



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

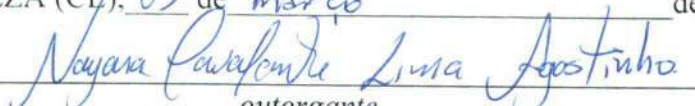
E-mail: najma.said.adv@gmail.com**PROCURAÇÃO**

OUTORGANTE	Nayara Cavalcante Lima Agostinho		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	Fortaleza/CE
RG	2006080201009	ESTADO CIVIL	Casada
CPF	036.071.933-39	PROFISSÃO	Advogada
ENDEREÇO	Rua M, nº 457, Casa 1A - bot. Parque Mont. 2		
BAIRRO	Prefeito José Walter	CEP	60751-230
MUNICIPIO / UF	Fortaleza / CE		
FONES	(85) 9.8887-4025 - (85) 3291-53-03		
E-MAIL	NayaraLimaDR@y2hoo.com.br		

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 Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

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, desistir, 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), 03 de março de 2020.


outorgante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Nayara Cavalcante Lima Agostinho, Brasileiro(a),
Advogada, Advogada, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 2006010201009-SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 036.071.933-39, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
M, Nº 457, Preleito José Walter,
 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), 03 de março de 20 20.

Nayara Cavalcante Lima Agostinho
 Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

fls. 19

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Nayara Cavalcante Lima Agostinho, brasileiro(a),
casada, Advogada, portador(a) do RG nº
2006010201009, inscrito no CPF sob nº
036.011.933-39, residente e domiciliado no endereço
Rua M, nº 457, casa A, bairro José Walter, CEP. 60751-230,

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

“AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB.”

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 03 de março de 2020.

Nayara Cavalcante Lima Agostinho

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

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

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Nayara Cavalcante Lima Agostinho</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua M, nº 457, casa A - bof. Parque Mar</u>		Profissão: <u>Advogada</u>
CPF nº: <u>036.071.933-39</u>	RG n: <u>2006010201009</u>	Estado Civil: <u>Casada</u>
Bairro: <u>Prefeito Sossê Walter</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60.751-230</u>	Telefone: <u>(85) 9.8887-4025 - (85) 3291-5303</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – 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 fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza (CE), 03 de março de 2020

Nayara Cavalcante Lima Agostinho

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
ARTIGOS 130 E 131 DA CONSTITUIÇÃO NACIONAL DE 1988

NOME
NAYARA CAVALCANTE LIMA

DOC. EMISSOR / ORG. EMISSOR UF
2006010201009 SSP CE

CPF
036.071.933-39

DATA NASCIMENTO
16/05/1994

FUNÇÃO
LUIZ ANDRE LIMA NETO
FRANCISCA ELIZIENE
CAVALCANTE LIMA

Nº REGISTRO
05563451509

VALIDADE
22/05/2022

1ª HABILITAÇÃO
10/08/2012

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Nayara Cavalcante Lima

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
25/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
67574450508
CE159579368

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1488673726

PROIBIDO PLASTIFICAR
1488673726

Cagece

014078791

Nome: **NAYARA CAVALCANTE LIMA**End: **RU M RES PU MONTENEGRO II, 457, A, PREFEITO JOSE VAL
FORTALEZA**CEP: **60751-230**Cidade: **001** Estado: **059** Município: **0019** Fone: **0005** Celular: **0001**Cidade: **001** Estado: **000** Município: **000** Fone: **000** Celular: **000**ÁGUA: **R10F522133** 747 752 5 3Data: **02/07/2019** Hora: **02/07/2019** Valor: **2373814**
Data: **03/06/2019** Hora: **02/08/2019**Data: **05/2019**

Consumo	Debito	Saldo	Valor	Valor	Valor
526	526	125	526	526	526
533	533	533	530	530	530
529	525	506	515	515	530

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 3 m3 | META: 10 m3.
 Diga não ao trabalho infantil. DENUNCIE! Disque 100 ou
 procure o Conselho Tutelar mais proximo de sua residencia.
 Não precisa se identificar. O sigilo é garantido.
 Constatamos debito de R\$ 82,63. Caso pago, desconsiderar.

ÁGUA
 JUROS DE 0.033% AO DIA

36,30
 0,39

Valor	Valor	Valor
3	0	0
4	0	0
3	0	0
3	0	0
4	0	0
3	0	0
3	0	0
3	0	0
3	0	0
5	0	0
4	0	0
3	0	0

TÍTULOS SOBRE FATURAMENTO

PIS 0,35
 COFINS 1,75

SUBSIDIO

VALOR DO SERVIÇO 41,49
 VALOR DO SUBSIDIO 4,80
 VALOR TOTAL A PAGAR 36,69

MES: 07/2019

16/07/2019

36,69

I:358299050735980 L:0243 H:11:45:50 R:006 P:001

Central de Atendimento
Cagece**Cagece**
MORILE

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019469618

fls. 23

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2296 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/07/2019 16:30:08**
Data / Hora da Ocorrência: **01/06/2019 21:45:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA I**
Complemento:
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **NAYARA CAVALCANTE LIMA**
Nascimento: **16/05/1994** CPF: **036.071.933-39**
RG: **2006010201009** Orgão Emissor: **SSP/CE** UF:
Filiação: **FRANCISCA ELIZIENE CAVALCANTE LIMA**
LUIZ ANDRE LIMA NETO
Endereço: **RUA M, LOT. PARQUE MONTENEGRO II, 457 CASA A**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.751-230**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8887-4025**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **LUP0810** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **93XLRH77W5C508571** Renavam: **852760957** Tipo do Veículo: **CAMIONETA** Marca / Modelo: **MMC/PAJERO TR4** Ano Fabricação: **2005** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **LUIZ ANDRE LIMA NETO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **POZ5491** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC2500JR113283** Renavam: **1144705743** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 START** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2018** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ANTONIO SERGIO MOREIRA MARTINS FILHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A vítima comparece nesta Especializada e afirma que no dia e hora acima mencionados trafegava dirigindo o veículo de placas LUP-0810, licenciada em nome de Luiz Andre Lima Neto, na Avenida I, quando uma motocicleta de placa POZ-5491, avançou a preferencial colidindo na lateral direita do veículo que dirigia, fazendo a vítima perder o controle do veículo o que fez a vítima colidir com uma árvore no canteiro central da avenida; Que, com a colisão ficou lesionada; Que, foi socorrida por meios próprios e levada para o IJF Centro, onde recebeu atendimento; Que, nada mais disse;////
OBS: falsa comunicação está prevista no art. 340 do CPB e o prazo para representação é de 6 meses a partir da data da ocorrência.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019469618



fls. 24

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2296 / 2019

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Maria do Socorro Furtado Silva
MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Marysma Rangel de Lima

VISTO DO DELEGADO(A) : Maria das Graças Ferreira Uchoa
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7



Paciente: 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA

Atend.: 6497761*

Endereço:

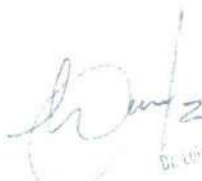
RECEITA

TESTADO

TESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NAYARA CAVALCANTE LIMA APRESENTA QUADRO DE CEFALÉIA ASSOCIADA COM
CONTURAS INESPECIFICAS, INSONIA E DECIT DE CONCENTRAÇÃO APOS TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO EM
1/06/2019.

ID 10: S06.0

FORTALEZA, 01/07/2019


Dr. Luiz Gonzaga Nogueira Jr.
Neurologista
CRM 7087 RQE 3543

LUIZ GONZAGA NOGUEIRA JR

CRM: 7087

01/07/2019 14:27:58

CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO UNIMED - ENDEREÇOS

CIAU ALDEOTA: Rua Jose Vilar, 1222 Aldeota Fone: 3209.4301/3209.4302 - CIAU BEZERRA DE MENEZES: Av.
Bezerra de Menezes, 1735 Parquelândia Fone: 3209.4401/3209.4409 - CIAU MARACANAU: Endereço: Av. I, nº
17 - Conj. Jereissati I, Business Place - Torre II Fone: 3209.4202/3209.4291 - CIAU OLIVEIRA PAIVA : Av.
Oliveira Paiva, 2849 Cid. Funcionarios Fone: 3209.4001/3209.4002 - CIAU PARANGABA: Av. Godofredo
Maciel, 51 Parangaba Fone: 3209.4102/3209.4103

Paciente: 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA

Atend.: 6588846*

Endereço:

RECEITA

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NAYARA CAVALCANTE LIMA APRESENTA QUADRO DE CEFALeia HOLOCranIANA POS TRAUMATISMO CRANIO ENCEFALICO EM 01/06/2019. APRESENTA RM DO CRANIO (09/07/19) QUE EVIDENCIA HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL A DIREITA. DEMAIS ASPECTOS SEM ALTERAÇÕES.

