HABILITAÇÃO 30/08/1974	
VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 520332625	
EXERCE ATIV REMUNERADA: <i>Celito de SENA Almeida</i> SINATURA DO PORTADOR	
LOCAL QUIXADA, CE DATA EMISSÃO 01/02/2012 50612503616 CE129093890 DETRAN-CE (CEARA)	
AMOBIM Quixeramobim-CE. 18 ABR 2012 Kalina Ferreira e Silva A presente cópia fotostática confere com o original emitido nestas notas. Dou fé.	

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE (TOTAL OU PARCIAL)

ATENÇÃO: A finalidade deste relatório é agilizar a avaliação da invalidez permanente, não sendo obrigatória a sua apresentação.

Nome completo da vítima: Celso de Souza Aguiar Número do sinistro: _____

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente: <u>18/09/11</u>	Data de início do tratamento médico: <u>18/09/11</u>
Nome completo e CRM do médico: <u>Georgio Gomes de Albuquerque CRM 8777</u>	
Lesões resultantes do acidente: <u>TCE + fratura/furacão de face com fratura do osso maxila superior</u>	
Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas): <u>TTT (Quimioterapia)</u>	
Existe algum defeito físico ou doença pre-existente? ☐ Sim ☒ Não	
<u>Acta definitiva em 20/02/12</u>	
Com relação a invalidez pode-se concluir que: ☐ a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura. ☒ a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.	

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL PREVERSIVEL (dependendo de seguimento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<u>Sequela definitiva evoluindo com con</u>
2º	<u>crises de epilepsia temporal + tonturas</u>
3º	<u>+ alter. estado + crises de desmaios</u>
4º	<u>(SC) + crises de face + perim</u>
5º	<u>de membros inferiores</u>

Afirmo que assisti e/ou avalei a vítima no período de _____ e que as respostas acima, são completas e verdadeiras

Aguiar 03.07.12 [Assinatura]
 LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIO, MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Aguiar 03.07.12 Celso de Souza Aguiar
 LOCAL DATA ASSINATURA DA VITIMA

PA - 170 x 100 mmHg

15:51h

fls. 21



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / FMS
Hospital Regional Dr. Pontes Neto de Quixeramobim



BOLETIM DE PROCEDIMENTO MÉDICO

Data: 18/09/17 Nº 79
0301060029 04.01.01.005-804

1 - IDENTIFICAÇÃO

Nome: Pelito de Sena de Almeida

Est.: Civil: casado Sexo: masculino Idade: 65a 08.01.44

Naturalidade: Quixeramobim - CE Profissão: motorista

Resid.: Dr. Anírio Mendes 33 Procedência: Quixeramobim

2 - DIAGNÓSTICO

Poli-traumático, Lesão Cortada
Sutura

3 - PROCEDIMENTO

T = 36°C às 18:00h

ASSINATURA / MÉDICO

atropelado p/ moto

cor bil 25, 1 e. 16:00

O₂ 3 l/h

glu cap h 143 mg/dl

S.G. 5% 500 P

E.V. 21 g/h

16:00

Obs: ur pr +66

Planil 1g

Diprivo 2g

m

ATENÇÃO!

18.00

Fundamentação legal art. Da CLT combinado com a Norma Regulamentadora nº 7 com a redação dada pela Portaria SST, nº 24 de 28/12/94, alterada pela Portaria nº 08 09/05/96

1. IDENTIFICAÇÃO DA EMPRESA:

Nome: CONSÓRCIO DP BARROS/FBS/FUAD RASSI

C.G.C: 12.523.690/0001-42

2. IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHADOR (A)

Nome: CÉLESTO DA SILVA OLIVEIRA

FUNÇÃO: MOTONISTA

Identidade RG/Nº: 9400255590

Data Nascimento: _____

Função que irá exercer () ☒ exerce ☒ exerceu () ☐ inapto ()

