

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 13

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)		
Natural	FORTALEZA-CE		
Estado Civil	SOLTEIRO (A)		
RG nº	2006010096302	DETRAN-CE	20/09/2014
CPF nº	061.989.823-27		
Profissão	ESTUDANTE		
Endereço	AV ULISSES GUIMARAES ,315		
Complemento	CASA B		
Bairro	PARQUE LEBLON		
CEP	61.631-225		
Município/UF	CAUCAIA-CE		
Telefones	(85)98601-4233 OI (85)99636-7353 TIM		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 15 de setembro de 2016.

GABRIEL GUSTAVO DE S. MESQUITA

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 14

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)		
Natural	FORTALEZA-CE		
Estado Civil	SOLTEIRO (A)		
RG n°	2006010096302	DETRAN-CE	20/09/2014
CPF n°	061.989.823-27		
Profissão	ESTUDANTE		
Endereço	AV ULISSES GUIMARAES ,315		
Complemento	CASA B		
Bairro	PARQUE LEBLON		
CEP	61.631-225		
Município/UF	CAUCAIA-CE		
Telefones	(85)98601-4233 OI (85)99636-7353 TIM		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 15 de setembro de 2016.

GABRIEL GUSTAVO DE S. MESQUITA
DECLARANTE

Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

EU, GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA, BRASILEIRO (A), SOLTEIRO (A), ESTUDANTE, PORTADOR DO RG Nº 2006010096302 DETRAN-CE 20/09/2014, INSCRITO NO CPF SOB Nº 061.989.823-27, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA AV ULISSES GUIMARAES, 315, CASA B, PARQUE LEBLON, 61.631-225, CAUCAIA-CE, Telefone(s) (85)98601-4233 OI (85)99636-7353 TIM,

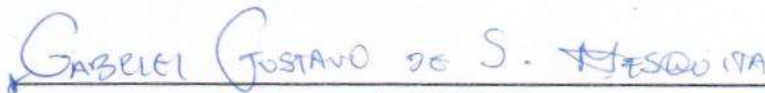
DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO 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 o escritório SABOYA & BRANDÃO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 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, quinta-feira, 15 de setembro de 2016.



DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Antonio de Sousa Cunha,
 RG nº 106 863 18, data de expedição 20/09/1993
 Órgão SSP, portador do CPF nº 464 958 433 72, com
 domicílio na cidade de CAUCAIA, no Estado de
CEARÁ, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA MENINO JESUS, nº 1815
 complemento MARCOS NOVEIS, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Gabriel Gustavo de Sousa Mesquita cujo o condutor era
Gabriel Gustavo de Sousa Mesquita.

Veículo: MotocicloModelo: Honda CG 125 TitanAno: 2003Placa: HXO 9794Chassi: 9C2JC30213R633895Data do Acidente: 18/09/2015Local e Data: Fortaleza - Ce 11 fevereiro de 2016

Antonio de Sousa Cunha

Assinatura do Declarante

GABRIEL GUSTAVO DE S. MESQUITA

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

JAIME ARARIPE
Serviço Registral

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
 Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
 Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60355-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@seccm.ce.gov.br

Cód. 117331. Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: (1) GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA. Fortaleza, 11 de fevereiro de 2016. Total: R\$ 3,59
SONIA MARIA NATOS MAGALHÃES ARAÚJO - Escrevente. SELO 2- AAB184240-6192
 Válido somente com selo de autenticidade.

Registro Civil das Pessoas Naturais do Distrito de Antônio Bezerra - Estado do Ceará
 Bel. Jaime de Alencar Araripe Júnior - Titular | Bel. Guilherme Augusto de Alencar Araripe - Substituto
 Av. Mister Hull, 4965 - CEP 60355-001 - Fortaleza - Ceará | (85) 3235-3301 - cartorio@seccm.ce.gov.br

Cód. 117354. Reconheço por AUTÊNTICA a(s) assinatura(s) de: (1) ANTONIO DE SOUSA CUNHA. Fortaleza, 22 de janeiro de 2016. Total: R\$ 3,59
TERESA CAMILLE DARES FERREIRA - Escrevente. SELO 2- AAB040049-6192. Válido somente com selo de autenticidade.