CID 10: S06.0

FORTALEZA, 28/08/2019



Dr. Luiz Gonzaga Nogueira Jr.
Neurologista
CRM 7087 RQE 3643

LUIZ GONZAGA NOGUEIRA JR

CRM: 7087

28/08/2019 14:34:27

CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO UNIMED - ENDEREÇOS

CIAU ALDEOTA: Rua Jose Vilar, 1222 Aldeota Fone: 3209.4301/3209.4302 - CIAU BEZERRA DE MENEZES: Av. Bezerra de Menezes, 1735 Parquelândia Fone: 3209.4401/3209.4409 - CIAU MARACANAU: Endereço: Av. I, nº 17 - Conj. Jereissati I, Business Place - Torre II Fone: 3209.4202/3209.4291 - CIAU OLIVEIRA PAIVA: Av. Oliveira Paiva, 2849 Cid. Funcionários Fone: 3209.4001/3209.4002 - CIAU PARANGABA: Av. Godofredo Maciel, 51 Parangaba Fone: 3209.4102/3209.4103



Paciente: 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA

Atend.: 6668354*

Endereço:

RECEITA

USO ORAL

1. Cogmax ----- 02 cxs.

Tomar 1 comprimido depois do café-da-manhã e depois de jantar.

TONY HARRISON OLIVEIRA NASCIMENTO CRM: 12626

16/10/2019 14:55:05

CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO UNIMED - ENDEREÇOS

CIAU ALDEOTA: Rua Jose Vilar, 1222 Aldeota Fone: 3209.4301/3209.4302 - CIAU BEZERRA DE MENEZES: Av. Bezerra de Menezes, 1735 Parquelândia Fone: 3209.4401/3209.4409 - CIAU MARACANAÚ: Endereço: Av. I, nº 17 - Conj. Jereissati I, Business Place - Torre II Fone: 3209.4202/3209.4291 - CIAU OLIVEIRA PAIVA : Av. Oliveira Paiva, 2849 Cid. Funcionários Fone: 3209.4001/3209.4002 - CIAU PARANGABA: Av. Godofredo Maciel, 51 Parangaba Fone: 3209.4102/3209.4103



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HRU - Hospital Regional

UNIMED FORTALEZA

Endereço: Av. visconde do Rio Branco -
4000, Joaquim Tavora

Cidade: Fortaleza UF: Ceará

CNPJ: 05.868.278/0002-80

1º Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2º Via - Orientação ao Paciente

Dr. Tony...
16/10/2019
14:53

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA

Endereço: RUA M

Nr.: 455

Complemento: LOT PQ MONTENEGRO

Bairro: PREFEITO JOSE WALTER

Cidade: FORTALEZA

Cep.: 60766460

Prescrição:

USO ORAL

1. Paxil (Paroxetina) 12,5mg ----- 04 cxs.

Tomar 1 comprimido depois do café-da-manhã.

Data: 16/10/2019 14:53

Assinatura do Médico

Nome: _____

Ident.: _____

Org. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



Paciente: NAYARA CAVALCANTE LIMA

fls. 29

Idade: 25 Anos 3 Meses

Sexo:

Data Nasc.: 16/05/1994

Carteira: 0630020049349368

Plano: UNIFLEX - ENF

Atendimento: 6497761

Unidade:

Data Doc.: 01/07/2019 14:06:08

ATENDIMENTO AMBULATORIAL- ANAMNESE

NEUROLOGIA

HDA:

PACIENTE REFERE QUE NO DIA 01/06/19 SOFREU ACIDENTE DE CARRO- CARROXOTO- MOTO BATEU NA LATERAL DO PASSAGEIRO DO SEU CARRO E EM SEGUIDA BATEU NUMA ARVORE . REFERE QUE PERDEU A CONSCIENCIA E SO VEIO A TORNAR CONSCIENCIA NO IJF. ESTAVA SEM CINTO DE SEGURANCA. REFERE QUE FICOU EM OBSERVAÇÃO POR 24H NO IJF. REFERE QUE TC DE CRANIO FOI NORMAL . NAO TEVE FRATURAS NO CORPO. NO DIA SEGUINTE FOI A UNICLINIC ONDE FEZ NOVA TC DE CRANIO = HEMATOMA SUBGALEAL NO TECIDO CELULAR SUBCUTANEO DA REGIAO FRONTAL DIREITA COM 0,5 CM. DEMAIS ASPECTOS NORMAIS. QUEIXA DE TONTURAS INESPECIFICAS E NAUSEAS QUANDO FZ MOVIMENTOS BRUSCOS COM A CABECA, BEM COMO CEFALIA INTERMITENTE NA REGIAO DO TRAUMA (FRONTAL). NEGA VOMITOS.
HPP- NDN
GRAVIDA? NAO

EXAME FISICO:

ALERTA, ORIENTADA, FLUENTE, PIFR, MOE-OK, SEM SINAIS FOCAIS.

DIAGNÓSTICO:

CONCUSSAO CEREBRAL.

TRATAMENTO:

RM DO CRANIO.
PAMELOR 25MG;
MECLIN 25MG 12/12H

Dr. Luiz Gonzaga Nogueira Jr.
Neurologista
CRM 7087 RQE 3643

LUIZ GONZAGA NOGUEIRA JR / CRM - 7087

Nome.....: NAYARA CAVALCANTE LIMA
 Sexo.....: () Masculino (X) Feminino
 Data.....: 09/07/2019
 Exame.....: RM CRÂNIO
 Solicitante.....: Dr(a). LUIZ GONZAGA NOGUEIRA JR

ID do Paciente...: 01098721
 Data de Nasc.....: 16/05/1994
 Pedido.....: 241438
 Convênio.....: UNIMED FORTALEZA
 CRM.: 7087

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Axial T1 e T2 FSE
 Axial FLAIR
 Axial difusão/mapa ADC
 Axial T2 GRE
 Axial + Coronal + Sagital T1 FSE com contraste

LAUDO:

Sistema ventricular de forma, dimensões e topografia preservados.

Cisternas de aspecto normal.

Sulcos corticais preservados.

Parênquima encefálico com morfologia e sinal de ressonância magnética preservados.

Estruturas da linha média tópicas.

Ausência de coleções ou hematomas intra-cranianos.

Não evidenciamos áreas de restrição da livre difusão das moléculas de água.

Após administração endovenosa de contraste paramagnético não observam-se áreas de realce anômalo.

Hematoma subgaleal frontal à direita.

CONCLUSÃO:

- Hematoma subgaleal frontal à direita.