3. RISCOS EXISTENTES NA ATIVIDADE DO EMPREGADO (A)

AUSTIMIL (FACONOMEIO) FISIOLÓGICO (DUSIMIL)

4. PROCEDIMENTOS MÉDICOS A QUE FOI SUBMETIDO (A):

- (☒) Avaliação clínica e anamnese Ocupacional Data: _____
(☒) Exame de aptidão Físico e Mental Data: _____

4.1 EXAMES COMPLEMENTARES:

_____	Data: _____
_____	Data: _____
_____	Data: _____
_____	Data: _____

Observações _____

5. PROCEDIMENTOS MÉDICOS A QUE FOI SUBMETIDO (A):

Apto para exercer a função que: irá exercer (☒) Exerce () Exerceu () Inapto ()

6. VALIDADE DO EXAME MÉDICO:

() UM (01) ANO () DOIS (02) ANOS

7. MOTIVO DA AVALIAÇÃO MÉDICA:

() Admissional () Periódico (☒) Retorno ao trabalho () Mudança de função () Demissional

8. ENCARREGADO DO EXAME:

Nome: Cristiano Oliveira Rebelo

Endereço ou forma de contato _____

Assinatura: _____

9. COORDENADOR DO PCMSO DA EMPRESA (QUANDO APLICÁVEL)

Nome: Cristiano

CRM: 3569

Recebi a 2ª via do ASO em 21 09 11

Obs: o exame médico deve ser custeado pelo empregador (art. 168 da CLT)

Célesto da Silva Oliveira
Assinatura do empregado



Dr. Cícero Narciso Moreira Leite
OFTALMOLOGISTA - CRM 6986

Celito de Jua Almeida

CIDA H25.0 / Alstado

Alstado que é paciente de novo
deveria ficar de pronto
por 2 (dois) dias por
curar a lesão no
olho direito

22/08/12

Cícero Moreira Leite
Oftalmologista
CRM 6986

Quixadá: Clínica odontomeo - Rua Basilio Pinto, 400 - Fone: (88) 3412.2095
Quixeramobim: Clínica Dr. Joaquim Fernandes - Rua Mons. Salviano Pinto, 140 - Fone: (88) 3441.3074
Fortaleza: Torre Saúde - Av. Santos Dumond - 5723 (15º Andar Papicu) - fone: (85) 3032.2564

http://172.30.40.2/aph/cadastrros/pacientes/samecomp/parecimentor

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

UF PROCESSAMENTO DE DADOS

Data 17/03/2012 às 13:40:27

Declaração de Comparcimento - SAME

Prontuário: 267596 CELITO DE SENA ALMEIDA

Data Nascimento: 08/01/1944-

Sexo: Masculino

Pai: EXPEDITO PATRICIO DE ALMEIDA

Mãe: FRANCISCA DE SENA ALMEIDA

Data Atendimento: 20/09/2011-

Hora Atendimento: 16:22

BE: 80287

Data Internação: 22/09/2011-

Hora Internação: 09:44

Data Saída: 23/09/2011-

Hora Saída: 10:45

Médico: CRM HOSPITAL

ALTA - MELHORADO

Motivos:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM 3 DIAS DE EVOLUÇÃO (17/09/11), FOI ADMITIDO NO IUF EM 20/09/11, PORTANDO TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO + TRAUMA FACIAL. TC DE CRÂNIO (EM 20/09/11, REALIZADO EM QUINRAMOBIM, NA MATERNIDADE DE JESUS MARIA JOSÉ) = PNEUMOENCEFALO + FRATURA DE MAXILA E BASE DO CRÂNIO. NA OCASIÃO, APRESENTAVA-SE ALERTA, AUTO ORIENTADO, SEM DEFICIT MOTOR, COM PUPILAS ISOCÓRICAS E FOTORREAGENTES. GLASGOW = 15 EQUIMOSE PERIORBITÁRIA BILATERAL + ABRASÕES EM APICE NASAL + LACERAÇÃO FRONTAL SUTURADA. AOS CUIDADOS DA NEUROCIRURGIA E CIRURGIA BUCOMAXILOFACIAL, MANTEVE-SE ESTÁVEL, SOB TRATAMENTO CONSERVADOR, RECEBENDO ALTA HOSPITALAR APÓS RAJO-X DE COLUNA CERVICAL NORMAL, EM 23/09/2011.