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSFORTIZADOS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011688520290 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA		CPF / CNPJ		EXERCÍCIO		DATA EMISSÃO	
01		46495843372		2014		10/09/2014	
RENAVAM		MARCA / MODELO		PLACA			
00804861617		HONDA / CG 125 TITAN K		HX09794			
ANO FAB.		CAT. IAC		Nº CHASSI			
2003		09		9C2JC30213R633895			
PRÊMIO TARIFÁRIO							
FMS (R\$)		DENOMIN. (R\$)		CUSTO DO SEGURO (R\$)			
129,04		14,34		143,38			
CUSTO DO BILHETE (R\$)		IOF (R\$)		TODAS AS RAC. PESS. 3.400 (R\$)			
4,13		1,11		292,01			
☒ COTA ÚNICA		☐ PARCELADO		DATA DE QUITAÇÃO			
				26/09/2014			

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

MOTOR: JC30E23633895

00216

SA - 2104

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2006010096302 SSP CE	
CPF 061.989.823-27	DATA NASCIMENTO 09/04/1996
FILIAÇÃO ANTONIO DE SOUSA CUNHA FRANCILENE BASTOS MESQUITA	
PERMISSÃO []	ACC []
CELHAS []	
Nº REGISTRO 06183061197	VALIDADE 27/04/2019
1ª HABILITAÇÃO 20/09/2014	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR <i>GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA</i>	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 30/09/2015
ASSINATURA DO EMISSOR <i>Idor Vasconcelos Pontes</i>	68864104848 CE149785950
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	

VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL
 1158548995

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1158548995

Nº DO CLIENTE
6071490-5

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438,
de 26 de abril de 2002.

Coelce

fls. 19

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 Fortaleza CE
CNPJ: 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 08 22007 14 021400 - 2 Data de Emissão 11/12/2015
Nome FRANCILENE BASTOS MESQUITA LIMA
End. Postal AV ULISSES GUIMARAES 00315 CS B
PARQUE LEBLON - CAUCAIA - 61631225
Medidor 1234860 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDADOR de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 511431943-49 CGF
Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência 11/12/2015
Data da Apresentação 11/12/2015
Previsão Próxima Leitura 12/01/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.
Conjuntos CAUCAIA
Mês Out/2015 BUBD 6,95
DICI 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
ISENTO

Padrão Individual Apuração Individual
Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual
DIC 10,87 21,74 43,48 0,98 0,98 0,98
FIC 7,74 15,49 30,98 1,00 1,00 1,00
DMIC 5,00 0,98

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

A29F.B305.9474.0902.8005.01DB.C98E.6192

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
807	753	1,00	54	0,00	38 24	0,16514 0,28318	4,95 6,79
11/12/15	11/11/15		30 DIAS		54		11,74

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES 11,74
MULTA MORATORIA REF 11/2015 0,25
JUROS DO MES 0,03
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 10,53
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 0,40
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 1,15)

Uniquai - processo de
atendimento para a obra
realização 1º semestre do
ano 2016

VENCIMENTO

18/12/2015

TOTAL A PAGAR (R\$)

22,95

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia 7,78
Transmissão 0,16
Distribuição 3,83
Encargos Setoriais 0,43
Tributos (ICMS PIS/COFINS) ... 0,74
TOTAL 12,14

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11
54	53	62	56	64	52	59	57	78	51	121	13
ME	D	FEV	MAR	ABR	M	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.
Emitido kg(CO₂) 23,34 Compensado kg(CO₂) 0,00
Consciência Ecológica (% CO₂) 0 100

informações importantes e avisos de vencimento

Estamos expandindo o canal WhatsApp e por isso temos novos números
para contato por região. Para consultar os números acesse
nosso site - www.coelce.com.br



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



fls. 20

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 478 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **19/01/2016 08:21:30**
Data / Hora da Ocorrência : **18/09/2015 21:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV FRANCISCO SÁ**

ALVARO WEYNE FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: **EM FRENTE AO SUPERMERCADO FRANGOLANDIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA**
Nascimento : **09/04/1996**
RG: **2006010096302** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF:**
Filiação: **ANTONIO DE SOUSA CUNHA**
FRANCILENE BASTOS MESQUITA
Endereço: **AV ULISSES GUIMARAES 315 CASA**
LEBOM 61631225
CAUCAIA CE BRASIL Telefone: **85988808185**