Dr. ERVISON PACHECO DE OLIVEIRA
 CRM 7566 RQE 2752

Responsável Técnico
 Dr. Ernesto Lima Araújo Melo - CRM 7551 - CE
 Boghos Unidade Sul - CRM 2050 - CE
 Licença Sanitária: 3058.2017/09-424

Registro de Atendimento Emergencial

Por: ALVARO DIOGENES LEITE FECHINE

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 01/06/2019 22:57:42		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE								
CNS: 705009288277159		NOME: NAYARA CAVALCANTE LIMA AGOSTINHO			Registro: 5619544			
CPF: 03607193339		RG: 2003010201009		D. NASC: 16/05/1994		ESTADO CIVIL: SEXO: F RAÇA/COR: Amarela		
NOME DA MÃE: FRANCISCA ELIZIENE CAVALCANTE LIMA				NOME DO PAI: LUIZ ANDRE LIMA NETO				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: M			Nº: 457		BAIRRO: PREFEITO JOSE WALTER	
COMPLEMENTO:		TELEFONE: 32915303		MUNICIPIO: FORTALEZA		UF: CE CEP: 60751230		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL								
NOME: FRANCISCA ELIZIENE/ MEIOS PROPRIOS				PARENTESCO: MAE		TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO								
TIPO DE VÍNCULO:		CBO DO EMPREGADO:		CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:		
AGOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO								
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro). Ocupante de um auto traumatizado em acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda								
QUEIXAS: PACIENTE, 25 ANOS. TRAZIDO PELA MAE, COM HISTÓRIA DE TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CRANIO E FACE. 01 HORA - APRESENTA								
OBSERVAÇÕES: LACERAÇÃO REGIÃO DE JOELHO ESQUERDO TCF - HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA								
SINAIS VITAIS								
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA								
ATENDIMENTO MÉDICO								
Anamnese: <i>Relatou por acidente de carro que se levou um corte no joelho.</i>								
Exame Físico: <i>Aberto 15. Apresentação simples.</i>								
Conduta: <i>OK com...</i>								
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:								
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:								
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:								
DATA E HORA DO ATENDIMENTO: 11/6/2019				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO/ESPECIALISTA: <i>[Assinatura]</i>				

**0301060061
CONSULTA MEDICA**

*Arquivo Geral de Saúde
14.06.2019
Jorge Roberto da Mota Costa
Coordenador de Saúde Bucal*



PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Neuro

Data: 02/06/19

03010660001
CONSULTA MÉDICA

02/06/19

HURCH

PCT SQUE ENAVEL ECG=15g ~
150, RFM+, 0 FOGAS TC=0 LESÕES NR C Aguda

CONDUTA:

ALTA DA NA G

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Neuro

Data: 02/06/19

Doença crônica de caráter autômato elétrico
discreto ECG 15
Ato placido, motor, 1/ pericardio RCP, FC 107
MV+, AT+, RA, 1/ infirmitade

Referência: Dr. Torquato

CONDUTA:

Soluto Radiografias Alta

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Neuro

Data: 02/06/19

RX torax cervical, leucina sh
Alta de CM Gen

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PARECER MÉDICO - ESPECIALIDADE: Neuro

Data: 02/06/19

CONDUTA:

ASSINATURA/CARIMBO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

f/ Apuraz + 18/ 24 EV-

Arquivo L... 14.06.2019

Contato: 14.06.2019

Assinatura de João Urbano da Silva Coelho

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Sinais Vitais/MT (h) SN(

P.A:

T:

FC:

FR:

DESTINO - TRANSFERÊNCIA / ALTA

☐ Transferência ☐ Internação ☐ Alta Médica ☐ Alta à pedido ☐ Evas

☐ Óbito

Data: 02/06/19 às 15 h Ass./Carimbo Médico:

ÓBITO

Antes dos Primeiros Socorros: ☐ Sim ☐ Não Data: 02/06/19 às 15 h

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

Nayara Guebara

① Consultar Neurocirurgia

e Cirurgia Torácica

7

09/06/19

Dr. Anselmo A. Marti
Ortopedia e Traumatologia
CRM 9477 - SOBT 1142

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza- Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

Dr. Paulo Roberto C. Castro
Ortodontista e Maxilodonte
CRM: 198352

Alendimento: 6509847 Convênio: UNIMED FORTALEZA

Convênio: UNIMED FORTALEZA

6509847



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HRU - Hospital Regional

UNIMED FORTALEZA

Endereço: Av. visconde do Rio Branco -
4000, Joaquim Tavora

Cidade: Fortaleza UF: Ceará

CNPJ: 05.868.278/0002-80

1º Via - Retenção da Farmácia ou Drograria

2º Via - Orientação ao Paciente

Dr. Luiz Gonzaga Nogueira Jr.
Neurologista
CRM 7087 RQE 3643

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA

Endereço: RUA M

Nr.: 455

Complemento: LOT PQ MONTENEGRO

Bairro: PREFEITO JOSE WALTER

Cidade: FORTALEZA

Cep.: 60766460

Prescrição:

RX

USO ORAL

1- STILNOX 10MG-----01CX

TOMAR 01CP A NOITE

Data: 01/07/2019 14:30

Assinatura do Médico

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data _____



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HRU - Hospital Regional

UNIMED FORTALEZA

Endereço: Av. visconde do Rio Branco -
4000, Joaquim Tavora

Cidade: Fortaleza UF: Ceará

CNPJ: 05.868.278/0002-80

1º Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria

2º Via - Orientação ao Paciente

Dr. Luiz Gonzaga Nogueira Jr.
Neurologista
CRM 7037 RQE 3643

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA

Endereço: RUA M

Nr.: 455

Complemento: LOT PQ MONTENEGRO

Bairro: PREFEITO JOSE WALTER

Cidade: FORTALEZA

Cep.: 60766460

Prescrição:

RX

USO ORAL

1- STILNOX 10MG-----01CX

TOMAR 01CP A NOITE

Data: 01/07/2019 14:30

Assinatura do Médico

Nome: _____

Ident.: _____ Órg. Emissor: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Assinatura do Farmacêutico _____

Data _____

Paciente: 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA

Atend.: 6497761*

Endereço:

RECEITA

RX

USO ORAL

1- MECLIN 25MG -----01CX

TOMAR 01CP 12/12

2- DIPIRONA 1G -----01CX

TOMAR 01CP 8/8H SE DOR DE CABEÇA.

Dr. Luiz Gonzaga Nogueira Jr.
Neurologista
CRM 7087 RQE 3543

LUIZ GONZAGA NOGUEIRA JR

CRM: 7087

01/07/2019 14:26:23

CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO UNIMED - ENDEREÇOS

CIAU ALDEOTA: Rua Jose Vilar, 1222 Aldeota Fone: 3209.4301/3209.4302 - CIAU BEZERRA DE MENEZES: Av. Bezerra de Menezes, 1735 Parquelândia Fone: 3209.4401/3209.4409 - CIAU MARACANAÚ: Endereço: Av. I, nº 17 - Conj. Jereissati I, Business Place - Torre II Fone:3209.4202/3209.4291 - CIAU OLIVEIRA PAIVA : Av. Oliveira Paiva, 2849 Cid. Funcionários Fone:3209.4001/3209.4002 - CIAU PARANGABA: Av. Godofredo Maciel, 51 Parangaba Fone:3209.4102/3209.4103



Solicitação de Exames

Paciente	Nayara Cavalcante Lima Agostinho	Sexo	F
Atendimento	2065651	Médico (a)	Dr. Francisco de Assis Almeida Cabral
Nascimento	16/05/1994	Idade (Anos)	25
Endereço	RUA M , 457	Nr. Solicitação	180801
Dt solicitação	10/06/2019 13 05 56		

Os exames prescritos pelo seu médico são essenciais para concluir o seu diagnóstico.

Tipo Exame: *Neurologia Imagem*

Cod. Interno	Exame	Lado	Qtde.	Justif./Recom.
6155	Ressonância Magnética da Coluna Cervical		1	Historia de traumatismo crâniocervical Hhá 9 dias. Refere dor cervical com irradiação para os ombros.

Solicitação de Exames



2065651

Paciente	Nayara Cavalcante Lima Agostinho	Sexo	F
Atendimento	2065651	Médico (a)	Dr. Francisco de Assis Almeida Cabral
Nascimento	16/05/1994	Idade (Anos)	25
Endereço	RUA M , 457	Nr. Solicitação	180800
Dt solicitação	10/06/2019 13:04:44		

Os exames prescritos pelo seu médico são essenciais para concluir o seu diagnóstico.

Tipo Exame: *Neurologia Imagem*

Cod. Interno	Exame	Lado	Qtde.	Justif./Recom.
4694	Tomografia de crânio		1	Cefaléia e tonturas. TCE há 9 dias.

[Handwritten signature]

Solicitação de Exames



2065651

Paciente	Nayara Cavalcante Lima Agostinho	Sexo	F
Atendimento	2065651	Médico (a)	Dr. Francisco de Assis Almeida Cabral
Nascimento	16/05/1994	Idade (Anos)	25
Endereço	RUA M, 457	Nr. Solicitação	180799
Dt solicitação	10/06/2019 13:03:03		

Tipo Exame: Exames de imagem

Cod. Interno	Exame	Lado	Qtde.	Justif./Recom.
957	Rx Arcos Costais		1	Traumatismo e dor torácica à esquerda.