"DECLARAÇÃO DIGITADA EM 17/03/2012 (A/C)"

Dra. Maria Alcinet Rocha Soares
Médica - CRM 3260
CPF: 091585043-15

Maria Alcinet Rocha Soares

Médico Responsável pelas informações

Contidas no Prontuário/BE

Ass do Paciente ou Responsável

DETALHES DO PROCESSO

Número Sinistro:	2012/371263	Garantia:	02 - Ipa / Invalidez
Categoria:	07 - Vni		
Data Sinistro:	18/09/2011	Data Receção:	30/07/2012
Seguradora:	MBM - Seguradora	Assurador:	Carlos Eduardo da Silva - CE
Preparador:	Bruna Caroline Da Paixão Da Luz		
Analista:	Thais Marielly Nicollayow		
Situação:	Pago		
Filial:	MBM Serviços de Seguros		

DATAS DE ENVIO

Data de Envio:	31/07/2012	Nº Carta:	958
Data de Envio:	02/10/2012	Nº Carta:	320

VÍTIMAS

Vítima:	Celso De Sena Almeida	Estado:
Endereço:	Rua vereador Satiro Florentino,30 - - Acopiara -	
Cep:		
Telefone:		

DOCUMENTOS

Descrição:	Retornamos o processo solicitando o telefone e endereço atualizados da vítima, tendo em vi compareceu na pericia agendada.		
Data da Solicitação:	17/09/2012	Data Receção:	02/10/2012
Descrição:	Foi encaminhado tel para pericia 26-10		
Data da Solicitação:	00/00/0000	Data Receção:	00/00/0000

BENEFICIÁRIOS / PAGAMENTOS

Beneficiário:	o mesmo		
CNPJ/CNP:	04548531300		
Data Pagamento:	07/11/2012	Data Rateio:	09/11/2012
Agência:	2843	Conta Corrente:	00015986-8
Banco:	Caixa Econômica	Outra Conta:	Poupança
Valor Indenização:	3.375,00	Valor Potencial:	13.500,00
Diferença:	10.125,00		
Valor Reanálise IPA:	0,00		

CORRETORA

Código:	1
Nome:	Carlos Eduardo da Silva - CE



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

fls. 26

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 4130 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS

Data / Hora da Comunicação: 03/07/2012 16:25:32

Data / Hora da Ocorrência : 18/09/2011 15:00:00

Endereço da Ocorrência: ROD DO ALGODÃO

NAO INFORMADO QUIXERAMOBIM /CE

Ponto de Referência: EM FRENTE AO POSTO ALVORADA

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: CELITO DE SENA ALMEIDA

Nascimento : 08/01/1944

RG: 94002505590 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:

Filiação: EXPEDITO PATRICIO DE ALMEIDA

FRANCISCA DE SENA ALMEIDA

Endereço: R DR. ANIZIO MENDES 33

CENTRO

QUIXERAMOBIM CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Informa o declarante que na data e hora acima mencionadas, caminhava pela Rodovia do Algodão no município de Quixeramobim, quando um veículo tipo moto de placa não anotada o atropelou, fugindo logo em seguida; Declara que foi socorrido por populares até o Hospital Regional Dr. Pontes Neto de Quixeramobim, onde constaram suas lesões e fraturas e o transferiram para o Instituto Dr. José Frota; E nada mais disse.....