Histórico

Afirma o declarante, que na data, local e hora acima citados, que possui habilitação CNH 06183061397, DETRAN CEARÁ, categoria "AB", que pilotava a motocicleta Honda CG 125 Titan KSE, placa HXO9794/CE, cor prata, ano 2003/2003 e licenciada em nome de Antonio de Sousa Cunha, que trafegava pela Av. Francisco Sá, quando repentinamente freiou, perdeu o controle da motocicleta e colidiu na parte trazeira do veículo de placa OCS1767, que seguia na pista de rolamento no mesmo sentido de circulação regulamentado para a via, que a vítima foi ao solo e ficou lesionado. Que o condutor do veículo permaneceu no local. Que a vítima foi socorrido pela ambulância do SAMU e levado para o IJF no Centro. E nada mais disse.////

OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MÊSES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

GABRIEL GUSTAVO DE S. MESQUITA

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei a requerer por escrito, que o SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA prestou atendimento ao Sr. **Gabriel Gustavo de Sousa Mesquita**, no dia **18/09/2015**, às **21hs:33min**, na **Avenida Francisco Sá, Bairro Carlito Pamplona**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendido no local e removido para o **Hospital Uniclínica**.

Fortaleza, 05 de Fevereiro de 2016.

Atenciosamente,



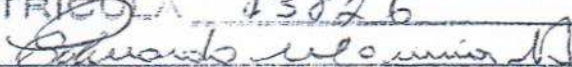
Alexandre Magno Balthazar
Núcleo de Informática SAMU 192 Regional Fortaleza



Márcia Rebouças
Assist. da Gerência SAMU 192 Regional Fortaleza

**Registro de Atendimento
Emergencial**

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 18/09/2015 21:58:51	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS:		NOME: GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA				Registro: 5397959	
CPF: 061.989.823-27	RG: 2006010096302	D. NASC: 09/04/1996	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCILENE BASTOS MESQUITA				NOME DO PAI: ANTONIO DE SOUSA CUNHA			
TIPO DE LOGRADOURO: Avenida		ENDEREÇO DO PACIENTE: ULISSES GUIMARAES		Nº: 315	BAIRRO: PARQUE LEBLON		
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: CAUCAIA		UF: CE	CEP: 61631225		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: AMB. SAMU USB 83 CONDUTOR-LUCIANO		PARENTESCO:			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO 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: COLISAO MOTO/CARRO COM TRAUMA EM FACE + DOR TESTICULAR							
OBSERVAÇÕES: DOR TESTICULAR/MODERADA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IUF
FAZ OBRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 30/09/2015
MATRÍCULA 13826

SERVIDOR(A)



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



Fortaleza

SOLICITAÇÃO DE EXAME RADIOLOGICO

Nome: <u>William Vairo dos Santos</u>		Nº AIH/ RAE: <u>397750</u>	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação:	Idade: <u>22</u>	Sexo: ☐ Masc ☐ Fem
Motivo da Solicitação:			
Solicito: Raio-x de: ☒ Braço ___ AP/L ☐ Antebraço ___ AP/L ☐ Cotovelo ___ AP/L ☐ Mão ___ AP/P ☐ Punho ___ AP/P ☐ Bacia AP ☐ Coxa ___ AP/L ☐ Palma ___ AP/P ☐ Joelho ___ AP/P ☐ Pé ___ AP/L ☐ Tornozelo ___ AP/P <u>X Exame cervical para o tumor</u> <u>AP/PA</u>			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data: <u>15/09/15</u>	Hora: h ___ minutos
Laudo:			
Assinatura e Carimbo do Médico Emitente do Laudo:		Data: / /	Hora: h ___ minutos
As películas radiológicas foram entregues ao paciente? ☐ Sim (recomendável) ☐ Não			

SC 000.102 Versão 1 - 01/ JUL/ 08 -- Formato AS (148X210). 2 VIAS: 1ª via retida no SÉRDIMAG e 2ª Anexada ao laudo

Paciente: Gabriel Gustavo S. Mesquita Idade: 19 Município: Formosa
 Enfermaria: K-3 Leito: Causa do Internamento: AC - MORTO
 Acomp.: Francine Bastos Idade: Vínculo: mat
 Enfermaria: Leito: Enfermaria: Leito:
 Acomp.: Idade: Vínculo:
 Acomp.: Idade: Vínculo:

De: 19/09 a 20/09/11 Ruth Brito dos Santos
 Assist. Social Responsável CRESS 5036 De: a Assist. Social Responsável