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

Atestado

Atesto para os devidos fins que Nexene Felvelcarthi Lima sofreu lesão certa contusa no região frontal + trauma no joelho esquerdo com lesões leves contusas e hematomas do go. (Nove) dias de repouso.

CID - S.80 + S07.1506.

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5155 CPF: 226.775.923-91

Fortaleza,

03.06.19

01164279
M. (184.24)
00000655: 8. 1
+0.0D

NAYARA CAVALCANTE LIMA
2019.06.02 20:59:13.991
120kV/ 150mAs
0.75s/0.5x16
HP11.0

R

L

VR.1
25Y/F
SU/HF/
TCOT+/FC30/AIDR 3D STD/UE0/
UDI 24 HORAS

Alexion

01164279
M. (184.24)
00000655: 8. 3
+0.0D

NAYARA CAVALCANTE LIMA
2019.06.02 20:59:13.991
120kV/ 150mAs
0.75s/0.5x16
HP11.0

P

A

VR.1
25Y/F
SU/HF/
TCOT+/FC30/AIDR 3D STD/UE0/
UDI 24 HORAS

Alexion

01164279
M. (190.84)
00000655: 8. 5
+0.0D

NAYARA CAVALCANTE LIMA
2019.06.02 20:59:13.991
120kV/ 150mAs
0.75s/0.5x16
HP11.0

PR

AL

VR.1
25Y/F
SU/HF/
TCOT+/FC30/AIDR 3D STD/UE0/
UDI 24 HORAS

Alexion

01164279
M. (184.24)
00000655: 8. 2
+0.0D

NAYARA CAVALCANTE LIMA
2019.06.02 20:59:13.991
120kV/ 150mAs
0.75s/0.5x16
HP11.0

L

R

VR.1
25Y/F
SU/HF/
TCOT+/FC30/AIDR 3D STD/UE0/
UDI 24 HORAS

Alexion

01164279
M. (190.84)
00000655: 8. 4
+0.0D

NAYARA CAVALCANTE LIMA
2019.06.02 20:59:13.991
120kV/ 150mAs
0.75s/0.5x16
HP11.0

A

P

VR.1
25Y/F
SU/HF/
TCOT+/FC30/AIDR 3D STD/UE0/
UDI 24 HORAS

Alexion

01164279
M. (190.84)
00000655: 8. 6
+0.0D

NAYARA CAVALCANTE LIMA
2019.06.02 20:59:13.991
120kV/ 150mAs
0.75s/0.5x16
HP11.0

RA

LP

VR.1
25Y/F
SU/HF/
TCOT+/FC30/AIDR 3D STD/UE0/
UDI 24 HORAS

Alexion

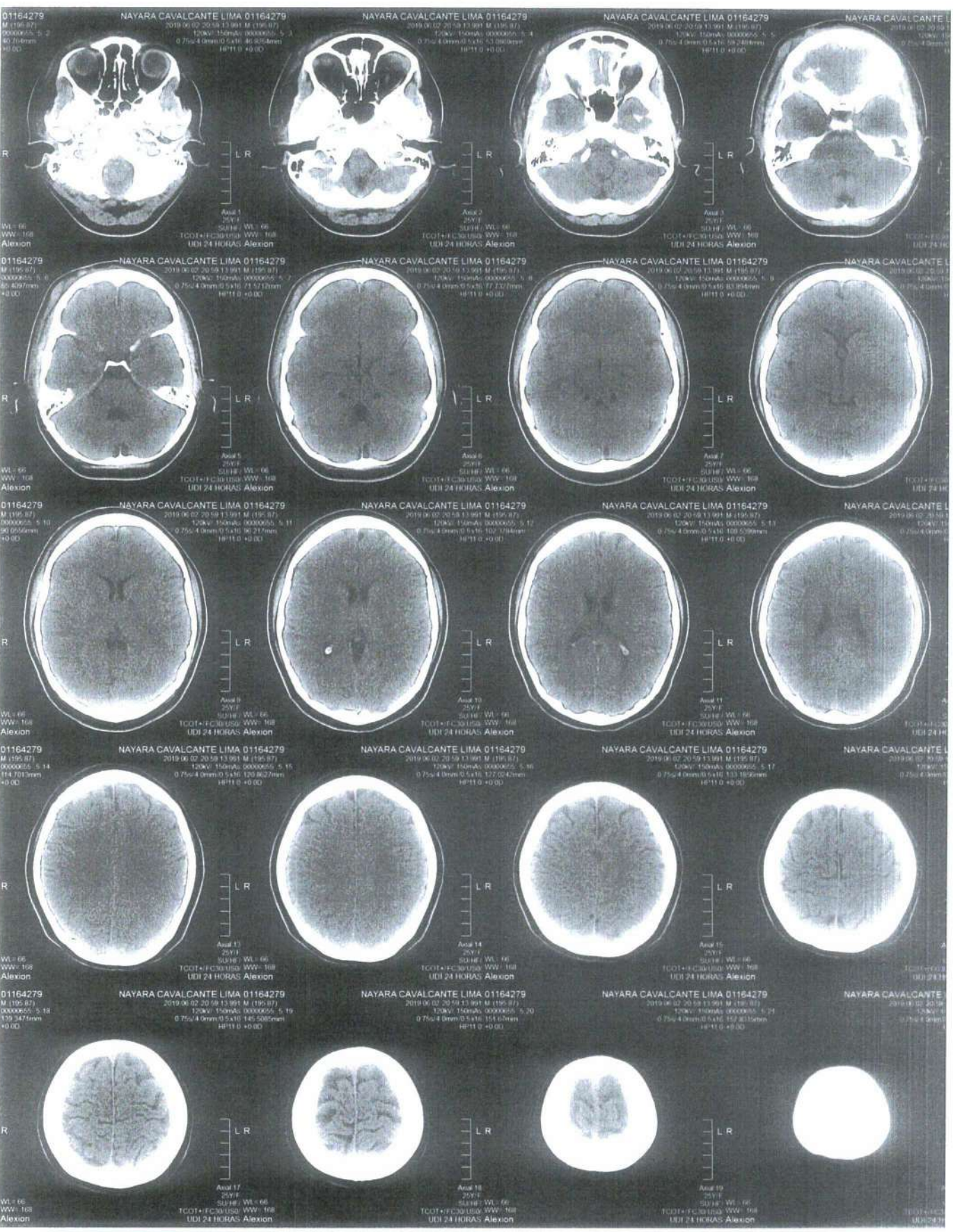
NOSSAS REDES SOCIAIS

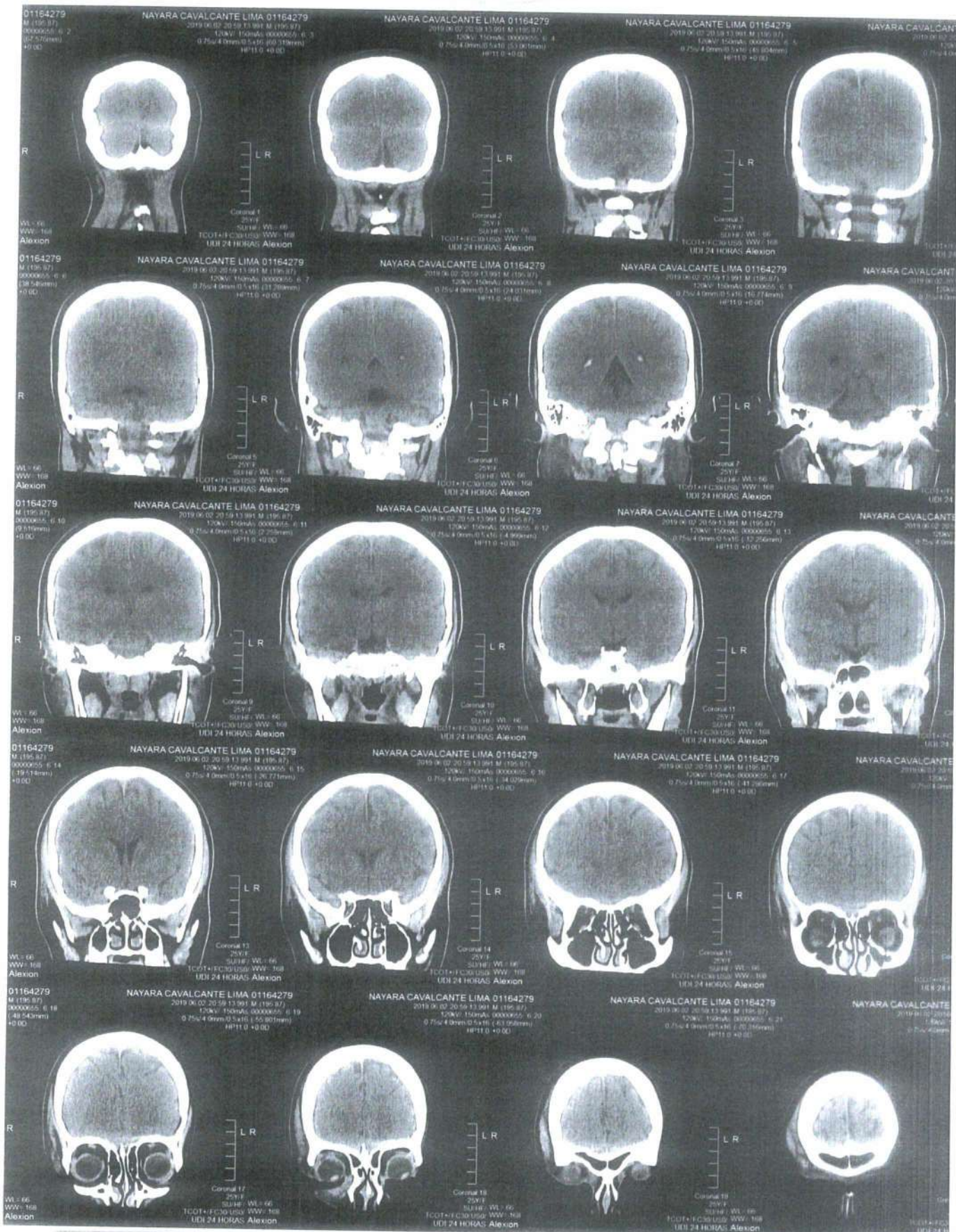


WhatsApp
+55 85 98902.5429

Atendimento
+55 85 3032.2927

E-mail
contato@clinicaudi.com.br



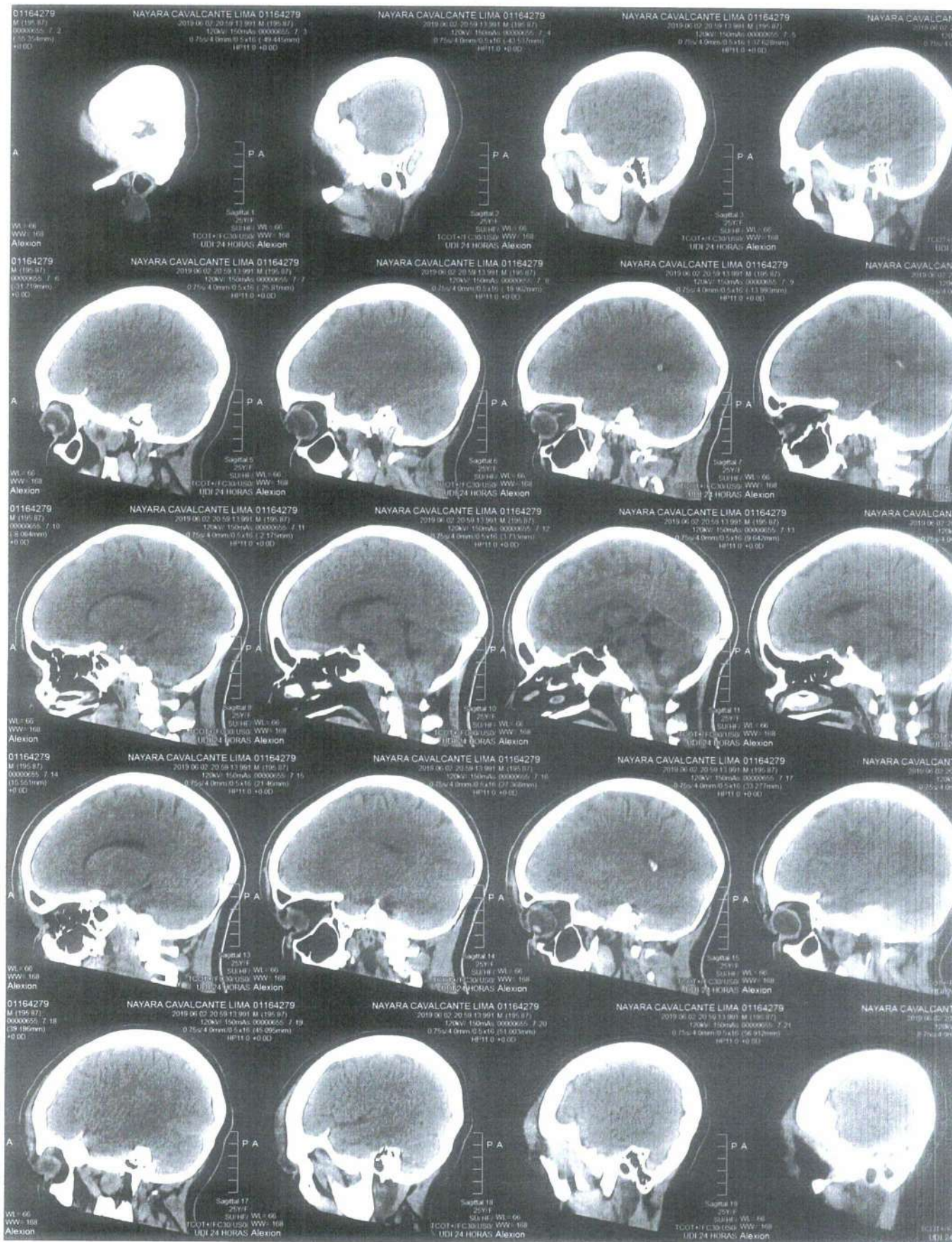


