



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

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

PROCURAÇÃO

fls. 15

OUTORGANTE	Maycon Anderson Gomes da Silva		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	
RG	2001010340342	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	021.452.813.80	PROFISSÃO	Autônomo
ENDEREÇO	Rua Caio Prado, 611		
BAIRRO	Parangaba	CEP	60740100
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza - CE		
FONES	(85) 89 29 89 20		
E-MAIL			

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 judicia 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 medicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 16 de maio de 2018.

• Maycon Anderson G. da Silva

outorgante



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

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

fls. 16

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Maycon Andersen Gomes da Silva, Brasileiro(a),
solteiro, autônomo, portador da Carteira de
Identidade/RG nº 2001010340342 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
nº 02145281380, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
Rua Caio Prado, Nº 611, Parangaba,
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), 16 de maio de 20 18.

Maycon Andersen Gomes da Silva
Declarante



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, umaycon anderson Gomes da Silva, brasileiro(a),
solteiro, autônomo, portador(a) do RG nº
2001010340342, inscrito no CPF sob nº
02145281380, residente e domiciliado no endereço
Rua Luis Prodes cno 611 Parangaba,

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), 16 de maio de 20 18.

umaycon anderson gda Silva

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



DECLARAÇÃO

Eu, Maycon Anderson Gomes da Silva,
Brasileiro(a), solteiro, portador da cédula de Identidade Nº
2001010340342 E CPF Nº 021.452.813-80, capaz,
nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
Rua Laio Prado nº 611 Parangaba

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP
60740100, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
fornecida.

Fortaleza, 16, de maio, de 2018.

Maycon Anderson Gomes da Silva
DECLARANTE



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo, Fortaleza-Ceará

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

fls. 19

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome:	Maycon Anderson G. da Silva		Nacionalidade:	Brasileira	
Endereço:	Rua Cairo Prado nº 611		Profissão:	autônomo	
CPF nº:	021.45281380	RG n:	2001010340342	Estado Civil:	solteiro
Bairro:	Parangaba	Cidade:	Fortaleza	Estado:	CE
CEP:	60740.100	Telefone:	(85) 89298920		

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, 16 de maio de 2018

Maycon Anderson G. da Silva

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.

Parágrafo 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

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

 Polegar Direito



PROIBIDO PLASTIFICAR

Maycon Anderson G da Silva
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

THOMAS COHEN & SOUZA

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2001010340342 DATA DE EXPEDIÇÃO: 07/06/2016

NOME: MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA
 FILIAÇÃO: MARCOS ROBERTO LINHARES DA SILVA
 FRANCISCA JACIRA GOMES DA SILVA
 NATURALIDADE: FORTALEZA - CE DATA DE NASCIMENTO: 03/01/1988

DOC. ORIGEM: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 3 ZONA TERMO: 151451 FOLHA: 24
 LIVRO: A-114 FORTALEZA - CE
 OFF: 021.452.813-80

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

THOMAS COHEN & SOUZA





Esta é a segunda via de

NOV/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
593310 DV **2**

VENCIMENTO
08/12/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
183,75

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO

Quantidade ☒ Tarifa ☒ Valor (R\$)
216 **0,74562** **161,05**

OUTROS PAGAMENTOS

DOACAO HOSP BATISTA - TEL 85 3194 7710

5,00

DOACAO UNICEF - TEL 0800 601 8407

5,00

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

12,70

ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 13,68)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **501482292**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevinho, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica

foi criada pela Lei nº 10.438 de

26 de abril de 2002

DADOS DO CLIENTE

Rota 11 01130 21 0362600

Medidor

Poste

Nome LUIZ GONZAGA AMORIM DA SILVA

2588530

0000 D41S

Endereço Postal

End. da Unidade RU CAIO PRADO 00611 PARANGABA FORTALEZA 60740100

Consumidora

RG / CPF / CNPJ 037.668.533-68

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual ☒ Leitura Anterior ☒ Constante ☒ Consumo (kWh) ☒ Consumo Incl. ☒ Consumo Faturado

FP 77360 77144 1 216 0 216

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

18/11/2017

18/12/2017

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

F249.A941.B2BD.F1CF.05AB.5E06.5340.5256

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
161,05	27%	43,48

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	55,52
TRANSMISSÃO	5,55
DISTRIBUIÇÃO	37,71
ENCARGOS SETORIAIS	13,05
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	49,22