DIREITOS E DEVERES

- ☐ Tratar e ser tratado com respeito por todos no hospital;
- ☐ Ter condições mínimas de higiene e conforto na sua permanência no hospital;
- ☐ Cuidar do seu paciente, permanecendo junto dele;
- ☐ Observar e cumprir os horários definidos de refeição e troca de acompanhante.
- ☐ Respeitar o tratamento, a dieta do paciente e todos que trabalham no hospital;
- ☐ Receber informações e orientações do tratamento médico e refeições diárias; (horário no verso);
- ☐ Saber o nome dos profissionais - Médicos Enfermeiros e Assistentes Social, Auxiliares e Outros;

Horários a serem observados

Desjejum - 06:00 às 06:30h
 Almoço - 13:00 às 13:30h
 Jantar - 18:00 às 18:30h

Troca de acompanhante

Manhã - 07:00 as 9:00h
 Tarde - 12:00 as 14:00h
 Noite - 17:00 as 20:00h

REFEIÇÕES/DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Desjejum (6:00 às 6:30)																															
Almoço (13:00 às 13:30)																															
Jantar (18:00 às 18:30)																															

RECEITUÁRIO

Nome: Colme Gastão de Sousa BE/Prontuário: _____

Rx (1) Nimesulida 100mg — 21 comp.
Tomar (um) comprimido de 8/8 h por 03 (três) dias.
(2) Dipirona 500mg — 12 comp. 27/9/15
Tomar (um) comprimido de 6/6 h por 03 (três) dias

Dr. Carlos César
Cirurgião Dentista
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - Fortaleza - CE - 60.025-061
Ass. Prof. Dr. Carlos César - 7400

Data: 18/09/2015

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.883 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

02 = 5347414



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Freire 115.26

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>gabriel Gustavo Sousa</u>	Nº AIH/RAE:
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO
Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

JUSTIFICATIVA

Mama

EXAMES RADIOLÓGICOS

☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical __AP/P	☐ Clavícula __AP	☐ Coluna Dorsal AP/P
☐ Tórax __AP/P	☐ Ombro __AP/P	☐ Braço __AP/P	☐ Antebraço __AP/P	☐ Cotovelo __AP/P
☐ Punho __AP/P	☐ Mão __AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadri AP/AXIAL	☐ Fêmur __AP/P
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna __AP/P	☐ Joelho __AP/P	☐ Tornozelo __AP/P	☐ Pé __AP/OBL
☐	☐	☐	☐	☐

EXAMES LABORATORIAIS

☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina	☐ Potássio
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio	☐ TAP
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase	☐ Sumário de Urina
☐	☐	☐	☐	☐

ULTRA-SONOGRAFIA

☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD	☐ MID	☒ Fístula
			☐ MSE	☐ MIE	

OUTROS EXAMES

Dr. Alípio José Alves
Clínico Geral
CREMEC 9577

Data 18/09/2015
Hora 22:15
Ass. Recop.: Mama

Assinatura e Carimbo do Solicitante:	Data: <u>18/09/15</u>	Hora: h minutos
--------------------------------------	-----------------------	-----------------

 **AVISO DE ALTA HOSPITALAR**

NOME: Gabriel Gustavo de S. Mesquita

UNIDADE: P.C. LEITO: _____

DATA: 19/09/15 HORAS: 21:00

Tipo de Alta:

☒ Alta Médica ☐ Alta a Pedido

Enf. da Unidade (Assinatura/Carimbo) [Assinatura]



AMBULATÓRIO da BMF

Nome: GABRIEL GUSTAVO DE SOUZA RAE/Prontuário. 3

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 21/10/16

HORÁRIO: 07:00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia

Buccomaxilofacial, NO SP. A COM

SITUAÇÃO: O PR. AFONSO.

P. O DE FRATURA DE ARCO ZIGOMAXILAR

Data: 16/10/16

Dr. Pedro Henrique da Hora Sales
Cirurgia e Traumatologia
Buccomaxilofacial (11) 207477

Assinatura e Carimbo do Médico

AE:000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210).

Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil

BR 1000 5000



NÚCLEO DE LABORATORIO

Fortaleza, 01 de Outubro de 2015.

DECLARAÇÃO Nº 022/2015

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA**, portador do RG Nº **2006010096302**, compareceu a este setor no dia 01/10/2015 no período da manhã para realizar exames laboratoriais.