NOSSAS REDES SOCIAIS


WhatsApp
+55 85 98902.5429

Arendamento
+55 85 3032.2927

E-mail
contato@clinicaudi.com.br



NOSSAS REDES SOCIAIS



Whatsapp

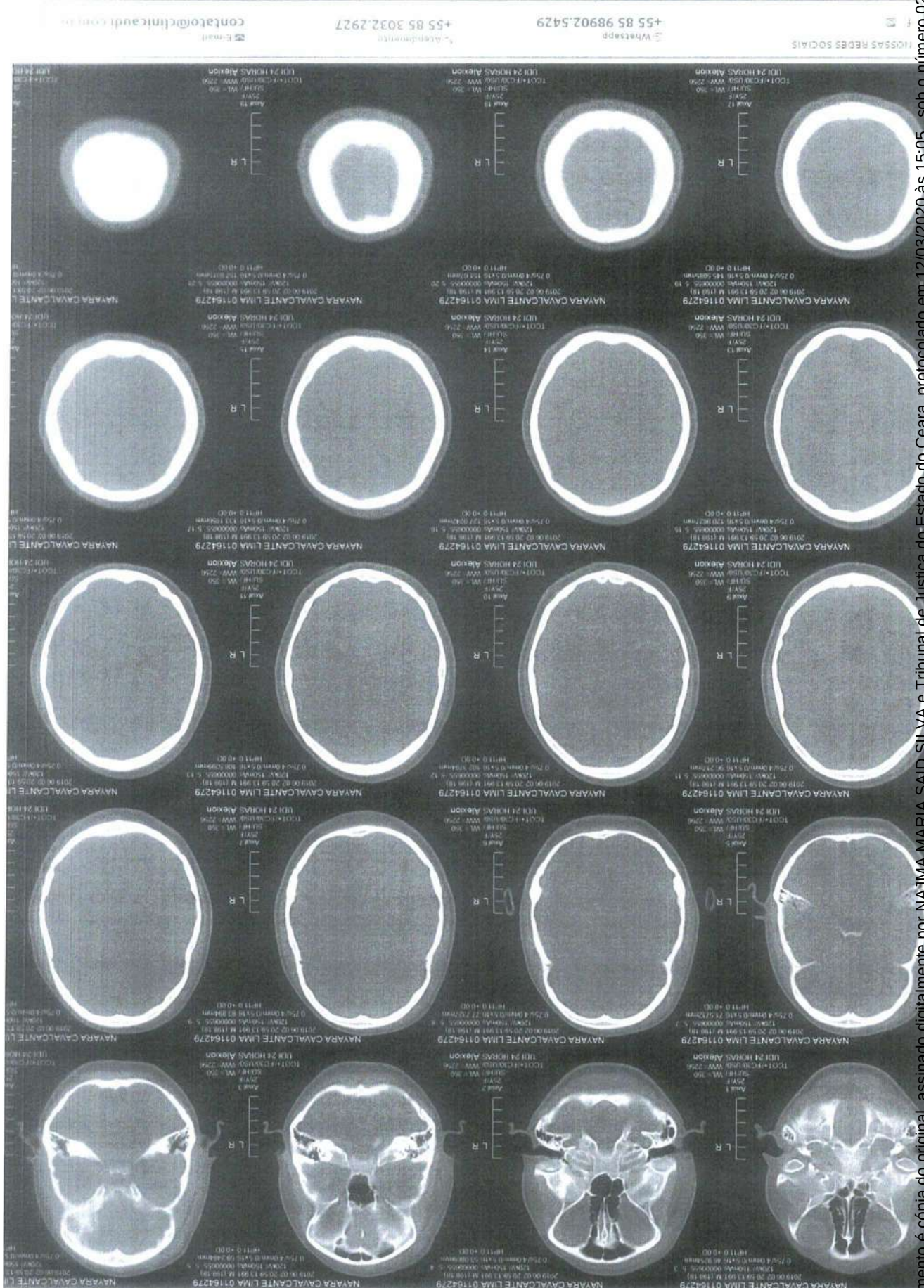
+55 85 98902.5429

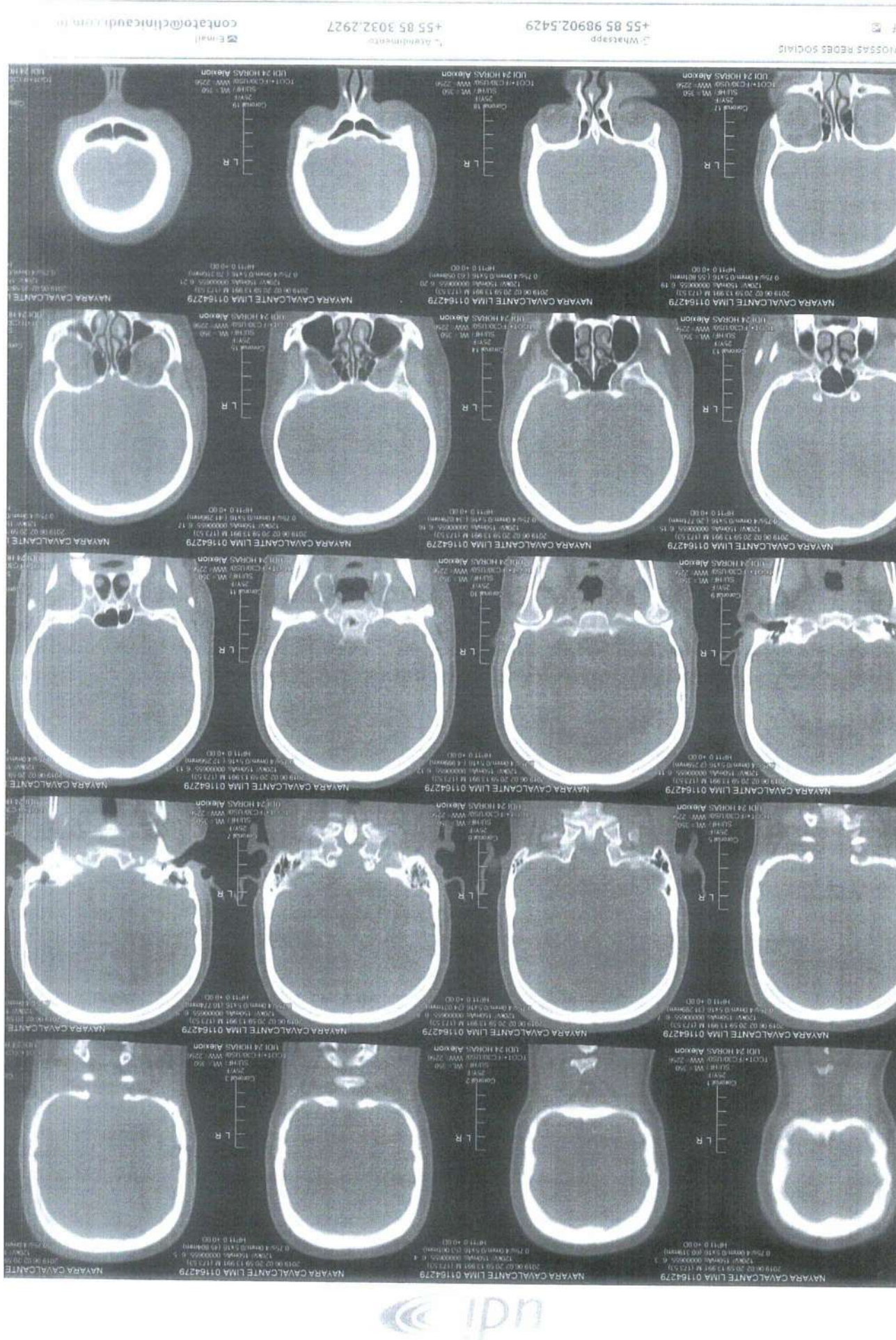
Atendimento

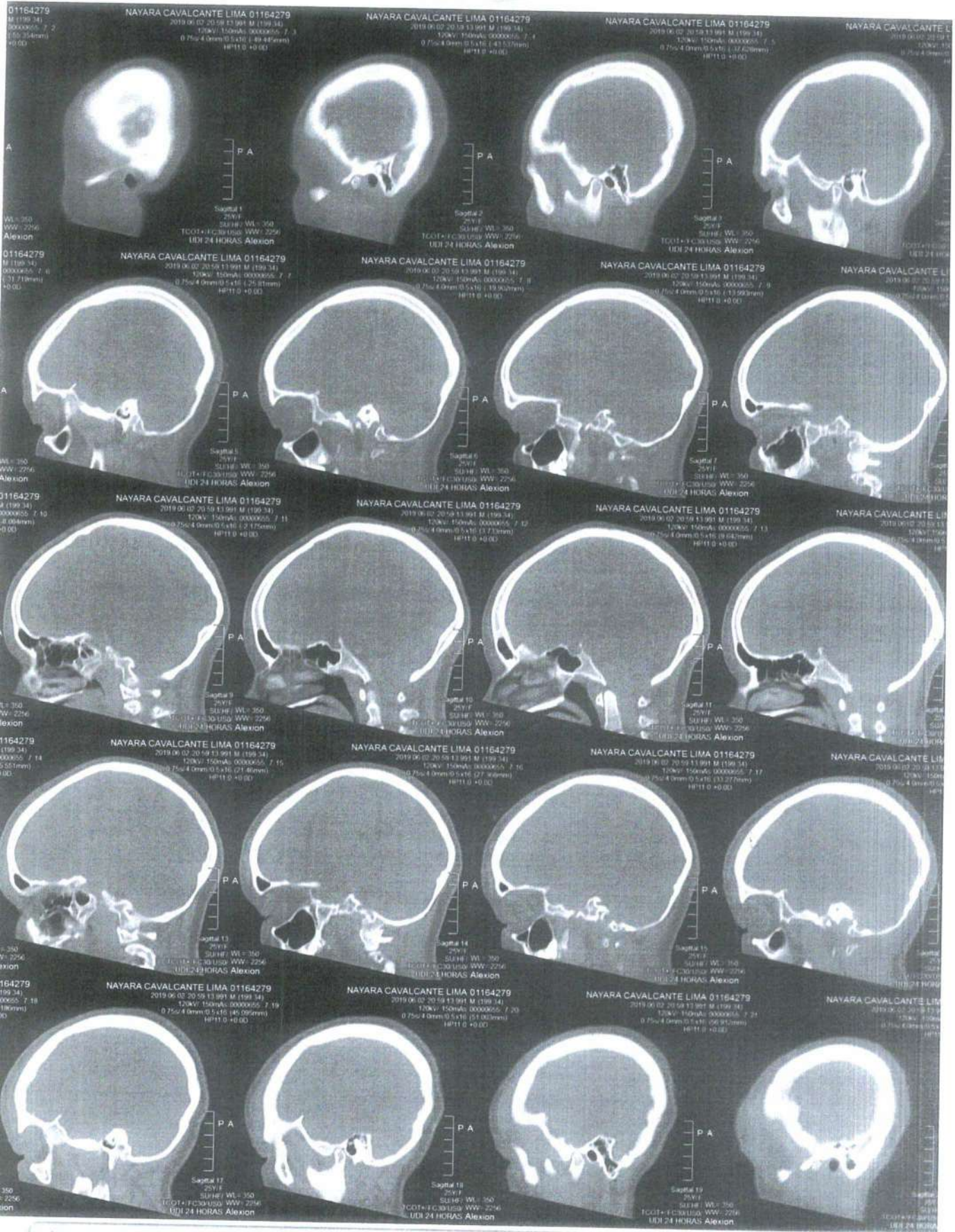
+55 85 3032.2927

E-mail

contato@clinicaudi.com.br







NOSSAS REDES SOCIAIS



WhatsApp
+55 85 98902.5429

Atendimento
+55 85 3032.2927

E-mail
contato@clinicaudi.com.br

 HOSPITAL uniclinic O hospital da sua vida  CLÍNICAS REUNIDAS	CENTRO ODONTOLÓGICO Dr. David Cruz  udi
---	--

Identificação do Emitente	
União de Clínicas do Ceará Ltda. - Endereço: Av. Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima CNPJ: 05.867.015/0001-75 - Telefone: 3311.6000 - Cidade: Fortaleza - UF: CE	

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL
 1ª via - Retenção da Farmácia 2ª via - Orientação ao Paciente

Dr. Guilherme C. Fernandes
 Mer.
 CREMEC 16630

Carimbo e assinatura do médico

Paciente: NAJMA CAVALCANTE LIMA

Endereço: RUA M, 457. JOSÉ WALTER

Prescrição: 2 vd dur

- ① TRACO 30 150 — 2LX
1-2 cap 6h de 50 de INTERUS

② Disauw B6
1-2 cap 6h de 50

Data: 22/06/19 NAJMA CAVALCANTE LIMA

Dr. Guilherme C. Fernandes
 Mer.
 CREMEC 16630

Identificação do Comprador	
Nome:	
Ident.:	Org. Emissor:
End.:	
Cidade:	UF:
Telefone:	

Identificação do Fornecedor	
Data: / /	
Assinatura do farmacêutico	



Paciente: 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA

Atend.: 6497761*

Endereço:

RECEITA

ATESTADO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE NAYARA CAVALCANTE LIMA APRESENTA QUADRO DE CEFALÉIA ASSOCIADA COM TONTURAS INESPECÍFICAS, INSONIA E DÉFICIT DE CONCENTRAÇÃO APÓS TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO EM 01/06/2019.

CID 10: S06.0

FORTALEZA, 01/07/2019