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUAU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

MATRÍCULA: 135610-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura]*

VISTO DO DELEGADO(A): _____



**SECRETARIA DA
INFRAESTRUTURA**
Governo do Estado do Ceará



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

EU Delito de Sena Almeida
brasileiro(a), casado(a) (), solteiro(a) () divorciado(a) (x), viúvo(a) (),
profissão motorista, portador da identidade Nº
99002505590 SSP CE e CPF Nº 04548531300, DECLARO,
sob as penas previstas no art. 299 do Código Penal, para fins de fazer prova
junto ao Departamento Estadual de Trânsito - DETRAN-CE, que mantenho
residência e domicílio na cidade de Quixeramobim/CE, com
endereço na Rua (AV.) Dr. Anísio Mendes Nº
33, apto _____, Bairro: Centro CEP 63800 - 000

RECONHEÇO
1º OFÍCIO

18 ABR 2012

/20

Delito de Sena Almeida
Declarante

Obs. Esta declaração só terá validade com firma reconhecida em Cartório.

Seio de Autenticidade TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ 25JG 02 RECONHECIMENTO DE FIRMA Nº BF 928.881	Reconheço a(s) firma(s) de: <u>Delito de Sena Almeida</u> Dou fé. Quixeramobim - CE, <u>18 ABR 2012</u> Em testemunho <u>da verdade.</u> <u>Kalina Ferreira e Silva</u> Kalina Ferreira e Silva Escrevente Autorizada
	CARTÓRIO DE QUIXERAMOBIM Rua Cônego Adriano Mota, 154 Quixeramobim - Ceará Tel: (88) 3441.0875 VÁLIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Artigo 299 - Código penal - Omitir, em documento público ou particular, declaração que deve ou devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa do que deve ser escrita, com fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante. Pena - Reclusão - 1 a 5 anos, e multa.

Av. Godofredo Maciel, 2900 - Maraponga - Fortaleza - Ceará - CNPJ 07.135.668/0001.95 - TeleDETRAN: 0800.280.6898 - Alô DETRAN 0800.275.6768



DEPARTAMENTO MÉDICO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - SERDMAG
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

PACIENTE		DATA NASCIMENTO		Nº IDENTIDADE	
TELEFONE	SEXO 1 ☒ MASC. 3 ☐ FEM	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL 1 ☐ SOLTEIRO 2 ☐ CASADO 3 ☐ VIÚVO 4 ☐ OUTROS		
PAI			MAE		
ENDEREÇO			BAIRRO		
CIDADE		UF	COMPLEMENTO	CEP	
PROCEDÊNCIA ☒ INTERNO ☐ EXTERNO		MÉDICO SOLICITANTE		CRM	
TIPO T C: ☐ CRÂNIO ☐ TÓRAX ☐ ABDOME ☒ COLUNA cervical ☐ OUTROS					

Realizada com o paciente em posição supina, com o eixo de rotação da coluna cervical alinhado ao eixo de rotação da coluna lombar.

Laudo:
Articulação atlanto-occipital e atlanto-axial com boa visualização das estruturas ósseas e articulares.

Realizado o exame de tomografia da coluna cervical com o eixo de rotação da coluna cervical alinhado ao eixo de rotação da coluna lombar.

CONCLUSÃO

DEPARTAMENTO MÉDICO
SERVIÇO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - SERDMAG
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA

PACIENTE		DATA NASCIMENTO		Nº IDENTIDADE	
CELITO da SENA ALMEIDA		/ /			
TELEFONE	SEXO	NATURALIDADE	ESTADO CIVIL		
	1 ☐ MASC 3 ☐ FEM.		1 ☐ SOLTEIRO 2 ☐ CASADO 3 ☐ VIÚVO 4 ☐ OUTROS		
PAI		MAE			
E1- 80287					
ENDEREÇO			BAIRRO		
CIDADE		UF	COMPLEMENTO	CEP	
PROCEDÊNCIA		MÉDICO SOLICITANTE		CRM	
1 ☐ INTERNO 2 ☐ EXTERNO					

TIPO T C:

☒ CRÂNIO ☐ TORAX ☐ ABDOME ☐ COLUNA ☐ OUTROS

Encefalo clonormal normal
neuroencefalo temporal anterior,
adaptado à idade epineuride.
Conteúdo denso nos seios da face,
patentes no o-maxilar esquerdo

CONCLUSÃO

Control

CE

19 ABR. 2012

Antonia Maria Borges da Silva

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Celito de Senna Almeida
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



19 ABR. 2012

Antonia Maria Borges da Silva

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 74002505590
DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/4/1995
NOME: CELITO DE SENA ALMEIDA
FILIAÇÃO: EXPEDITO PATRÍCIO DE ALMEIDA E FRANCISCA DE SENA ALMEIDA
NATURALIDADE: QUIXERAMOBIM-CE
DATA DE NASCIMENTO: 8/1/1944
DOO ORIGEM: CERT. CASAM. 15469 L B/27 F
109V 4A ZONA FORT. CE
CPF: 04548531300-00 ANO: 54674583
FORTALEZA-CE
ASSINATURA DO DIRETOR
LEI N° 7.116 DE 29/09/83

NASCIMENTO: 08.01.44

INSCRIÇÃO NO CPF: 045 485 313 00

CONTRIBUINTE: CELITO DE SENA ALMEIDA

Antonia Maria Borges da Silva
SECRETÁRIA DA RECEITA FEDERAL

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
COORDENAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES ECONÔMICO-FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROBATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VALIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE:
Celito de Senna Almeida

19 ABR. 2012

Antonia Maria Borges da Silva

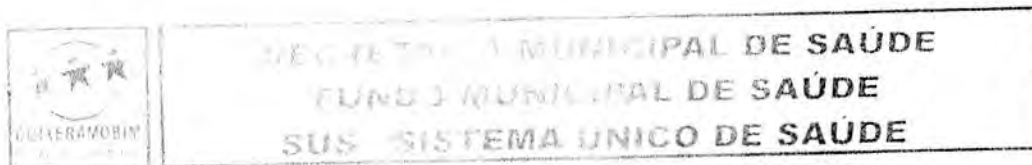
Escritura Autorizada



19 ABR. 2012

Antonia Maria Borges da Silva

Escritura Autorizada



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O(a) Sr.(a) Celito de Souza Almeida

Compareceu a esta clínica às _____ horas para:

- | | | | |
|------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1. Consulta | ☐ | 5. Marcar Radiografia | ☐ |
| 2. Acompanhar Exame | ☐ | 6. Fazer Radiografia | ☐ |
| 3. Fazer exame/Laboratório | ☐ | 7. Retirar Radiografia | ☐ |
| 4. Retirar Exame/Laboratório | ☐ | 8. Fisioterapia | ☐ |

Outrossim comunicamos que:

- | | | | |
|---|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| a) Pode voltar em seguida ao trabalho | ☐ | Radiologista | ☐ |
| b) Foi encaminhado a especialista | ☐ | Laboratório | ☐ |
| c) Devera ficar afastado(a) de trabalho no dia de hoje | ☐ | | ☐ |
| d) Devera ficar afastado(a) do trabalho (<u>15</u>) dias | ☐ | a contar desta data | ☐ |
| e) Poderia ter se apresentado, faltando ao serviço ou fora do horário de trabalho | ☐ | | ☐ |
| f) CID: <u>TCC</u> | ☐ | | ☐ |

Quixeramobim-CE, 18 de 09 de 2011

DEPARTAMENTO MÉDICO DO MUNICÍPIO DE QUIXERAMOBIM

QUIPREV
Cristiano Oliveira de Sousa
Médico - PAA-1
CRM - 8569

Ao Dep. Pessoal

O(a) Sr.(a): _____

1. Ficará afastado(a) do trabalho por _____ dias.
2. Providenciar doc. Probenfício sempre que o afastamento ultrapassar 15 dias.
3. Horário de trabalho do funcionário no dia do afastamento: _____

DEP. MÉDICO