



REQUERIMENTO ADMINISTRATIVO

Excelentíssimo:

- Sr. Prefeito
 Sr. Secretário(a)

NOME: Romão Pedro da Silva CPF: 008800294-20

CARGO/FUNÇÃO: _____ MATRÍCULA Nº: _____

SECRETARIA: _____ LOCAL DE TRABALHO: _____

Venho respeitosamente perante V. Ex^a requerer:

Marque com X uma das opções abaixo:

<input type="checkbox"/> APOSENTADORIA	<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ SERVIÇO MILITAR
<input type="checkbox"/> AVERBAR TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA PRÊMIO
<input type="checkbox"/> CERTIDÃO DE TEMPO DE SERVIÇO	<input type="checkbox"/> LICENÇA SEM VENCIMENTOS
<input type="checkbox"/> DECLARAÇÃO	<input type="checkbox"/> SALÁRIO FAMÍLIA
<input type="checkbox"/> EXONERAÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR	<input type="checkbox"/> PENSÃO POR MORTE
<input type="checkbox"/> FECHAMENTO DE VÍNCULO (CNIS)	<input type="checkbox"/> PERMUTA OU CEDÊNCIA
<input type="checkbox"/> GOZO DE FÉRIAS	<input type="checkbox"/> REMOÇÃO A PEDIDO DO SERVIDOR
<input type="checkbox"/> LICENÇA MATERNIDADE/PATERNIDADE	<input type="checkbox"/> READAPTAÇÃO DE FUNÇÃO
<input type="checkbox"/> LICENÇA MÉDICA	<input type="checkbox"/> TITULAÇÃO DE ESCOLARIDADE
<input type="checkbox"/> LICENÇA P/ ATIVIDADE POLÍTICA	<input checked="" type="checkbox"/> OUTROS:

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

VEIO POR MEIO DESTES REQUERIMENTO SOLICITAR
INVITO A SECRETARIA DE SAÚDE A DMS
MEDIÇÃO QUE SERIA NECESSÁRIA PARA TRATAMENTO
VISUAL. DOCUMENTAÇÃO ANEXO

Romão Pedro da Silva

Assinatura do(a) requerente
Data: 27/11/2025

Autorização do(a) Gestor(a)
Data: ___/___/___





INSTITUTO DA CATARATA E DA MIOPIA LTDA

CNPJ N.º 05.288.028/0001-90

Rua Professora Maria Nilde Couto Bem Nº220 - Bairro Triângulo
Juazeiro do Norte-CE C.N.P.J:05.288.028/0001-90

Laudo Médico

Paciente: ROMÃO PEDRO DA SILVA SOUZA

Atesto para os devidos fins que o paciente acima referido é portador de retinopatia diabética proliferativa com neovasos persistentes em ambos os olhos. Necessitando com urgência de injeções intravítrea de ANTI- VEGF (Eylia) a cada 60 dias. Por tempo indeterminado.

CID:H.36.0

LEVY LUCENA, Ph.D
MÉDICO OFTALMOLOGISTA
CRM: 5921

Dr. LEVY DA ROCHA LUCENA PhD
CRM: 5921

25/11/2025



Centro Especializado
Retina e Catarata

Dr. Antônio Petrônio
CRM - 7676 - MD

Dr. George Carneiro
CRM - 6682

Dr. Olavo Couto
CRM - 10408

Dra. Daniella Lucena
CRM: 14.418

Dr. Cícero Petrônio
CRM - 13858

Dr. Levy Lucena
CRM - 5921 - PHD

Dr. Danilo Lucena
CRM - 16.188

Dra. Camila Petrônio
CREMEC 26.343

Dr. Dalmir Teixeira
CRM - 14421

Dra. Nerilda Petrônio
CRM: 19.577

Dr. Gregório Lucena
CRM - 15.719

Dra. Larissa Petrônio
CRM 22.394

NOME: Marcos Paulo Martins Souza

SOLICITAÇÃO DE EXAMES (DIAGNÓSE) OD OE

- CONSULTA OFTALMOLÓGICA
 - TONOMETRIA DE APLANAÇÃO
 - FUNDOSCOPIA
 - GONIOSCOPIA
 - CURVA TENSIONAL DIÁRIA
 - PAQUIMETRIA ULTRASSÔNICA
 - MAPEAMENTO DE RETINA
 - RETINOGRAFIA
 - RETINOGRAFIA FLUORESCENTE
 - BIOMETRIA ULTRASSÔNICA
 - TOPOGRAFIA CORNEANA
 - MICROSCOPIA ESPECULAR DE CORNEA
 - TESTE DE ADAPTAÇÃO DE LENTE DE CONTATO
 - POTENCIAL DE ACUIDADE MACULAR
 - CHECK-UP DE ESTRABISMO
 - CHECK-UP DE GLAUCOMA
 - EXERCÍCIO ORTÓPTICO (SESSÃO)
 - ULTRASSOM OCULAR OU ÓRBITA
 - POTENCIAL EVOCADO VISUAL
 - OCT
 - CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA
- REFRAÇÃO AV
- OD _____ OD _____
- OE _____ OE _____
- _____
- _____
- _____

AUTORIZAÇÃO PARA CIRURGIA OD OE

- EPILAÇÃO DE CÍLIOS
- RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE CórNEA
- FOTOCOAGULAÇÃO A LASER
- INJEÇÃO INTRAVITREA 60/60
- INJEÇÃO SUBCONJUNTIVAL 5mm
- PARACENTESE DE CÂMARA ANTERIOR
- SONDAGEM DE VIAS LACRIMAIS
- OCLUSÃO DE PONTO LACRIMAL
- IRIDOTOMIA - LASER OU CIRÚRGICA
- CAPSULOTOMIA - LASER OU CIRÚRGICA
- SINEQUIÓLISE
- VITREÓLISE
- PTERÍGIO - EXÉRESE
- TUMOR DE CONJUNTIVA - EXÉRESE
- SUTURA DE CórNEA - HÉRNIA DE ÍRIS
- FOTOTRABECULOPLASTIA A LASER
- TRANSPLANTE DE CórNEA
- CATARATA POR FACOEMULSIFICAÇÃO
- PLÁSTICA OCULAR
- IMPLANTE SECUNDÁRIO DE LIO
- RETINOPEXIA
- VITRECTOMIA ANTERIOR
- ENUCLEAÇÃO / EVISCERAÇÃO C/ IMPLANTE
- CIRURGIA FISTULIZANTE ANTIGLAUCOMATOSA
- ESTRABISMO
- CALÁZIO
- TUMOR DE PÁLPEBRA
- DACRIOCISTORRINOSTOMIA
- TRABECULECTOMIA
- IRIDECTOMIA
- _____
- _____

SOLICITAÇÃO DE EXAMES OD OE

- HEMOGRAMA
- GLICEMIA DE JEJUM
- COAGULOGRAMA
- URÉIA - CREATININA
- TGO - TGP
- BILIRRUBINAS
- RX TÓRAX PA
- PARÉCER CARDIOLÓGICO
- CIRURGIA (_____)
- ECG
- RISCO CIRÚRGICO
- TSH - T3 - T4
- I.M.F. TOXOPLASMOSE
- VDRL + FTA - ABS
- H.I.V.
- SOROLOGIA CITOMEGALOVÍRUS
- PDD OU IGRA
- TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (CRÂNIO E ÓRBITA)
- CULTURA SECREÇÃO (_____)
- EXAME ANÁTOMO - PATOLÓGICO (_____)
- _____
- _____

DADOS CLÍNICOS

paciente com uso de lentes de contato

Data

Médico