Dr. Luiz Gonzaga Nogueira Jr.
Neurologista
CRM 7087 RQE 1643

LUIZ GONZAGA NOGUEIRA JR

CRM: 7087

01/07/2019 14:27:58

CENTRO INTEGRADO DE ATENDIMENTO UNIMED - ENDEREÇOS

CIAU ALDEOTA: Rua Jose Vilar, 1222 Aldeota Fone: 3209.4301/3209.4302 - CIAU BEZERRA DE MENEZES: Av. Bezerra de Menezes, 1735 Parquelândia Fone: 3209.4401/3209.4409 - CIAU MARACANAU: Endereço: Av. I, nº 17 - Conj. Jereissati I, Business Place - Torre II Fone: 3209.4202/3209.4291 - CIAU OLIVEIRA PAIVA: Av. Oliveira Paiva, 2849 Cid. Funcionários Fone: 3209.4001/3209.4002 - CIAU PARANGABA: Av. Godofredo Maciel, 51 Parangaba Fone: 3209.4102/3209.4103

Nome.....: NAYARA CAVALCANTE LIMA
Sexo.....: () Masculino (X) Feminino
Data.....: 09/07/2019
Exame.....: RM CRÂNIO
Solicitante.....: Dr(a). LUIZ GONZAGA NOGUEIRA JR

ID do Paciente...: 01098721
Data de Nasc.....: 16/05/1994
Pedido.....: 241438
Convênio.....: UNIMED FORTALEZA
CRM.: 7087

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Axial T1 e T2 FSE
Axial FLAIR
Axial difusão/mapa ADC
Axial T2 GRE
Axial + Coronal + Sagital T1 FSE com contraste

LAUDO:

Sistema ventricular de forma, dimensões e topografia preservados.

Cisternas de aspecto normal.

Sulcos corticais preservados.

Parênquima encefálico com morfologia e sinal de ressonância magnética preservados.

Estruturas da linha média tópicas.

Ausência de coleções ou hematomas intra-cranianos.

Não evidenciamos áreas de restrição da livre difusão das moléculas de água.

Após administração endovenosa de contraste paramagnético não observam-se áreas de realce anômalo.

Hematoma subgaleal frontal à direita.

CONCLUSÃO:

- Hematoma subgaleal frontal à direita.



Dr. ERVISON PACHECO DE OLIVEIRA
CRM 7566 RQE 2752

Responsável Técnico
Dr. Ernesto Lima Araújo Melo – CRM 7551 – CE
Boghos Unidade Sul – CRM 2050 – CE
Licença Sanitária: 3058.2017/09-424

Atendimento: 321051
Paciente.....: NAYARA CAVALCANTE LIMA
Solicitante....: Dr.(a) GUILHERME C FERNANDES
Data.....: 02/06/2019
Exame.....: 486489 TC CRÂNIO
Convênio.....: UNIMED

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DE CRÂNIO

MÉTODO:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice, **sem o uso de contraste venoso**. As imagens foram pós-processadas e analisadas em workstation.

RELATÓRIO:

Hematoma subgaleal no tecido celular subcutâneo da região frontal direita com espessura de até 0.5cm sugerindo topografia do trauma.

Parênquima encefálico com atenuação usual.

Sistema ventricular com dimensões, forma e posicionamento normais.

Cisternas e sulcos corticais com amplitudes preservadas.

Estruturas do plano mediano centradas.

Não há sinais de hemorragias intra-parenquimatosas.


Dr. Rodrigo Francisco Magalhães
MÉDICO RADIOLOGISTA | CRM 13672



NAJMA SAID SILVA

do out

① France S00 —

3 emp 12/12/2019 por S00

do 70 P16

② Castro R00 —

4 P002 30/12/19

do 70 P16

Dr. Guilherme C. Fernandes
Médico
CRM-REC 10033

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza- Ceará

www.uniclinic.com.br

PABX: (85) 3311.6000

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

reg
cessão

Paciente: Nayara Cavalcante Lima

PACIENTE:

CONVÊNIO:

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Unimed

DATA:

04/06/19

Nº DO ATENDIMENTO:

1549752

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO/CHECAGEM

TC

FR

PA

SATUR

PA

Prodenid - 05 FA >

Draunin - 05 FA

Cultal - 60 gts VO

11:45

11:40

PA 120x70

ANOTAÇÕES DO

REAL

ECG:

SIM ☐

NÃO ☐

RAIO X:

SIM ☐

TIPO: ☐

EXAME LABORATORIAL:

VESICAL: ☐

NASOENT: ☐

NASOGAS: ☐

SONDAGEM:

OXIGENIOTERAPIA:

CATETER (/min) De ☐

MASC. VENTURI (/min) De ☐

ENCAMINHADO:

POSTO. ÀS ☐

TRANSFERIDO:

DESTINO: ☐

HORÁRIO: ☐

ALTA (LIBERADO) ÀS ☐

OBSERV

Dr. Ernesto F. Mourão Xavier
Médico
CREMEC 17.232

6588846



Magdalena Coelho Reis
laudo ortopédico

Paciente com dor e limitação
 em ambos os membros superiores
 natureza de acidente de
 trânsito com incapacidade para
 submeter-se a procedimentos
 não conservadores. Sem risco de
 de futuros danos, solicita
 TC para diagnóstico

04/06/19

Dr. Samuel Magalhães
 Cirurgia do Quadril
 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
 CRM 10117 SPQ708
 RQE 57

Avenida Aguanambi, 332 - Bairro de Fátima - CEP: 60055-402 - Fortaleza - Ceará
 www.uniclinic.com.br
 PABX: (85) 3311.6000



RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

O(a) Sr.(a) 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA compareceu a esta clínica às 14 horas para

1- Consulta ☒

3- Acompanhar Familiar ☐

2- Exame ☐

Outrossim comunicamos que:

a- pode voltar em seguida ao trabalho/escola ☐

b- foi encaminhado ao especialista ☐ Laboratório ☐ Radiologista

c- dever ficar afastado(a) do trabalho/escola no dia de hoje ☒

d -deverá ficar afastado do trabalho/escola por dias a contar desta data ☐

e-CID

Fortaleza, 16 de OUTUBRO de 2019

TONY HARRISON OLIVEIRA NASCIMENTO

CRM: 12626

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

Atendimento: 321051
Paciente.....: NAYARA CAVALCANTE LIMA
Solicitante....: Dr.(a) GUILHERME C FERNANDES
Data.....: 02/06/2019
Exame.....: 486489 TC CRÂNIO
Convênio.....: UNIMED

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA MULTISLICE DE CRÂNIO

MÉTODO:

Obtidas imagens por aquisição volumétrica em tomógrafo multislice, **sem o uso de contraste venoso**. As imagens foram pós-processadas e analisadas em workstation.

RELATÓRIO:

Hematoma subgaleal no tecido celular subcutâneo da região frontal direita com espessura de até 0.5cm sugerindo topografia do trauma.

Parênquima encefálico com atenuação usual.

Sistema ventricular com dimensões, forma e posicionamento normais.

Cisternas e sulcos corticais com amplitudes preservadas.

Estruturas do plano mediano centradas.

Não há sinais de hemorragias intra-parenquimatosas.


Dr. Rodrigo Francisco Magalhães
MÉDICO RADIOLOGISTA | CRM 13672



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

HRU - Hospital Regional

UNIMED FORTALEZA

Endereço: Av. visconde do Rio Branco -
4000, Joaquim Tavora

Cidade: Fortaleza UF: Ceará

CNPJ: 05.868.278/0002-80

1º Via - Retenção da Farmácia ou Drogueria

2º Via - Orientação ao Paciente

Dr. Luiz Gonzaga Nogueira Jr.
Neurologista
CRM 7087 RQE 3643

CARIMBO DO MÉDICO

Paciente: 71014234 - NAYARA CAVALCANTE LIMA

Endereço: RUA M

Bairro: PREFEITO JOSE WALTER

Nr.: 455

Complemento: LOT PQ MONTENEGRO

Cidade: FORTALEZA

Cep.: 60766460

Prescrição:

RX

USO ORAL

1- PAMELOR 25MG-----01CX

TOMAR 01CP A NOITE

Data: 28/08/2019 14:32

Assinatura do Médico

Nome: _____
Ident.: _____ Órg. Emissor: _____
Endereço: _____
Cidade: _____
Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Assinatura do Farmacêutico

Data



Paciente: NAYARA CAVALCANTE LIMA

Idade: 25 Anos 3 Meses

Sexo:

Data Nasc.: 16/05/1994

Carteira: 0630020057827800

Plano: UNIFLEX - ENF

Atendimento: 6588846

Unidade:

Data Doc.: 28/08/2019 14:23:41

ATENDIMENTO AMBULATORIAL- ANAMNESE

NEUROLOGIA

HDA:

RETORNO

AINDA COM CEFALÉIAS HOLOCRAÑIANA, SEM VOMITOS E SEM NAUSEAS. TRAZ RM DO CRANIO (BOGHOS)=
HEMATOMA SUBGALEAL FRONTAL A DIREITA. REFER SER ANSIOSA, COM DIFICULDADE DE CONCENTRAÇÃO. POREM
NAO FAZ TRATAMENTO.

EXAME FISICO:

NORMAL

DIAGNÓSTICO:

CEFALEIA POS CONCUSSAO

TRATAMENTO:

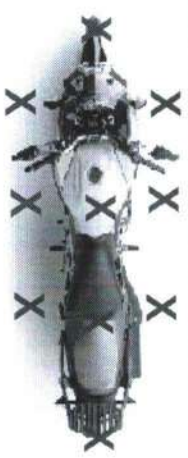
INCIO PAMELOR 25MG. ENCAMIHO AO PSIQUIATRA.
RETORNO COM 30 DIAS.

Dr. Luiz Gonzaga Nogueira Jr.
Neurologista

LUIZ GONZAGA NOGUEIRA JR / CRM - 7087

4. DETALHES DOS VEÍCULOS

VEÍCULO 1		PLACA: POZ5491
COR:	VERMELHA	MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 START
TIPO:	MOTOCICLETA	ANO FABRICAÇÃO: 2018
ESPÉCIE:	PASSEIRO	CATEGORIA: PARTICULAR



MANOBRA REALIZADA:
CRUZANDO O FLUXO

VEÍCULO 2		PLACA: LUP0810
COR:	AZUL	MARCA/MODELO: MMC/PAJERO TR4
TIPO:	CAMIONETA	ANO FABRICAÇÃO: 2005
ESPÉCIE:	MISTO	CATEGORIA: PARTICULAR



MANOBRA REALIZADA:
CIRCULANDO

5. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

6. ORGÃOS ACIONADOS
AMC - VT 92 - BAIMA E EMÍLIO CARLOS

Assinatura manuscrita em azul.

Não há envolvidos
cadastrados



CTA



ARQUIVA MUNDIAL DE TRANSITO
AMC

DATA 13 08 19
CONFIRMAÇÃO ORIGINAL
SOLANGE

8. MATRÍCULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

70932

Tuesday 13 August 2019

PÁGINA 3 DE 3

CHAVE DE AUTENTICIDADE: 3923228154efcc4c4aac42c73b5eb663 - Para consultar a autenticidade do documento acesse: http://geofi.fortaleza.ce.gov.br/boweb_amc/chaveBOAJ.xhtml

Retorno

Atendimento 1.549.757
Paciente Nayara Cavalcante Lima
Guardado Nayara Cavalcante Lima
Convênio UNIMED
Plano UNIFLEX INDIVIDUAL
Matrícula 00630020049349368
Endereço M, 457 Prefeito José Walter
Complemento

Prontuário 406904
Idade 25 anos
Fone 32915303
Val. Carteira 31/10/2019
Identidade 2006010201009
Bairro Prefeito José Walter
Cidade Fortaleza
Sexo Feminino

Cartão Saúde

ATENDIMENTO ATUAL

Local Emergência-Pronto Socorro
Atendente Keyla Santos de Castro
Especialidade Médica
Classificação Retorno

Médico/C.d Sarah Gracielly Sena Sousa
Data 04/06/2019 - Terça-feira
Hora 11:32:20

Sintoma Principal DORES NO PEITO

Exatidão

STICO

Don
Fonseca ALE

Dr. Ernesto F. Mourão Xavier
Médico
CREMEO 16.232

Dr. Sarah Gracielly Sena Sousa (CRM 18174)

INFORMAÇÕES DIAGNOSTICAS

Classe	Médico/Dentista	Anamnese
Consulta	Ernesto Fernandes Mourao Xavier	NEFROLITÍASE? SF100ML - PROFENID EV.
Consulta	DR. FELIPE GOMES DE MELLO CARVALHO	DOR ABDOMINAL A/E.

SINISTRO 3200018964 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA NAYARA CAVALCANTE LIMA AGOSTINHO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO NAYARA CAVALCANTE LIMA AGOSTINHO

CPF/CNPJ: 03607193339

Posição em 03-03-2020 09:24:05

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
11/02/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00