



DANIEL FARIAS PORTO ADVOCACIA

PROCURAÇÃO
“AD JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE: Soni Ailton Gomes de Castro
RG: 2002027041090 SSP CE
CPF: 413.956.548-87
Nacionalidade: brasileiro
Estado Civil: solteiro
Profissão: carcon
Residente e domiciliado: rua E, casa 8 A, Conjunto Metrópole V
Cidade: Caçuia Estado: Lucas CEP: 61600000

OUTORGADO: **Dr. Daniel Farias Porto**, brasileiro, casado, advogado, OAB-CE nº 20334, com escritório na cidade de Fortaleza-Ce, na Rua Bolivar Pinto Bandeira nº 237, Bairro Luciano Cavalcante, Fortaleza-Ce, CEP 60811-310.

Pelo presente instrumento particular de **PROCURAÇÃO**, o **outorgante** nomeia e constitui seu bastante procurador o **outorgado**, para o fim especial de agir judicialmente em ação de seu interesse, a fim de defender seus direitos perante qualquer Juízo, instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ou respondendo ação judicial em que o **outorgante** figure em qualquer dos pólos, podendo responder, reclamar, conciliar, desistir, transigir, fazer acordo, recorrer, receber e dar quitação, confessar, requerer inventário ou arrolamento, firmar compromissos, prestar declarações, receber citação, bem como substabelecer a presente, com ou sem reservas de poderes, se assim convier, praticando todos os atos necessários ao satisfatório desempenho deste mandato dando tudo por firme e valioso.

Fortaleza, 18 de julho de 2012.

Soni Ailton Gomes de Castro
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

NOME: José Ailton Gomes de Castro

CPF: 418.956.548-89

ESTADO CIVIL: casado

PROFISSÃO: engenheiro

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c art.14, § 1º da lei 5584/70, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/Ce, 18 de julho de 2012.

José Ailton Gomes de Castro

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

NOME
JOSE AIRTON GOMES DE CASTRO

SOCIEDADE / ORG. REGISTRO
 2002027041090 SSP CE

CPF 413.956.543-87 **DATA NASCIMENTO** 13/02/1965

ENDEREÇO
SERGIO GOMES DE CASTRO
MARIA NEUSA GOMES DE CASTRO

PROFISSÃO **ACC** **CATEG**
 [] [] []

Nº REGISTRO [] **VALIDADE** [] **1ª REGISTRAÇÃO** 11/08/2009

OBSERVAÇÃO
 SEM OBSERVAÇÃO

Jose Ailton Gomes de Castro
 ASSINATURA DO TITULAR

LOCAL PORTALEZA, CE **DATA EMISSÃO** 01/06/2011

[Assinatura] **88204692148**
 ASSINATURA DO EMISSOR **CE125945272**

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
SECRETARIA DE TRÂNSITO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL

CARTÃO EM TUBO
O 14900000 NACIONAL
418563779

PROFISSÃO PLASTICAR
418563779

Nº DO CLIENTE

2257346-1

Para ligar seu atendimento, utilize o 0800-0000000000000000



Rua Padre Valdeirino, 150 - CEP 60135-010 - Fortaleza - CE
 CNPJ 07.042.231/0001-76 - IGP nº 103.846-0
 A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pelo
 Decreto nº 6.301, de 27 de maio de 2008

CONTO DE ENERGIA ELÉTRICA - GRUPO DE CLIENTES - 2257346-1

Rote 18 22008 07 042400 - 9 Data de Emissão: 26/12/2011
 Nome DEOCLECIANA ARAUJO DE SOUSA
 End. Postal RU E CASA 08 A CONJ METROPOLE V
 - CALICATA - 61600000
 Medidor 9655362 Poste 0000 0000
 Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
 RG / CPF / CNPJ 379396103-68 CGF

DATAS e **INDICADORES DE CONTINUIDADE**

Mês Referência	Data da Aproximação	Previsão Próxima Letura	Conjunto	VALORIA
Dez/2011	26/12/2011	25/01/2012	Mês	Out/2011
			CR 13,07	

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Pagamento Individual			Aproximação Individual			
			Anual	Trim.	Anual	Anual	Trim.	Anual	
ISENTO			DIC	5,91	11,82	23,64	0,51	0,51	0,51
			RIC	3,67	7,35	14,70	1,00	1,00	1,00
			DMIC	3,46			0,51		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ITE: 6687,8106,6606-Fisco.001.1980.000?

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Consumo (kWh)	Consumo (kWh)	Consum. Ind.	Consum. Fel.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
11588	11580	1,00	106	0,00	00 79 8	0,14459 0,22740 0,28476	4,129 17,08 5,119
26/12/11	25/11/11		31 DIAS		106		23,44

DESCRIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	42,91
DESCONTO TARIFA SOC. L-BAIXA RENDA	-19,47
MULTA MORATORIA REF 09/2011	0,49
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,13
JUROS DO MES	0,52
ILUMINACAO PURIFICADA MINUTOPAI	15,94
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,04

VENCIMENTO: **16/01/2012** TOTAL A PAGAR (R\$): **41,56**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO e **HISTÓRICO DE CONSUMO**

Energia	13,72	1,00
Transmissão	0,75	1,06
Distribuição	6,26	95
Encargos Setoriais	1,46	98
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	2,29	1,09
TOTAL	24,48	1,00

Mês	Valor (R\$)
10/11	1,00
11/11	1,06
12/11	95
01/12	98
02/12	1,09
03/12	1,00
04/12	1,04
05/12	04
06/12	1,00
07/12	1,06
08/12	92
09/12	96
10/12	1,07

Importante CONTAS EM ATRASO
 REVISÃO DE VENCIMENTO:
 Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 30,20. Conforme art. 172 da Res. Anel 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio desta comunicação. Caso o débito tenha sido pago, favor descreditar este valor junto à última ocorrência de faturamento, com fornecimento, será encerrada a relação contratual.

Mês/Ano	Valor R\$
11/2011	30,20

Consta data futura R\$ 2,29 referente a PIS e COFINS.
 CNPJ nº 000-100-2000 - ANEL - LATA nº 10.001-00 e 10.000-00

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/12/2012 às 07:15, sob o número 00514208220128060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0051420-82.2012.8.06.0001 e código BE0A8D.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Lucas Antônio Gomes de Castro,
portador(a) da Identidade nº 2002027041090 e inscrita no C.P.F sob o nº
413.956.543-87. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
rua E, Conj. Metrópole V
, (Complemento) casa 8A (Bairro),
(Cidade) Barreira (Estado) Ceará, CEP 61600000.

Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

18 / 07 / 2012

Lucas Antônio Gomes de Castro
Assinatura



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 123 - 99 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTES - OUTROS
Data - Hora da Comunicação: 17/01/2012 16:16:18
Data - Hora da Ocorrência: 09/02/2012 06:40:00
Endereço da Ocorrência: R. ARISTOBULO QUEVEDO
MARAPONÇA FORTALEZA /CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ AIRTON GOMES DE CASTRO
Nascimento: 13/02/1965
RG: 2002027041090 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Filiação: SERGIO GOMES DE CASTRO
MARIA NEUSA GOMES DE CASTRO
Endereço: R. S. A
METROPOLE V
CAUCAIA CE BRASIL Telefone: 3213.8172

Histórico

AFIRMA A VÍTIMA QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA CITADOS, TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA NX 200, RENAVAM 712564282, CHASSI 9CZMDL700HRO0557, ANO 2008, DE COR VERMELHA E PLACA HWZ-4129, CAUCAIA CE QUANDO UM VEÍCULO PLATSIENA DE COR CINZA E PLACAS NÃO IDENTIFICADAS, AO FAZER O RETORNO, COLIDIU COM UM VEÍCULO PAMPA DE COR BRANCA E PLACAS NÃO IDENTIFICADAS E ESTE CONSEQUENTEMENTE COLIDIU NA MOTO DA VÍTIMA, RAZÃO PELA QUAL VIOU A CAIR AO SOLO, EM SEGUIDA FUI SOCORRIDA POR POPULARES E LEVADA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA COM UMA FRATURA NO POLEGAR DA MÃO DIREITA, LOCAL ONDE FICOU INTERNADA POR TRÊS DIAS, TENDO PASSADO POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS. NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 23. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *Bel. José Ruben Gomes Lemos*
MATRÍCULA: 198327-4-6
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Bel. José Ruben Gomes Lemos*
VISTO DO DELEGADO: *Bel. José Ruben Gomes Lemos*

Bel. José Ruben Gomes Lemos
Delegado de Polícia Civil
Mat. 12.788
Bel. José Ruben Gomes Lemos
Delegado de Polícia Civil
Mat. 12.788
Bel. José Ruben Gomes Lemos
Delegado de Polícia Civil
Mat. 12.788

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 13/12/2012 às 07:15, sob o número 00514208220128060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0051420-82.2012.8.06.0001 e código BE0A90.




Governo DO
Estado do Ceará
Corpo de Bombeiros Militar
Grupamento de Socorro de Urgência

CERTIDÃO

Nº 001/ 2012

O CORPO DE BOMBEIROS MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ, Através do Grupamento de Socorro de Urgência - GSU, Certifica para os devidos fins que a guarnição de serviço do dia 09 de fevereiro de 2011, na VTR Resgate 25 – Turno A, atendeu a uma ocorrência do tipo Acidente de Trânsito, na Rua Aristóbulo Quevedo, s/n Bairro Maraponga, tendo como vítima o Sr. José Airton Gomes, do sexo masculino de 46 anos de idade, que recusou transporte.

Fortaleza, 26 de janeiro de 2012.


ANDERSON ALVES VIANA – TEN CEL QOBM
COMANDANTE do GSU / CBMCE
Mat. Fun. 106508-1-X

Rua Aristóbulo Quevedo, 3208 – Maraponga – Fortaleza – Ceará – Brasil
Fone: (0xx85) 3298 4992 CGC: 35025022/0001-90 CGF: 06932855-2
Fundado em: 31/05/1989

Site: www.cb.ce.gov.br E-mail: nreph@cb.ce.gov.br
"vidas alheias e riquezas salvar"



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL - IV
HOSP. DISTRITAL M^o JOSÉ B. DE OLIVEIRA
PARANGABA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL



REGISTRO N^o
ESTAB. DISTRITAL DE HOSP.
0208255

JOSE A. RITON GOMES DE CASTRO

RUA E. S. S. S. S.

Paí: ... DE CASTRO

Nat:

Res:

37

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO AMARELO VERDE AZUL FIOLOGICO

PARECER / ENFERMAGEM

VIAS AÉREAS / RESPIRAÇÃO

PERVA OBTURADA SIMÉTRICA ASSIMÉTRICA SEM DESCONFORTO COM DESCONFORTO TRAJEIRA NA LINHA MÉDIA SIM NÃO

MURMÚRIO VESICULAR

NORMAL DIMINUIDO DIREITO ESQUERDO ESTÉTORES DIREITO ESQUERDO

CIRCULAÇÃO

Cor de Pele: ROSADAS PÁLIDAS RUBORIZADAS ICÉTERICAS ADIMZENTADAS CIANÓTICAS
PULSO: NORMAL AUMENTADO DIMINUIDO AUSENTE
SINAIS VITAIS: PA: [] x [] PC: [] PR: [] TEMPERATURA: []

AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA / Escala de Goma de Glasgow

Table with 4 columns: VERBA, MELHORES RESPOSTAS MOTOBARI, RESPOSTA VERBAL, and TOTAL. Rows include: ESPONTÂNEA A ESTÍMULO VERBAL, A ESTÍMULO VERBAL A ESTÍMULO DOLOROSO SEM RESPOSTA, ORIENTADA, CONFUSSO, PALAVRAS INAPROPRIADAS, SOMS INCOMPREENSÍVEIS SEM RESPOSTA.

PUPILAS: ISOCÓNICAS ANISOCÓNICAS MIDRIASE MIOSIS

MOTIVO DO ATENDIMENTO

trauma na mão esquerda

SADT - EXAMES COMPLEMENTARES

1 RAIO X 2 ULTRASSOM 3 BARRIO 4 URINA 5 SCS 6 OUTROS

DIAGNÓSTICO

CÓDIGO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PARECER / CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS

[] [] [] [] [] [] [] [] [] []

CÓDIGO [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

ASSINATURA E CARIMBO

[Handwritten Signature]
ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

SOLICITAÇÃO DE GESSO

DATA: [] [] [] [] [] []
NOME DO PACIENTE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
 ADULTO CRIANÇA
 BOTA INGUINHO PODICICO LUYA TUDO GESSADO
 CITO PINGAONFRITERO AXILO PALMAR
 SARMENTO VELPEAU CITO GESSADO
Este é um Hospital Público, cuja missão é realizar atendimento de Urgência e Emergência, integralmente GRATUITO, aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS


REGISTRO N^o
10208255

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/12/2012 às 07:15, sob o número 005142082201218060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0051420-82.2012.8.06.0001 e código BE0A90.



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DE SAÚDE
 COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR
 REGISTRO HOSPITALAR

Nº 4495

Nome: <u>Jose Antonio Gomes de Castro</u>					
Data de Nascimento	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Natural
<u>13/02/65</u>	<u>46 anos</u>	<u>B</u>	<u>Masc</u>	<u>casado</u>	<u>Quixadá - CE</u>
Nº da Identidade: <u>2002027041090</u>		Nº CPF: <u>-</u>		Cert. Nascimento Nº: <u>-</u>	
País: <u>Sergio Gomes de Castro e Maria Neusa Gomes de Castro</u>					
Endereço Paciente (Rua, Av, Prox): <u>R. E</u>					Nº: <u>8A</u>
Bairro: <u>metopole V</u>	Município: <u>Caucaia</u>			Fone: <u>3213 8172</u>	
Responsável: <u>o mesmo</u>				Fone: <u>-</u>	
Endereço do Responsável: <u>o mesmo</u>					
Data e hora de Admissão: <u>23/02/11 10:50h</u>			Funcionário: <u>Marilene</u>		
Médico Assistente:					
Historico Clínico:					
<u>Tram m. n</u>					
Exame Físico: <u>Tram m. n e Btk</u>					
Diagnóstico Provável:					
Exames Complementares: <u>B</u>					
Diagnóstico Definitivo: <u>Tram m. n e Btk</u>					
 Daniel Farias Porto CPF: 7207					

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/12/2012 às 07:15, sob o número 00514208220128060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0051420-82.2012.8.06.0001 e código BE0A90.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA
 Secretaria de Gestão e Promoção da Saúde



FOLHA DE EVOLUÇÃO

Nome dos filhos: Guilherme da Costa, Nº PRONTUARIO: 4445

DATA	ANOTAÇÕES	ASSINATURA CARIMBO
23/03/11	<p>Resente J.N.C, 4kz, O², admitido no clínica qui- ças, apresenta comont, em todos, pedale, com oporitus, diambulo, supruin em os exlente, nome puper, di O², Adipid non-secunde, nos nlio quicio alqos, acuz e diste por VO, epande, juga nos to curvela de edmege</p>	<p><i>[Signature]</i></p>
24/02/11	<p>Dr. Cl. Fature de Base da J. Nat. Colaps Cinque 1 / Ave. Ave. Cd. VPM Dr. Rildo Pontes Traumatologia / Ortopedia CRM: 6804</p>	<p><i>[Signature]</i></p>
25/02	<p>Ustermbre de Fed. de Guath. J. Nat. Colaps Dr. Rildo Pontes Traumatologia / Ortopedia CRM: 6804</p>	<p><i>[Signature]</i></p>
26/02	<p>Dr. Rildo Pontes Traumatologia / Ortopedia CRM: 6804</p>	<p><i>[Signature]</i></p>

Dr. Rildo Pontes
 Traumatologia - Ortopedia
 CRM: 6804 TEOD: 11223

GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PRESCRIÇÃO MÉDICA - RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

26.02.2011

303

Letto:

Aprazamento

Clinica *Chirurgia*
 Rubrica

Observações

do 800/10 PA=120x70 mmHg

T=36°C paciente em repouso

ritmo de 84 batidas por minuto

sem murmúrios pulmonares

sem ruídos intestinais

sem sinais de desidratação

sem sinais de congestão

sem sinais de infecção

sem sinais de trauma

sem sinais de lesão

sem sinais de doença

sem sinais de alteração

sem sinais de anormalidade

sem sinais de patologia

sem sinais de doença crônica

sem sinais de doença aguda

sem sinais de doença sistêmica

sem sinais de doença localizada

sem sinais de doença funcional

sem sinais de doença orgânica

sem sinais de doença estrutural

sem sinais de doença metabólica

sem sinais de doença endócrina

sem sinais de doença imunológica

sem sinais de doença infecciosa

sem sinais de doença neoplásica

Rubrica

Observações

do 800/10 PA=120x70 mmHg

T=36°C paciente em repouso

ritmo de 84 batidas por minuto

sem murmúrios pulmonares

sem ruídos intestinais

sem sinais de desidratação

sem sinais de congestão

sem sinais de infecção

sem sinais de trauma

sem sinais de lesão

sem sinais de doença

sem sinais de alteração

sem sinais de anormalidade

sem sinais de patologia

sem sinais de doença crônica

sem sinais de doença aguda

sem sinais de doença sistêmica

sem sinais de doença orgânica

sem sinais de doença estrutural

sem sinais de doença metabólica

sem sinais de doença endócrina

sem sinais de doença imunológica

sem sinais de doença infecciosa

sem sinais de doença neoplásica

sem sinais de doença

sem sinais de doença

COLETA EM ENFERMAGEM
COLETA 198/198

SND
1/1
2/2
3/3
4/4
5/5
6/6
7/7
8/8
9/9
10/10

01/01/11
02/02/11
03/03/11
04/04/11
05/05/11
06/06/11
07/07/11
08/08/11
09/09/11
10/10/11

Dr. Fico Fortes
CRM: 6804
Neurologia / Ortopedia





GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

07/4

SINAIS VITAIS			
Horário:			
PA:			
Temper:			
Peso:			
Estal:			

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 09/07/11 Horário: 14:45 Paciente chegou Andando Automóvel
 Ambulância Outros

Paciente: JOSÉ AIRTON GOMES DE CASTRO

Nome da Mãe: M^{te} ALEUSA GOMES DE CASTRO

Idade: 35 Sexo: MASC. Data de Nascimento: 12/02/65 Identidade: 7002077641090 Telefone p/ contato: 32738132

Endereço (Rua, nº): R. E. CSBA

Bairro: METROPOLE V Cidade: CAUCAIA Estado: CE Nome do Funcionário SAME: 50450224

PROCEDIMENTOS	OUTROS	CLÍNICAS DE ATENDIMENTO
02.021.01-3	03 Oldobor	Clinica Médica
07.011.01-8		Clinica Pediátrica
07.011.04-0		Clinica Cirúrgica
		Clinica Obstétrica
		<input checked="" type="checkbox"/> Traumatol / Ortopedia

História Clínica:

Fratura na perna

Diagnóstico:

Lesão Óssea / Fratura

EXAMES SOLICITADOS

- 1) _____
- 2) _____
- 3) _____
- 4) _____

Nihil

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORARIO	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
	15 dias de cura	na clínica	Oldobor	

DESTINO DO PACIENTE

Alta Transferência Óbito

Motivo do Óbito: _____

DATA SAÍDA: _____

HORA SAÍDA: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável:

José Aírton Gomes de Castro

11/03/11

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por DANIEL FARIAS PORTO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/7/2012 às 07:15, sob o número 00514208220128060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0051420-82.2012.8.06.0001 e código BE0A90.



GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA
SECRETARIA DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR

074

SINAIS VITAIS			
Horário:			
P.A.			
Tempor.			
Peso			
Estal.			

FICHA DE ATENDIMENTO EXTERNO DE EMERGÊNCIA

Data: 09/07/11 Horário: 14:45 Paciente chegou: Andando Automóvel
 Ambulância Outros

Paciente: JOSE AIRTON GOMES DE CASTRO
 Nome da Mãe: M^{te} NEUSA GOMES DE CASTRO

Idade: 45 Sexo: MASC. Data de Nascimento: 13/02/65 Identidade: 7002077691040 Telefone p/ contato: 3738138

Endereço (Rua, nº): R-E, 198A
 Bairro: METROPOLE V Cidade: CAUCAIA Estado: CE Nome do Funcionário SAME: DABEZZY

PROCEDIMENTOS	OUTROS	TIPOS DE ATENDIMENTO:
02.021.01-3	03.01.01.01	Clinica Médica
07.011.01-6		Clinica Pediátrica
07.011.04-0		Clinica Cirúrgica
		Clinica Obstétrica
		<input checked="" type="checkbox"/> Traumatol / Ortopedia

História Clínica:
 Trauma na perna
 Diagnóstico: Lesão Aberta / Fratura

EXAMES SOLICITADOS

1) _____ 3) _____
 2) _____ 4) _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIOS	OBSERVAÇÃO	ASSINATURA
19/11/10			Trauma na perna, fratura aberta	

DESTINO DO PACIENTE: Alta Transferência Óbito

DATA SAÍDA: _____ HORA SAÍDA: _____

Motivo do Óbito: _____

Assinatura do Paciente ou Responsável:

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

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

Nome completo da vítima: JOSE AIRTON GOMES DE CASTRO Número do sinistro:

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

Data do acidente: 09/02/2011 Data do início do tratamento médico: 09/02/2011

Nome completo e CRM do médico: JOÃO BATISTA GOMES DA SILVA CRM 5155

Lesões resultantes do acidente: FRATURA DA MÃO D^{ta}

Dados resumidos dos tratamentos realizados (datas): TRATAMENTO CIRÚRGICO COM REDUÇÃO E FIXAÇÃO DE FRATURA DA MÃO D^{ta}.

Existe algum defeito físico ou doença pré-existente? () sim não

Com relação a invalidez pode-se concluir que:
() a invalidez é temporária portanto passível de recuperação significativa ou de cura.

a invalidez é permanente, ou seja, não há possibilidade de recuperação significativa ou de cura.

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (Especificar o seguimento ou órgão atingido)

SEGUIMENTO ANATOMICO OU ÓRGÃO AFETADO	
1º	<u>INCAPACIDADE FUNCIONAL DA MÃO D^{ta} 40%</u>
2º	<u>RIGIDEZ ARTICULAR NA MÃO D^{ta}</u>
3º	<u>DIMINUIÇÃO DA FORÇA DE PREENÇÃO</u>
4º	
5º	

Afirmo que assisti e/ou avalei a vítima no período de 09/02/2011 a 09/02/2012
E que as respostas acima, são completas e verdadeiras.

João Batista Gomes da Silva Data 09/02/12
Local Assinatura e Carimbo

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS MÉDICOS RELATIVOS AO ACIDENTE

Local _____ Data 1/1 Jose Airtton Gomes de Castro
Assinatura da vítima



REGDATA
Reguladora de Seguros

[Home](#) | [Quem Somos](#) | [Hospitais](#) | [Seguradoras](#) | [DPVAT](#) | [Dívidas](#) | [Documentos](#) | [Formulários](#) | [Contatos](#)

[Processos](#) | [Cadastro](#) | [Andamento](#) | [Consulta por nome](#) | [Usuário](#)

Andamentos

Nº. do Processo: Nº. do Sinistro:

Processo 12406- Sinistro 2012/108804- Natureza Invalidez- Vítima Jose Airton Gomes de Castro.

Data	Andamento	Usuário
16/02/2012 11:17:27	Processo incluído com sucesso	Jose Wilson Gomes Farias
29/02/2012 15:17:00	Status do processo alterado para Cadastrado	Ana Gleicy Nogueira Vasconcelos
09/03/2012 15:29:10	Status do processo alterado para Pronto para Remessa	Luciana Ferreira Fiuza
09/03/2012 15:30:48	Criação de remessa para o processo: Recall	Luciana Ferreira Fiuza
09/03/2012 15:31:26	Status do processo alterado para Remessa Enviada	Luciana Ferreira Fiuza
09/03/2012 16:03:30	Recebimento de remessa. Status do processo alterado para Remessa Recebida	Juliana Niero Serra Farias
19/03/2012 10:28:22	Pagamento previsto para 21/03/2012 no valor de R\$ 2.362,50. Banco: 237 / Ag.: 01379-0 / Conta: 1010092-5	Luciana Ribeiro Agra Martins de Sá
19/03/2012 10:50:10	Status do processo alterado para Concluído e Pago	Luciana Ribeiro Agra Martins de Sá

Av. Rio Branco, 245, 17º Andar - Salas 1704 e 1705 - CEP 20040-009 - Rio de Janeiro - RJ