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

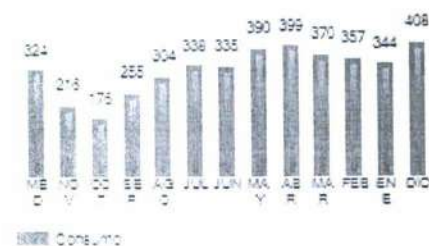
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 57,39

Conjunto PARANGABA

Mes SET/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,95	9,91	19,82	1,39	1,39	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	2,77			1,39		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente:

593310-2

Nº da Nota Fiscal: 501482292

Total a Pagar (R\$): 183,75

Data de Emissão:

17/12/2017

Referência: NOV/2017

Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



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



fls. 23

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5156 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/10/2017 12:27:40**
Data / Hora da Ocorrência: **13/06/2015 03:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ALMIRANTE HENRIQUE SABOIA, 3500**
Complemento:
Bairro: **VARJOTA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **EM FRENTE FORRENTAL**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA**
Nascimento: **03/01/1988** CPF: **021.452.813-80**
RG: **2001010340342** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA JACIRA GOMES DA SILVA**
MARCOS ROBERTO LINHARES DA SILVA
Endereço: **RUA CAIO PRADO, 611**
Bairro: **PARANGABA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.740-100**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3292-7493**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **HVL3704** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC250WWR168965** Renavam: **698021690** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 TITAN** Ano Fabricação: **1998** Ano Modelo: **1998** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**
Proprietário: **FRANCISCA GOMES MENDES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE(VITIMA) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, QUEM PILOTAVA A MOTOCICLETA, DE PLACA HVL-3704-CE, ERA ANTONIO ALEXANDRE GOMES, HABILITADO, CNH:00677955376 DETRAN CE, CAT. HAB. AB, MAS NÃO FICOU LESIONADO E A VITIMA NA SITUAÇÃO DE GARUPEIRO(MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA); QUE TRAFEGAVA PELA AV. ALMIRANTE HENRIQUE SABOIA; QUANDO O PILOTO DA MOTO PERDEU O CONTROLE DA MOTO NA VIA, VINDO A ACONTECER A QUEDA NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO IJF/CENTRO. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



A presente cópia contém o original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/05/2018 às 15:38, sob o número 01329621520188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132962-15.2018.8.06.0001 e código 368B70A.

Impresso em: 06/10/2017
Pág. 1 de 1

Assinados:
Cristiano Alex Nogueira da Silva
Maycon Anderson Gomes da Silva
Francisca Jacira Gomes da Silva
Marcos Roberto Linhares da Silva
Najma Maria Said Silva
Laila Gadelha



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



fls. 24



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5156 / 2017

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1

presente cópia conferida com o original exibido neste cartório. Dou fé, Fortaleza, 12 de maio de 2017.

HO455 D15 UEN

ENVIO DE NOTIFICAÇÃO

12 de maio de 2017

VÁLIDO SOMENTE COM BELO DE AUTENTICIDADE

Francisco Paulo Silva
Regina Célia Rodrigues de Almeida
Valdélia Maria Cavalcante de Sousa

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/05/2018 às 15:38, sob o número 01329621520188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132962-15.2018.8.06.0001 e código 368B70A.

TERMO_RESP_DIVIDA_HBM

15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO) CAIO PRADO 611 - PARANGABA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FORTALEZA				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM TRM				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS):				
ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS + TC				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TRM		24 - CID 10 PRINCIPAL:	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CLINICO CONSERVADOR			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0303040114	
29 - CLÍNICA: NEURO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: CLINICO/CONSERVADOR	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: Dr. Fernando A. de Aguiar Campos Médico - Ortopedia IJF	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 15/06/2015	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR):	
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
		42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBO:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):			

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 15/06/2015
HORA: 13:47:40

Prontuário
170377



Atendimento
13725



Reserva/Guia

12600011824



Data 15/06/2015 Hora 13:44

Paciente
MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA [CPF: 2145281380]