Atenciosamente,

Elioneide Maria C.C. Jucá
Dra. Elioneide M. C. C. Jucá
Chefe NULAB
CRF 1719

ELIONEIDE MARIA C.C. JUCÁ
Chefe do Núcleo de Laboratório - IJF



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Gabriel Gustavo de Sousa Mesquita

Idade: _____ anos _____ meses

Prontuário: 5397959 Unidade: _____ Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente com trauma em face. Evoluindo com fratura de zigomático.

Diagnóstico Principal: Fratura de zigomático.

Procedimentos Cirúrgicos:

1- Cirurgia realizada: **Redução de fratura de zigomático.**

Cirurgião: Dr Afonso

Tipo de anestesia/Sedação: Anestesia Geral

Data: 09/10/2015

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado (x) Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência (x) Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (x) Ambulatório em 14/10/2015 Dr. Afonso

Observações: _com Dr Afonso para reavaliação de fratura de zigomático.

Data: 09/10/2015

Médico

CRO/Carimbo

Dr. Raissa Inatada Papalén
Cirurgia e Traumatologia Bucodentofacial
Residente CRO-CE 7368

RETORNO AMBULATORIAL

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Paciente: Paciente: Gabriel Gustavo de Sousa Mesquita

Be: 5397959

RETORNO SPA

Data de retorno: 16/10/2015 (quarta) as 10:00hs

Conduta a realizar: reavaliação PO de zigoma Dr. Afonso

Data: 09/ 10/2015

Dra. Raíssa Estácio Paiva
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Residente CRO-CE 7368

Assinatura e carimbo

RETORNO AMBULATORIAL

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Paciente: Paciente: Gabriel Gustavo de Sousa Mesquita

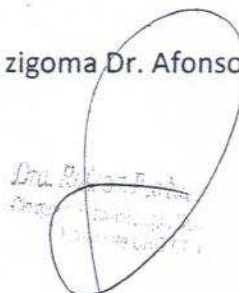
Be: 5397959

RETORNO SPA

Data de retorno: 16/10/2015 (quarta) as 10:00hs

Conduta a realizar: reavaliação PO de zigoma Dr. Afonso

Data: 09/10/2015



Assinatura e carimbo

Instituto Dr. José Frota

Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

Paciente: Gabriel Gustavo de Sousa Mesquita

Uso interno:

- 1) Ibuprofeno 600 mg _____ 10 comprimidos
Tomar um (01) comprimido de 08/08 horas por três (03) dias.
- 2) Dipirona 500mg _____ 08 comprimidos
Tomar 01 comprimido de 06/06 horas por três (02) dias.

Data:09/10/2015



Dr. Rui Costa
Cargo e Assinatura
Residência Médica

Assinatura e carimbo

Instituto Dr. José Frota
Serviço de Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial

ATESTADO

O(a) SR.(a) Gabriel Gustavo de Sousa Mesquita

Boletim de emergência: 5397959

Foi atendido (a) neste hospital no dia 09/10/2015 as 07h para redução da fratura dos ossos nasais. Necessita de 07 dias de repouso domiciliar para cuidados pós operatórios.

CID S022

Fortaleza, 09/10/2015

Dra. Raissa Fortado Papalio
Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial
Médica CRO-CE 7380

assinatura e carimbo



NÚCLEO DE LABORATORIO

Fortaleza, 01 de Outubro de 2015.

DECLARAÇÃO Nº 022/2015

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que **GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA**, portador do RG Nº **2006010096302**, compareceu a este setor no dia 01/10/2015 no período da manhã para realizar exames laboratoriais.

Atenciosamente,

Elioneide Maria C.C. Jucá
Dra. Elioneide M. C.C. Jucá
Chefe NULAB
CRF 1719

ELIONEIDE MARIA C.C. JUCÁ
Chefe do Núcleo de Laboratório - IJF



Seguradora Líder - DPVAT

Rio de Janeiro, 17 de Setembro de 2016

Carta nº: 9721746

A/C: GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA

Sinistro: 3160333785 ASL-0898106/16
Vitima: GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA
Data Acidente: 18/09/2015
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: NAZARENO GOMES DE SOUSA

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: GABRIEL GUSTAVO DE SOUSA MESQUITA

Valor: R\$ 3.375,00

Banco: 237

Agência: 000006645-1

Conta: 000000006688-5

Tipo: CONTA CORRENTE

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital 100%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 100%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT