



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Antonio Cassemiro Gomes Neto</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>9008970090-1</u>	
CPF nº: <u>068.419.393-04</u>	Residência: <u>Rua poro juca, n: 523</u>		
Bairro: <u>Dom Baima</u>	Cidade: <u>Quixadá</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>63.900-085</u>

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 Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

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, 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), 29 de junho de 20 19.

Antonio Cassemiro Gomes Neto
outorgante

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA**

Eu, Antonio Cassemiro Gomes Neto, brasileiro(a),
solteiro, autônomo, portador da Carteira de Identidade/RG nº
9008270090-1 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 068.419.393-01
residente e domiciliado na cidade de Quixadá, estado de
Ceará, na Rua José Juca, nº 523,
Lim Beirado, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários
advocaticios 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), 29 de janeiro de 20 19.Antonio Cassemiro Gomes Neto

Declarante

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**DECLARAÇÃO**Eu, Antonio Cassemiro Gomes Neto,Brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador da cédula de Identidade Nº9008270090-1E CPF Nº 068.419.393-01,

capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:

Rua José Juca, n.º 523, Sem Bairro.na Cidade de Guixadá, Estado Ceará, CEP63.900-085, 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, 29, de janho, de 2019.Antonio Cassemiro Gomes Neto

DECLARANTE

ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL POLÍCIA RONDANTE DO ESTADO DO CEARÁ COORDENADORIA GERAL DE CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DE DOCUMENTOS	
 Polegar Direito	
ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO	
2008270090 - 1	
23/07/2012	
NOME ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO	
FILIAÇÃO ANTONIO PINTO VENTURA	
MARTA JOSÉ PINHEIRO GOMES	
NATURALIDADE MARACANAÚ - CE	
DATA DE NASCIMENTO 06/06/1997	
DOL. ORIGIN	
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: MARACANAÚ TERMO: 58.629 FOLHA: 136V	
LIVRO: A-50 MARACANAÚ - CE	
068.419.393-01	
P: 3	

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 203 - 76 / 2016**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **14/01/2016 11:42:10**
 Data / Hora da Ocorrência : **08/01/2016 16:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **CE 060**

BAU GUAÍUBA / CE

Ponto de Referência:

**Dados do(s) Veículo(s)**

TIPO: AUTOMOVEI MARCA: **RENAULT/SANDERO PRI 16HP**
 PLACA: **OID0779** MUNICÍPIO / UF: **FORTALEZA / CE**
 MODELO/FABRICAÇÃO: **2013/2012** COR: **CINZA**
 RENAVAM: **493796118** CHASSI: **93YBSR86HDJ457891**
 SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO PROPRIETÁRIO: PAULINO MARTINS DE ANDRADE NETO ME**
 ENVOLVIMENTO: **ENVOLVIDO**

Histórico

INFORMA A DECLARANTE, NOS TERMOS DO ARTIGO 340 DO CPB, QUE NO DIA E HORARIO MENCIONADOS SEGUIA DIRIGINDO O CARRO SUPRADITO, NO SENTIDO NORTE X SUL, ESTANDO AO SEU LADO NO BANCO DO PASSAGEIRO SUA GENITORA, NOELIA PINHEIRO GOMES, E NO BANCO TRASEIRO SEU FILHO ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO, DE 18 ANOS DE IDADE, QUANDO CARRO TIPO MERCEDES BENZ PLACA HVN9791 FAZENDO-A SAIR DA PISTA DE ROLAMENTO, CAINDO NO ATERRO, SOFRENDO A DECLARANTE LESÃO NO PEITO E COXA DIREITA E CABEÇA, SUA GENITORA NO PEITO E BARRIGA E SEU FILHO, LESAO NO FEMUR ESQUERDO, OS QUAIS SOCORRIDOS PELO SAMU PARA OHSPITAL DESTA CIDADE, DAQUI TRANSFERIDOS PARA O IIF...

Noticiante(s)

Nome : **MARIA JOSE PINHEIRO GOMES**
 Endereço : **AV B - CONDOMINIO MORADA DAS PETALAS 435**
 Bairro : **JEREISSATI 3**
 Município/UF : **PACATUBA CE BRASIL** Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE GUAÍUBA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JUARez NOGUEIRA DA GRACA JUNIOR - MAT.: 028161-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO :

Maria Jose Pinheiro Gomes

VISTO DO DELEGADO(A) :

AUGUSTO HERMES VERAS DOS REIS - MAT.: 1269041X





Esta é a segunda via de
OUT/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
9365036 DV **1**

VENCIMENTO
15/11/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
259,87

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **547387705**

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | 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 19 028000 04 0166000 Medidor Poste
Nome DALLYA KELLY DA SILVA MELO 1341546 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade RUA JOSE JUCA 00523 SEM BAIRRO QUIXADA 63900085
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 071.942.353-82 CGF

Classe B1 - 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 172 9889 1 283 0 283

DESCRIÇÃO DA CONTA

ENERGIA
CONSUMO 283 0,83300 235,73

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA 2,68
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 21,46
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 21,72)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação 27/10/2018
Prev. Próxima
Leitura 27/11/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B76E.0646.F56E.2B6D.7DC0.1CA1.BF53.EC92

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 235,73 Aliquota 27% Valor do Imposto 63,64

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 83,93
TRANSMISSÃO 8,95
DISTRIBUIÇÃO 47,82
ENCARGOS SETORIAIS 12,82
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 82,21

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

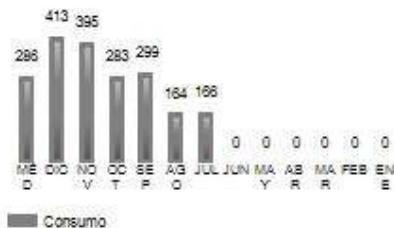
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 39,26

Conjunto QUIXADA

Mês AGO/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,03			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **9365036-1** Nº da Nota Fiscal: **547387705** Total a Pagar (R\$): **259,87**
Data de Emissão: **28/01/2019** Referência: **OUT/2018** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e a requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO**, portador do RG Nº 2008270090-1 e inscrito no CPF sob o Nº 068.419.393-01, no dia 8/01/2016 às 16h04min, no município de GUAÍUBA – CE, na CE 060. Paciente vítima de capotamento, onde o mesmo foi encaminhado para o **Hospital Municipal de Guaiuba**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 09 de junho de 2016

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061
E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br
Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797



HOSPITAL MUNICIPAL DOM ALOÍSIO LORSCHIEDER
RUA DELINA CABRAL S/N
Convênios: SIH / SUS - INAMPS

H-
17:45

SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO

PACIENTE: Antonio Cassimiro Gomes Neto
DOCUMENTO: _____ Nº _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ IDADE: 48
SEXO: M() F() NATURALIDADE: _____ ESTADO CIVIL: _____
PAI: _____
MÃE: Maria Jose pinheiro Gomes.
ENDEREÇO: R. Condominio da petalas BAIRRO: percatuba
AGENTE DE SAÚDE: _____
RESPONSÁVEL: _____
DATA DO ATENDIMENTO: 08/01/16 SG. SAME: _____

SINAIS VITAIS:

TEMPERATURA: _____ °C PULSO: _____ bpm RESPIRAÇÃO: _____ rpm P.A: _____ X _____ mm/Hg
PESO: _____ Kg ESTATURA: _____ cm

ANAMNESE:

QP:
HDA:

Paciente vítima de acidente automobilístico, trazido pelo SAMU consciente e orientado, cf fratura em MIE. verificada pt anteroposterior e lateralização dele.

EXAME FÍSICO:

DIAGNÓSTICO MÉDICO:

PRESCRIÇÃO MÉDICA	APRAZAMENTO
① SKL 500ml EV	> 18:00
② SF 09% 500ml EV.	
③ Sumif (2.8) AD EV.	

Dr. Jairo Fonseca
CREMEX 13.492

RÚBRICA
AS 17:45 P. e A.
acidente automobilístico
transportado para
Hospital Angélica
para realização de
exame físico e
plano de tratamento

PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAÍUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL MUNICIPAL DOM ALOÍSIO LORSCHIEDER

DECLARAÇÃO

Guaiuba, 15 de Janeiro de 2016.

Declaro para os devidos fins, ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO nascido em 06/06/1997, filho de Antonio Pinto Ventura e Maria José Pinheiro Gomes deu entrada nesta Unidade Hospitalar dia 08/01/2016 para atendimento médico emergencial. Segue em anexo cópia do Serviço de Pronto Atendimento.

Sem mais para o momento,


Angela Cristina F. Rios
Direção Geral



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 22/06/2016 10:33:31

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 08/01/2016 20:37:59	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 706402612579184	NOME: ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO			Registro: 5419693			
CPF: 06841939301	RG:	D. NASC: 06/06/1997	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: MARIA JOSE PINHEIRO GOMES			NOME DO PAI: ANTONIO PINTO VENTURA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ALUISIO AZEVEDO		Nº: 830	BAIRRO: JOQUEI CLUBE			
COMPLEMENTO: APART 103	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60510075			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: SAMU USB 37 GUAIUBA CONDUTOR-FERNANDO		PARENTESCO: VANIATIA		TELEFONE: 985590455			
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 automóvel / microônibus (acidente de carro), Ocupante de um auto traumatizado em acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda					
QUEIXAS: CAPOTAMENTO DE CARRO COM TRAUMA EM MIE E CEFALEIA							
OBSERVAÇÕES: SAMU							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO					
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							

Anamnese e Exame Físico:

SERVIÇO DE PROTOCOLO - IJF
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 22/06/2016
MATRÍCULA 13846
JOSE URBANO DA MOTA COELHO
SERVIDOR(A)

Cod: 12600027178

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA		2 - CNES: 252919	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: PSA		4 - CNES:	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE: ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO		15897	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 4016402612579184		8 - DATA NASCIMENTO: 06/06/1997	
9 - SEXO: ☒ Masc ☐ Fem		10 - RAÇA/COR	
11 - NOME DA MÃE/ PAI:/: MAIA JOSE PINHEIRO GOMES		12 - TELEFONE DE CONTATO: (88) 99709834	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: N.I		14 - TELEFONE DE CONTATO:	
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): ALUISIO AZEVEDO 830 JOQUEI CLUBE			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO:	
18 - UF: CE		60510	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA FEMUR E , NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO+RX			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL FX. FEMUR		24 - CID 10 PRINCIPAL: 5723	
25 - CID10 SECUNDÁRIO:		26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:	
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CIRÚRGICO		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050519	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: CIRÚRGICO	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	
32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:		33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITADA	
34 - DATA SOLICITAÇÃO: 10/01/2016			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:	40 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBO:
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO			
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:	
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 1 / 1		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):	
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:			

Medico: **Dr. et al**
Leito: **682**
Registrante: **Aniliana**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 16:01, sob o número 0113539352019060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113539-35.2019.8.06.0001 e código 44BF38D.



REGISTRO DE ATENDIMENTO

☐ URGÊNCIA / EMERGÊNCIA☐ AMBULATÓRIO☒ INTERNAÇÃO

ATENDIMENTO

Dia	Mês	Ano	Hora
10	01	2016	17:49

027X

☐ 1º Atendimento☐ Retorno

Registro Nº 1600013

Prontuário Nº 0015897

15.01

HOSPITAL PSA - DATA: 10/01/2016 - HORA: 17:49

NOME: ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO

CONVENIO: SUS

MEDICO: ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO

ATEND.: 16000113 - PRONT.: 00158977

fls. 30

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 16:01, sob o número 01135393620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113539-35.2019.8.06.0001 e código 44BF38D.

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE		PROCEDÊNCIA		PROFISSÃO		DATA NASCIMENTO	
PACIENTE ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO		IJF		ESTUDANTE		06/06/1997	
SEXO ☒ MASC ☐ FEM		NATURALIDADE/NACIONALIDADE MARACANAÚ		ESTADO CIVIL Solteiro(a)		DOCUMENTO DE IDENTIDADE Iden 200827	
ENDEREÇO RUA ALUISIO AZEVEDO, 830 - 85997296131		BAIRRO JOQUEI CLUBE		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
PAI ANTONIO PINTO VENTURA		MÃE MARIA JOSE PINHEIRO GOMES		PARENTESCO 60.510-075		TELEFONE	
ACOMPANHANTE						TELEFONE	
CONVENIO SUS				CARTEIRA Nº			
SEGURADO							
MÉDICO SOLICITANTE MARIANA SANCHO DE MACEDO		MÉDICO RESPONSÁVEL ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO					
POSTO CLÍNICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		Nº DO LITO 0682		REGISTRANTE GIULIANE			
DIAGNÓSTICO S723 - Frat da diafise do femur							
PROCEDIMENTO SOLICITADO 0408050519 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR						PERMANÊNCIA MÍNIMA	
CONDIÇÕES DO PACIENTE							
MÉDICO SOLICITANTE <i>Paciente com fratura em femur (E) solicitando o tratamento cirurgico</i>							
IMAGEM LABORATÓRIO(PEDIDO DE EXAMES)							
MÉDICO RESPONSÁVEL <i>Fratura femur (R)</i>							
DADOS DA ALTA							
CID PRIMÁRIO / CID SECUNDÁRIO S723		PROCEDIMENTO SISREG 0408050519		Dr. Antonio Valterno N. Pinheiro CPF: 289492633-49 CRM: 6193		PROCEDIMENTO REALIZADO 0408050	
MOTIVO DA ALTA ☒ MELHORADO ☐ TRANSFERIDO ☐ A REVELIA ☐ APEDIDO ☐ OBITO						DATA 10/01/16	

Maria José Pinheiro Gomes
ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL



Boletim de Descrição Cirúrgica

13.01.19

 Prontuario 158.977 Leito: 682
 ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO

Diagnóstico Pré-Operatório:	Furto do fêmur h		Código:	000050118
Operação/Procedimento:	Ovario h		Assepsia/antisepsia	☒
Diagnóstico Pós-Operatório:			Aposição de campos estéreis	☒
Cirurgião:	Valterio Pinheiro		EXAMES RADIOLOGICO TRANSOPERATORIO:	☒ Sim ☐ Não
Auxiliar 1:	Ortopedia - Traumatologia CRM 6793		EXAME HISTOPATOLOGICO:	☐ Solicitado ☒ Não Solicitado
Auxiliar 2:	Ortopedia - Traumatologia CRM 6793		Envio do Laboratório	☐ Solicitado ☒ Não Solicitado
Anestesiologista:	Dr. José Fernandes Eutraso CRM 426.883-87		Entrega à Família	☐ Solicitado ☒ Não Solicitado
Antibiótico/terapia:	Cirurgia:	Ortopedia - Traumatologia CRM 6793		
☐ Profilático	☐ Limpa			
☐ Terapêutico	☐ Contaminada			
☐ Pré-Operatório	☐ Infectada			
☐ Transoperatório	☐ Potencialmente contaminada			
☐ Não				
Antibióticos Utilizados:	Dreno/Localização:			

Descrição da Operação
1) Retirada do fêmur h
2) Lavagem da ferida
3) Anestesia local
4) Anestesia geral
5) Anestesia regional
6) Anestesia tópica
7) Anestesia intravenosa
8) Anestesia inalatória
9) Anestesia intratecal
10) Anestesia intracavitária
11) Anestesia intracraniana
12) Anestesia intracelular
13) Anestesia intracelular
14) Anestesia intracelular
15) Anestesia intracelular
16) Anestesia intracelular
17) Anestesia intracelular
18) Anestesia intracelular
19) Anestesia intracelular
20) Anestesia intracelular
21) Anestesia intracelular
22) Anestesia intracelular
23) Anestesia intracelular
24) Anestesia intracelular
25) Anestesia intracelular
26) Anestesia intracelular
27) Anestesia intracelular
28) Anestesia intracelular
29) Anestesia intracelular
30) Anestesia intracelular
31) Anestesia intracelular
32) Anestesia intracelular
33) Anestesia intracelular
34) Anestesia intracelular
35) Anestesia intracelular
36) Anestesia intracelular
37) Anestesia intracelular
38) Anestesia intracelular
39) Anestesia intracelular
40) Anestesia intracelular
41) Anestesia intracelular
42) Anestesia intracelular
43) Anestesia intracelular
44) Anestesia intracelular
45) Anestesia intracelular
46) Anestesia intracelular
47) Anestesia intracelular
48) Anestesia intracelular
49) Anestesia intracelular
50) Anestesia intracelular
51) Anestesia intracelular
52) Anestesia intracelular
53) Anestesia intracelular
54) Anestesia intracelular
55) Anestesia intracelular
56) Anestesia intracelular
57) Anestesia intracelular
58) Anestesia intracelular
59) Anestesia intracelular
60) Anestesia intracelular
61) Anestesia intracelular
62) Anestesia intracelular
63) Anestesia intracelular
64) Anestesia intracelular
65) Anestesia intracelular
66) Anestesia intracelular
67) Anestesia intracelular
68) Anestesia intracelular
69) Anestesia intracelular
70) Anestesia intracelular
71) Anestesia intracelular
72) Anestesia intracelular
73) Anestesia intracelular
74) Anestesia intracelular
75) Anestesia intracelular
76) Anestesia intracelular
77) Anestesia intracelular
78) Anestesia intracelular
79) Anestesia intracelular
80) Anestesia intracelular
81) Anestesia intracelular
82) Anestesia intracelular
83) Anestesia intracelular
84) Anestesia intracelular
85) Anestesia intracelular
86) Anestesia intracelular
87) Anestesia intracelular
88) Anestesia intracelular
89) Anestesia intracelular
90) Anestesia intracelular
91) Anestesia intracelular
92) Anestesia intracelular
93) Anestesia intracelular
94) Anestesia intracelular
95) Anestesia intracelular
96) Anestesia intracelular
97) Anestesia intracelular
98) Anestesia intracelular
99) Anestesia intracelular
100) Anestesia intracelular

Assinatura do cirurgião/CRM



Av. Desembargador Moreira, 2283, Dionísio Torres, CEP 60170-002
Fortaleza-Ce Tel. 3244 - 2144 Fax 3224-7225

PRESCRIÇÃO MÉDICA/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 08/01/19		Paciente: ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO		Leito: 682		Prontuário: 158.977		
Item	Prescrição Médica	Horário	hora	PA(mmHg)	T(°C)	FC(bpm)	FR(lpm)	Visto
1	Dato eivm	5ND	8h					
2	Dipnosa 2:30, eu, 6/6u 5u	19:35	15h					
3	Dipnosa 01 ap VO 8u	19:06	22h	130/90	36.9			
4	obv + ecag	Rafina	Horário	6 horas	11 horas	17 horas	21 horas	
			Glicemia					
			Evolução de Enfermagem:					
			19:00 pte admitido para					
			litúrgico com Dr. Valente					
			100/86/92					

[Assinatura]
Dr. Cassimiro Gomes Neto
CRM 15.000

[Assinatura]
Rafina
CRM 15.000

PREScrição Médica/ EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

11/01/16	Paciente: ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO	Leito: 682	Prontuário: 158.977
Prescrição Médica			
8h	Horário	Hora	PA(mmHg)
15h	8h	130x80	36,4
22h	15h	120x80	36,3
	22h	120/80	36,8
	Horário	6 horas	11 horas
	Glicemia		
	17 horas	21 horas	
Evolução de Enfermagem:			
MTI pte consciente, quem tudo relatou no livro de enfermagem. Segue em observação. segue em observação. pte. consciente, tudo relatado, tudo relatado. aceita dieta líquida, não apresenta náuseas, vomito, diarreia. segue em observação. Assinado: <i>[Assinatura]</i> Téc. de Enfermagem COREN 198417			

[Assinatura]
Valelme Dinheira
CREF 3193

[Assinatura]
Denise Maciel Moreira
Gerente de Enfermagem
COREN-352.950

Prontuario: 458.977

Mr. T

1021865



AV. Desembargador Moreira, 4283, Distrito Torres, CEP: 60110-000
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 16/11/16 Paciente: Antenor Pessinho Gomes Neto Leito: 682 Prontuário: 158977

Item Prescrição Médica Horário Hora PA(mmHg) T(°C) FC(bpm) FR(lpm) Visto

1) Medicação para dor 8h 120/60 36,3 2

2) Ex Op. Jooouuuu (6:00) (16:00) 15h 22h 120/80 36 - - 8

3) Pneu de 18V 7m 22h 120/80 36 - - 8

4) V. 7m 22h 120/80 36 - - 8

Mariana de Fátima
Enfermeira
COREN-CE 2001

Agendando cirurgia de abdome. 14/11/16

5) Med. para dor 120/80 36 - - 8

6) Med. para dor 120/80 36 - - 8

Dr. de Enfermagem
COREN 158977

7) Med. para dor 120/80 36 - - 8

8) Med. para dor 120/80 36 - - 8

9) Med. para dor 120/80 36 - - 8

10) Med. para dor 120/80 36 - - 8

Dr. Daniel Camilo da
Macedo
CRM 6193

Carolina Gomes
Enfermeira
COREN 158977

Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244-2144

58.977

V _{stc}	
$\frac{V}{T}$	

7

Def. complete, orientable
derivable, equivalent analysis.
No, multi-endo, deriv
derivable — 3585-16
polymer

noturno: pte. consciente
gravado, vnts. d'gua, p'que
em repouso — 1021865

--	--

--	--

96

36500

Formulário de Prescrição 01.doc



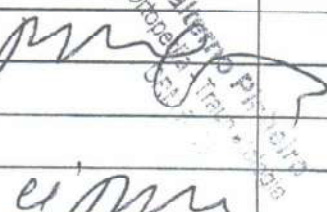
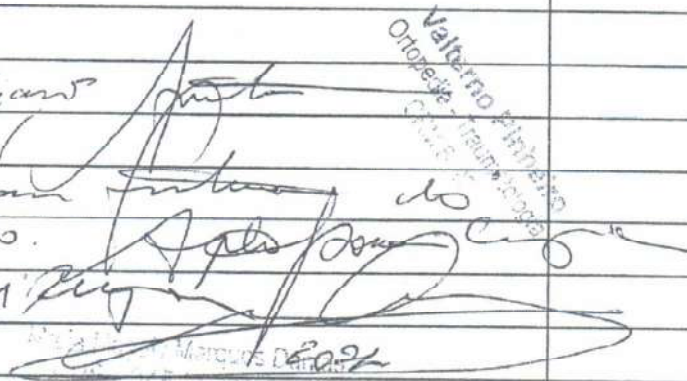
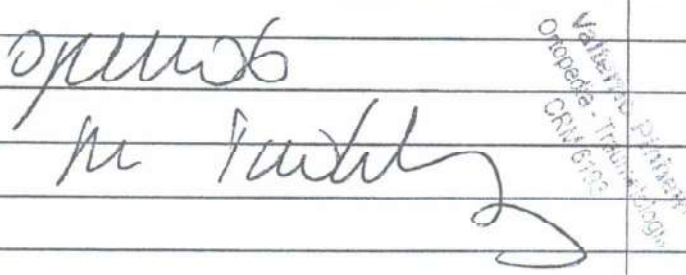
AV. Lemos de Azevedo, 1.111 - Vila do Sol, Fortaleza - CE, 60.000-000
Fortaleza-CE. PABX: (85) 3244.2144

PRESCRIÇÃO MÉDICA / EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Data: 25/01/16	Paciente: Jm ^{to} - Cassiano Gomes Neto	Leito: 682	Prontuário: 158973
Item	Prescrição Médica	Horário	Leito: 682
1. Dieta Geral		8h	12x70 36,4°
2. Diclofenaco 50mg VO 8/8h		15h	110x80 36,3°
3. Dipirona 500mg VO 6/6h SN		22h	120x80 36°
4. Omeprazol 20mg VO 24/24h		Horário	6 horas 11 horas 17 horas 21 hora
5. Heparina Sódica 5000UI 24/24h			
6. SSW			
Evolução de Enfermagem: MT: part. consciente, GI - enlago, operado, dormado, machim, curativo e utra - dila da de dila realçado - dila acitor, segue em O&S. - ptu encontrando de ptu - hospitalar - notu. pt comiente, gu - alibul deita dila - devenuoos, segue em - hospitalar - pt aqui de dila - patolan as 24:40.			

Formulário de Prescrição
Rec. Enfermagem
CORR. ACE 2014



Paciente: ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO		Idade: 8
Diagnóstico:		
Evolução/ Parecer		Assinatura
10/01/16 Acute com fratura em fêmur e desquite de acidente automobilístico, mes- sistado de tratamento cirúrgico. Usga dução. Nega comorbidades DEB supnica, lidnolob # é: 1) Internação hospitalar.		
11/01/16 Alt (quido e pnr)		 Dr. Marcos Antonio de Menezes CRM 15.800 Ortopedia - Traumatologia
14/01/16 Alt (quido e pnr)		 Dr. Valterio Pinheiro CRM 6702 Ortopedia - Traumatologia
12/01/16 Acute com fratura de fêmur desquite de acidente automobilístico. Usga dução. Nega comorbidades DEB supnica, lidnolob # é: 1) Internação hospitalar.		 Dr. Valterio Pinheiro CRM 6702 Ortopedia - Traumatologia
13/01/16 Alt (quido e pnr) m fêmur		 Dr. Valterio Pinheiro CRM 6702 Ortopedia - Traumatologia

Idade 18

Diagnóstico:

Evolução/ Parecer	Assinatura
14/01/16 Rit. Gm 1º grau em 1º grau	Valterio Pinheiro Ortopedia - Traumatologia CRM 6193
15/01/16. Atto 1º grau	Valterio Pinheiro Ortopedia - Traumatologia CRM 6193

1ª Via Retenção Da Farmácia 2ª Via Orientação ao Paciente

EMISSOR DO EMITENTE

Dr. Angelo Roncatti M. Alves
CRM-CE 10.713

Isébio de Souza, 375 José
0050-110 - Tel.: 3311.8060
UF: Ceará

- CRM 3616

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Angelo Roncatti M. Alves
CRM-CE 10.713

Uso Medicinal - 853

uso clínico, transverso

200 mg - 200 mg

116

EMISSOR DO COMPRADOR

a. Perfeito

126308 Emissor: 35P.2E

Mário Augusto

UF: CE

390455

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Dr. Angelo Roncatti M. Alves
CRM-CE 10.713

Assinatura do Farmacêutico

Data 1/1

NOME:

Isébio de Souza

custas de

1575 77115

1475 77115

01/03/16

Angelo Roncatti M. Alves
CRM-CE 10.713

Data

Assinatura e carimbo do Médico

PRONTO SOCCORRO DE ACIDENTALIDADE



PRONTO SOCCORRO DE ACCIDENTES

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo	<u>Anaído ALVES DE Figueira CRM 61103</u>
CONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA. R. Desembargador Moreira, 2283 - Tel. 32442144 Lionisio Torres - CEP 60170-002 - Fortaleza - Ceará	
Paciente:	<u>Doutor Lourenço Bezerra Neto</u>
Idereço:	<u>R. Fátima Moura 830</u>
Cidade:	<u>Fernandópolis</u>
UF:	<u>CE</u>
Assinatura:	<u>[Assinatura]</u>
Identificação do Comprador	<u>[Assinatura]</u>
Identificação do Fornecedor	<u>[Assinatura]</u>
Assinatura do Farmacêutico Data	<u>[Assinatura] / /</u>



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO deu entrada neste Hospital no dia 10/01/16. Prontuário N.º 158.977 aos cuidados médicos do DR. ANTONIO VALTERNO NOGUEIRA PINHEIRO, internado com laudo médico de FRATURA DO FEMUR ESQUERDO CID S 72.3 submetido a tratamento cirúrgico, recebeu alta hospitalar dia 15/01/16. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 120 dias.

Fortaleza, 19 de janeiro de 2016.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

LAYANNE SARAIVA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Valterno Pinheiro
Ortopedista - Traumatologista
CRM 6193

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA
CNPJ 07.272.297/0001-93
Layanne Saraiva
MAT. 22.215 - REGULAR SAME

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Alfonso Cossim de Sousa Neto

vítima de acidente de trânsito, em 01/01/2016, sofreu:

*Fratura do fêmur esquerdo
C17 - S + 2.3*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Cirurgia
osteossintese, redução, fixação
e fisioterapia*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Cirurgia no caso de fratura
de fêmur esquerdo e no membro
inferior esquerdo
movimento de flexão e
extensão da articulação
com auxílio fis.
Dificuldade de deambulação
sem auxílio de bastão
moderado com com
propriedades funcionais.*

1/1
20/01/2016

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida

CRM - 4411

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

RECEITA DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via Retenção Da Farmácia 2ª Via Orientação ao Paciente

EMISSOR

Dr. Angelo Roncally M. Alves
CRM-CE 10.713

Isébio de Souza, 375 José
3050-110 - Tel.: 3311.6060
UF: Ceará

CRM 3616

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Dr. Angelo Roncally M. Alves
CRM-CE 10.713

PAÇO DO COMPRADOR

a. P. M. M.

126308g. Emissor: 55PCE

Mo. 110 Aguardo

p. 103 UF: CE

390455

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Dr. Angelo Roncally M. Alves
CRM-CE 10.713

NOME:

Isébio de Souza

custas de

de 15 pontos /

15 pontos

116

21/03/16

0805

Data

Assinatura e carimbo do Médico

Dr. Angelo Roncally M. Alves
CRM-CE 10.713

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Mário D
CRM: 10443

DE ACIDENTADOS LTDA.
Moreira, 2283 - Tel. 32442144
P 60170-002 - Fortaleza - Ceará

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome: Mário D
CRM: 10443

DE ACIDENTADOS LTDA.
Moreira, 2283 - Tel. 32442144
P 60170-002 - Fortaleza - Ceará

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____
Or. Emissor: _____
UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____ DATA: ____/____/____



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Mário D
CRM: 10443

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA.
P. Desembargador Moreira, 2283 - Tel. 32442144
Ionísio Torres - CEP 60170-002 - Fortaleza - Ceará

1ª VIA FARMÁCIA
2ª VIA PACIENTE

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Mário D
CRM: 10443

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS LTDA.
P. Desembargador Moreira, 2283 - Tel. 32442144
Ionísio Torres - CEP 60170-002 - Fortaleza - Ceará

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: _____
Or. Emissor: _____
UF: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico: _____ DATA: ____/____/____

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

FUNDACAO ANA LIMA - HOSPITAL ANA LIMA

Posto:

Leito: /

21/03/2017 13:17

Paciente: ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO Atendimento: 41861509 Prontuário: 13723313 Convênio: HAPVIDA

Profissional(is): Nº: 09696319 21/03/2017 às 12:24

Queixa Principal

19A. DOR COXA ESQ SEQUELA DE FRATURA FEMUR 01/2016

[1]

CID10

R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS

[1]

Hipótese Diagnóstica

CID10

R68 OUTR SINT E SINAIS GERAIS

[1]

[Handwritten signature]

Hapvida

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL / SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SPISADT Nº 4 1447852

AMS - nº 36 825-1

1 - Nome do paciente: **Wesley de Souza**

2 - Data de nascimento: **12/05/1991**

3 - Sexo: **M**

4 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

5 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

6 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

7 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

8 - Nome do profissional: **Wesley de Souza**

9 - Data de nascimento: **12/05/1991**

10 - Sexo: **M**

11 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

12 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

13 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

14 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

15 - Nome do paciente: **Wesley de Souza**

16 - Data de nascimento: **12/05/1991**

17 - Sexo: **M**

18 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

19 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

20 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

21 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

22 - Nome do paciente: **Wesley de Souza**

23 - Data de nascimento: **12/05/1991**

24 - Sexo: **M**

25 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

26 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

27 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

28 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

29 - Nome do paciente: **Wesley de Souza**

30 - Data de nascimento: **12/05/1991**

31 - Sexo: **M**

32 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

33 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

34 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

35 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

36 - Nome do paciente: **Wesley de Souza**

37 - Data de nascimento: **12/05/1991**

38 - Sexo: **M**

39 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

40 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

41 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

42 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

43 - Nome do paciente: **Wesley de Souza**

44 - Data de nascimento: **12/05/1991**

45 - Sexo: **M**

46 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

47 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

48 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

49 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

50 - Nome do paciente: **Wesley de Souza**

51 - Data de nascimento: **12/05/1991**

52 - Sexo: **M**

53 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

54 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

55 - Data de emissão da guia: **12/05/2019**

56 - Data de validade da guia: **12/05/2019**

COD 88025 - 12 000 BLS - 5071 - DE - 80 971 001 8 41 571 000 - 07/17

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 16:01, sob o número 01135393520198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 01135393-35.2019.8.06.0001 e código 44BF391.

Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113539-35.2019.8.06.0001 e código 44BF391. Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 16:01, sob o número 01135393520198060001.

[illegible]

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNÓSTICO E TERAPIA - SP/ISADT Nº 27818569

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 25/02/2019 às 16:01, sob o número 011353935201906060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0113539-35.2019.8.06.0001 e código 44BF391.

DADOS DO BENEFICIÁRIO
CNS Nº 36223

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE

1. Nome do Contratado
2. Nome do Contratado

3. Nome do Contratado
4. Nome do Contratado

5. Nome do Contratado
6. Nome do Contratado

7. Nome do Contratado
8. Nome do Contratado

9. Nome do Contratado
10. Nome do Contratado

11. Nome do Contratado
12. Nome do Contratado

13. Nome do Contratado
14. Nome do Contratado

15. Nome do Contratado
16. Nome do Contratado

17. Nome do Contratado
18. Nome do Contratado

19. Nome do Contratado
20. Nome do Contratado

21. Nome do Contratado
22. Nome do Contratado

23. Nome do Contratado
24. Nome do Contratado

25. Nome do Contratado
26. Nome do Contratado

27. Nome do Contratado
28. Nome do Contratado

29. Nome do Contratado
30. Nome do Contratado

31. Nome do Contratado
32. Nome do Contratado

33. Nome do Contratado
34. Nome do Contratado

35. Nome do Contratado
36. Nome do Contratado

37. Nome do Contratado
38. Nome do Contratado

39. Nome do Contratado
40. Nome do Contratado

41. Nome do Contratado
42. Nome do Contratado

43. Nome do Contratado
44. Nome do Contratado

45. Nome do Contratado
46. Nome do Contratado

47. Nome do Contratado
48. Nome do Contratado

49. Nome do Contratado
50. Nome do Contratado

51. Nome do Contratado
52. Nome do Contratado

fls. 51

CLÍNICA DE ATENDIMENTO DE PACIENTES
19151 VIDA IMAGEM FORTAL
135501 TOMOGRAFIA - RLF

ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO

fls. 52

Pedido: 19182118
Data do Pedido: 20/03/17
Data / Hora: 20/03/17 09:54:13

Exame: 41628932 Data: 20/03/2017
Paciente: 13723313 ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO
Data de Nascimento: 06/06/1997 Telefone: 97851740
Endereço: R 27 135 JEREISSATI CEP: 61000-000
Sintoma: DOR NA COLUNA LOMBAR TCE CEFALÉIA

Operador: BCOELHO
Idade: 19 ano(s) Sexo: M

Qualificação: HAPVITA
Número de Ficha: 99964000001010025

Paciente: EXTERNO
Motivo: ELETIVO

Exames Solicitados	Guia	Medico Solicitante	Senha	Qt	VI Unit	VI Total
--------------------	------	--------------------	-------	----	---------	----------

191505 TC CRANIO/ORBITAS, SELA TURICA

27836186 VICTOR MONTE TENOR C30113737 1 0.00 0.00



4162893212

24031033 TC COLUNA CERVICAL, DORSAL

27836186 VICTOR MONTE TENOR C28220981 1 0.00 0.00



4162893211

Quantidade Total de Exames Solicita 2 Valor Total de Exames Solicitados: 0.00

Telefone: 051 33112169

Atenção: 09h

ENTREGA DE RESULTADOS APOS 01 DIA ÚTIL, DE 2ª A 6ª DAS 09:00 AS 16:30h COM APRESENTAÇÃO DESTA FICHA OU DOCUMENTO DO USUÁRIO (CARTEIRA DO PLANO OU RG)

R7520R

FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA

ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20

RELATÓRIO MÉDICO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Antônio Cassimiro Gomes Neto

vítima de acidente de trânsito, em 08/01/2016, sofreu:

*Fratura do fêmur esquerda
CID - S42.3*

e submeteu-se a tratamento(s):

*cirurgia - osteossíntese mediana
e fixação do fêmur
fisioterapia.*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*circunferência no cotovelo esquerda
dor e desconforto no
membro, dificuldades
de locomoção, membros
claudicante. Fomeça muito
de um lado, não consegue
obedição. Não realiza movimentos
com força e precisão
compreendendo gravemente
prejuízo do*

23/03/2017

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
CREMEC 4411 /

Rua Guilherme Rocha, 1201 - Centro - Fortaleza - Ceará.

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: _____	
CRM: _____	UF: _____ Nº: _____
Endereço Completo e Telefone: _____	
Cidade: _____	UF: _____

1ª Via retenção da Farmácia ou Droguaria
2ª Via orientação ao Paciente

Dr. Antônio Carlos T. de Oliveira
Médico
CRM 4379

CARIMBO OU ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: *Dr. Antônio Carlos T. de Oliveira*

Endereço: *Av. B, 200, Cx. 211, Montanha*

Prescrição: *1/10 30
U1 qd 78h 7c*

Data: *21, 05, 14*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident: _____	Orgão Emissor: _____
End: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico _____	
Data: ____/____/____	

SINISTRO 3160657816 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência
S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** ANTONIO CASSIMIRO GOMES NETO**CPF/CNPJ:** 06841939301**Posição em 18-01-2019 10:47:27**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/12/2016	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50
04/05/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50