Endereço
CAIO PRADO

Bairro
PARANGABA

Nome da Mãe
FRANCISCA JACIRA GOMES DA SILVA

Responsável
MARY LANE FREIRE MEDEIROS DIAS

Bairro
PARANGABA

Sexo Est. Civil
M Solteiro

Dt Nasc.
03/01/1988

Telefone R.G.
85 86517032 2001010340342

Código CNS
708700126861698

Num. Complemento
611

Cidade
FORTALEZA

UF
CE

Endereço
CAIO PRADO
Cidade
FORTALEZA

Num.
611
Telefone
85 86517032

Médico Atendente
120 ANTONIO GOMES FILHO [CRM: 2859] [CPF: 5758254304]

Médico Acompanhante
132020 ANTONIO GOMES FILHO [CRM: 2859] [CPF: 5758254304]

Procedimento
023040114 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR

Cid
T093 TRAUM DE MEDULA ESPINHAL NIVEL NE

Convênio
012401 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR) 50 SUS

Origem
PACIENTES DO IJF

Acomodação
POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016114 - ENFERMARIA 313 LEITO: 30 / 313-21

Data mín. para alta - 15/06/2015 Data máx. para alta - 20/06/2015 Atendente - JESSICA BRUNA ALVES DO CARMO

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 15/06/2015

Data alta 18/06/15

Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão 13:44

Hora alta 18:00

Alta....: Curado.....: [] Melhorado.....: [] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []
Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []
Transferido....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica....: []

Diagnóstico:

Internação: *trauma*

Definitivo...:

Histórico:

Atte. após queda de moto e trauma no membro superior direito com fratura de humero

Alta - 1

Raio X:

Perm - 2

[] Simples

Transf - 3

[] C/Contraste

Óbito - 4

Uti

Entrada *15/06/15*

Saída *18/06/15*

Caract. Trat.

Carimbo e Assinatura do Médico

Motivo

[] Sangue..: [] Rh..: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

Mary Lane
Assinatura do Paciente

RG

Carimbo e Assinatura do Médico



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 29/09/2017 12:53:50

Por: JACQUELINE NASCIMENTO DE SOUSA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 13/06/2015 04:00:00	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 708700126861696	NOME: MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA				Registro: 5377835		
CPF:	RG: 2001010340342	D. NASC: 03/01/1988	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCISCA JACIRA GOMES DA SILVA				NOME DO PAI: MARCOS ROBERTO LINHARES DA SILVA			
TIPO DE LOGRADOURO:		ENDEREÇO DO PACIENTE: CAIO PRADO		Nº: 811	BAIRRO: PARANGABA		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO: 32927493	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60720040		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA		PARENTESCO:			TELEFONE: 32927493		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta							
QUEIXAS: VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO + POLITRAUMA + TCE EM USO DE COLAR CERVICAL							
OBSERVAÇÕES:							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							

Exame Físico:

Conduta:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
RAE TIRADA

PELO SISTEMA E-SUS
DATA 29/09/2012

MATRÍCULA 1905719
SERVIDOR(A)

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

“Medicina e amor cristão cuidando de você”

Av. Padre Antônio Tomás 2056 – Aldeota – CEP 60.140-160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME : MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA

LEITO : 322

15/06/2015	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1.	DIETA BRANDA	SND	
2.	JEICO SALINIZADO	ATT	
3.	PROFENID 100MG+100ML SF EV 2XDIA	38 OK	
4.	ANTAK 150MG VO 2XDIA	38 OK	
5.	TYLEX 30MG VO SOS	SN 19:40	
6.	AMTYRIL 25MG VO 1XDIA	22	
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Antônio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

Valde Maranhão da Silva
Enfermeira
COREN-CE 433885

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL

"Medicina e amor cristão cuidando de você"

Av. Padre Antônio Tomás 2056 – Aldeota – CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME : MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA

LEITO :

329

15/06/2015	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1.	DIETA BRANDA	SND	
2.	JELCO SALINIZADO	ATT	
3.	PROFENID 100MG+100ML SF EV 2XDIA	28 OK	
4.	ANTAK 150MG VO 2XDIA	28 OK	
5.	TYLEX 30MG VO SOS	SNV 19,40	
6.	AMYTIL 25MG VO 1XDIA	22	
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Valéria Maciel da Souza
Enfermeira
COREN-CE 433895

Antônio Gomes
Neurocirurgia

Rua Prof. Dias de Rocha, 31 - Jd. Nova - CEP 50.140-150 - Fontaineza - Ceará
Fone: (85) 322...417 - Fax: (85) 3261.1846

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

18/05 25/10:3

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 17/05/2018 às 15:38 , sob o número 01329621520188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0132962-15.2018.8.06.0001 e código 368B721.

[illegible]

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

MEMORIAL

NOME DO PACIENTE Anderson Gomes da Silva

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

ENFERMARIA/LEITO 321

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

CONVENIO:

N.º PRONTUARIO

[illegible]

DIA

NOME DO PACIENTE

[illegible]

“Medicina e amor cristão cuidando de você”

Av. Padre Antônio Tomás 2056 – Aldeota – CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME : MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA

LEITO :

391

16/06/2015	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1.	DIETA BRANDA	SNB	
2.	JELCO SALINIZADO	VAT	
3.	PROFENID 100MG+100ML SF EV 2XDIA	18 06	
4.	ANTAK 150MG VO 2XDIA	18 06	
5.	TYLEX 30MG VO SOS	SNB	
6.	AMYTIL 25MG VO 1XDIA	22	
7.			Emanuel Fortes Costa Enfermeiro CORENCE 425.468
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Antônio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

[illegible]

“Medicina e amor cristão cuidando de você”

Av. Padre Antônio Tomás 2056 – Aldeota – CEP 60.140.160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOOME : MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA	LEITO : 303
--	-------------

17/06/2015	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1.	DIETA BRANDA	SND	
2.	JELCO SALINIZADO	mentar Oleoso	
3.	PROFENID 100MG+100ML SF EV 2XDIA	18 06	
4.	ANTAK 150MG VO 2XDIA	18 06	
5.	TYLEX 30MG VO SOS	SND	
6.	AMYTRIL 25MG VO 1XDIA	02	
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			

Antônio Gomes
Neurocirurgia
CRM 12853

[illegible]

“Medicina e amor cristão cuidando de você”

Av. Padre Antônio Tomás 2056 – Aldeota – CEP 60.140-160 Fortaleza-Ceará Fone: (085)3224.5417

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

NOME : MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA

LEITO :

503

/06/2015		PREScrição Médica	HORÁRIO	ENFERMAGEM
1.		DIETA BRANDA	SUB	
2.		JEICO SALINIZADO	ATTI	
3.		PROFENID 100MG+100ML SF EV 2XDIA	18 06	
4.		ANTAK 150MG VO 2XDIA	18 06	
5.		TYLEX 30MG VO SOS	SN	
6.		AMYTIL 25MG VO 1XDIA	22	
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

Antônio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

DATA	HORA	• EVOLUÇÃO •
15/06/15		paciente evoluiu com melhora
16/06/15		paciente evoluiu com melhora f. normal p.
17/06/15		paciente evoluiu com melhora f. normal p.
18/06/15		paciente evoluiu com melhora f. normal p.

NOME:

Maryson Anderson

APTO./LEITO:

CONIV.



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



Prefeitura de
Fortaleza

fls. 39

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente: MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA		ID Paciente: 53777999
Data de Nascimento: 03/01/1988	Idade: 27 anos	Sexo: M
Médico Solicitante: (Sem nome)		Data do Exame: 13/06/2015
LAUDO		

TOMOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA:

Exame realizado por aquisição volumétrica da coluna cervical em aparelho Multi-Slice sem uso de contraste, que demonstra:

Corpos vertebrais de alinhamento posterior normal.
Traço de fratura no corpo vertebral C5
Fratura na faceta articular direita de C7
Fratura na apófise espinhosa de T1
Transição crânio-cervical sem anormalidades.
Canal vertebral de amplitude normal.

POLINA MARIA DA SILVEIRA
CRM 4860



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 5377835

NOME: MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 03/01/1988

PAI: MARCOS ROBERTO LINHARES DA SILVA

MÃE: FRANCISCA JACIRA GOMES DA SILVA

DATA DE ATENDIMENTO: 13/06/2015

DATA SAÍDA: 15/06/2015

MOTIVO: O PACIENTE MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA, 27 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 13.06.2015, COM POLITRAUMA DECORRENTE DE ACIDENTE DE MOTO.

APRESENTAVA TRAUMA RÁQUI-MEDULAR.

TC DE COLUNA CERVICAL EVIDENCIOU, TRAÇO DE FRATURA NO CORPO VERTEBRAL C5, FRATURA NA FACETA ARTICULAR DIREITA DE C7, FRATURA NA APÓFISE ESPINHOSA DE T1 E CANAL VERTEBRAL DE AMPLITUDE NORMAL.

EVOLUIU ACORDADO, ORIENTADO, SEM DÉFICITS MOTOR, GLASGOW 15 COM COLAR CERVICAL. TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO, EM 15.06.2015.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 06/11/2015 (ANANIAS/P).

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/BE

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Maycon Anderson Gomes da Silva**, no dia **13/06/2015**, às **03h32min**, na **Avenida Almirante Henrique Sabóia (Via Expressa) c/ Avenida Santos Dumont**, no **Bairro Papicu**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P900088/2017**.

Fortaleza, 13 de outubro de 2017.

Atenciosamente,

Esther Cunha
Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

Roberto Gomes de Lima
Roberto Gomes de Lima
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



“MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ”
Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160-Fortaleza-Ceará

ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que o Sr.(a) Marcelo
André
 compareceu a este hospital às ____:____ horas do dia ____/____/____
 devendo ficar afastado do trabalho por 60 (sessenta) dias a
 contar de 18/06/15.

C.I.D.: TRM

Fortaleza, 18/06/15

Antonio Gomes
 Neurocirurgia
 CRM 2859

Assinatura do Médico, CRM e Carimbo



**HOSPITAL
BATISTA
MEMORIAL**

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

**Internamentos
Clínicos & Cirúrgicos**

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Mayara Araújo

Acus.

- Polter Menezes

- Acompanhamento

ambulatorial

por 15 dias

Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

Ass. 280615

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA - RETENÇÃO DA FARMÁCIA - 2ª VIA - ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____

Endereço: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

Antonio Gomes
Neurocirurgia
CRM 2859

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

PACIENTE: _____

ENDEREÇO: _____

PRESCRIÇÃO:

Paracetamol 500mg - 20

Tamoxifeno 20mg - 10

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO MÉDICO

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____

Org. Emissor: _____

Tele: _____

UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico

DATA



DECLARAÇÃO

Certifico que Bayeou Anderson Gomes de Silva
Portador (a) do RG 2001010340342 Compareceu na
clínica CEMSO para realização de uma perícia médica no turno
da Manhã Das 8:00 às 13:00

Fortaleza, 01 de fevereiro de 2018.


CEMSO - CENT. ESP. EM MED.
E SEG. OCUPACIONAL LTDA
CNPJ 10.450.407/0001-74

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3180003719

Cidade: Fortaleza

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MAYCON ANDERSON GOMES DA SILVA

Data do acidente: 13/06/2015

Seguradora: ANGELUS SEGUROS S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE VÉRTEBRAS CERVICAIS E DORSAIS.

Descrição do exame médico pericial: FRATURA DE C5, C7 E D1, COM BLOQUEIO ARTICULAR E PERDA PARCIAL DA MOBILIDADE DO SEGMENTO CERVICAL E TORÁCICO DA COLUNA VERTEBRAL.

Resultados terapêuticos: SUBMETIDO A TRATAMENTO CONSERVADOR COM IMOBILIZAÇÃO. NÃO FEZ FISIOTERAPIA. OBTVEU ALTA DEFINITIVA EM DEZEMBRO DE 2015 COM AS SEQUELAS ACIMA E SEM NOVAS INDICAÇÕES TERAPÊUTICAS.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 01/02/2018

Conduta mantida:

Observações: DE ACORDO COM HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME MÉDICO PERICIAL DESCRITO, RATIFICO A GRADUAÇÃO DA SEQUELA OFERECIDA PELO MÉDICO EXAMINADOR.

Médico examinador: GREIVE FREITAS CAVALCANTE

CRM do médico: 9050

UF do CRM do médico: CE

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade do segmento cervical da coluna vertebral	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
Perda completa da mobilidade do segmento torácico da coluna vertebral	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
		Total	25 %	R\$ 3.375,00

PRESTADOR

TOLEDO ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA EPP

Médico revisor: MARIANE BALLESTER MELLEM KAIRALA

CRM do médico: 110984

UF do CRM do médico: SP

Assinatura do médico: