

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"
PARA CONCESSÃO DE SEGURO DPVAT

OUTORGANTES: ANTONIO JOSE GOMES, brasileiro, separado de fato, portador do documento de identidade RG nº 92002138133, inscrito no CPF sob o nº 514.361.083-49, residente e domiciliado à Sitio Pasta Branca - s/n, Zona rural- Jaguaruana-CE CEP 62.823-000.

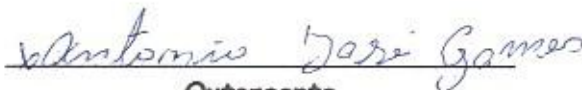
Pelo presente instrumento particular de procuração fica nomeado o procurador Dr. Kaio Rodrigo do Vale Pereira, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE n. 36.171, fones (88) 9.9808-0475, e-mail: kaiodovale.adv@gmail.com, Dr. Carlos Kauê do Vale Pereira, brasileiro, casado, inscrito na OAB/CE n. 36.172, fones (88) 9.9267-2530, e-mail: kauedovale_adv@hotmail.com, Dr. Josivaldo Wady Leite, brasileiro, casado, inscrito na OAB-CE n. 38.140, fone (88) 9.9696-4256, e-mail: george.wady@hotmail.com, todos com escritório profissional situado à Trav. José Roberto de Oliveira, n. 515, Bairro Centro, Jaguaruana-CE.

FINALIDADE: Representar o outorgante a fim de requerer a concessão de Seguro Obrigatório DPVAT, seja administrativa ou judicialmente.

PODERES: Os poderes contidos na cláusula "ad judícia", a fim de que, em conjunto ou separadamente, possa(m) realizar todos os atos que se fizerem necessários ao bom e fiel cumprimento deste mandato, inclusive promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, perante qualquer juízo, instância ou Tribunal, repartição pública e órgãos da administração pública, direta ou indireta, federal, estadual e municipal, autarquia ou entidade paraestatal, conferindo, também, poderes específicos para: receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com o disposto no art. 105 da Lei 13.105/2015, podendo substabelecer o presente com ou sem reserva de poderes se assim lhe convier, podendo administrativamente, defenderem meus interesses, especialmente perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao Seguro Obrigatório - DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre perícia médica e solicitar reagendamento.

Quanto aos honorários advocatícios, a OUTORGANTE, se compromete a pagar aos OUTORGADOS, a quantia equivalente a 30% (trinta por cento) do valor total que receber a título de indenização, além do ressarcimento das despesas que foram adiantadas pelos OUTORGADOS.

Nesta data, em 22/3/2019.


Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, **ANTONIO JOSE GOMES**, brasileiro, separado de fato, portador do documento de identidade RG nº 92002138133, inscrito no CPF sob o nº 514.361.083-49, residente e domiciliado à Sitio Pasta Branca - s/n, Zona rural- Jaguaruana-CE CEP 62.823-000, **declaro sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com os encargos processuais e honorários advocatícios sem afetar o meu sustento e o da minha família, nos termos do art. 98, caput, do CPC/2015.** Por isso requeiro a Vossa Excelência, a concessão dos benefícios da Justiça Gratuita, para o exercício de meus direitos e garantias fundamentais constitucionalmente assegurados.

Nesta data, em 22/3/2019.

Antonio Jose Gomes
Declarante



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 556090245
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
4841046 DV **2**

VENCIMENTO
02/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 22 024041 05 032000 Medidor 1997139 Poste 0000 A19W
Nome MARIA GOMES NOGUEIRA
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora ST PASTA BRANCA 00000 ST PASTA JAGUARUANA 62823000

RG / CPF / CNPJ 509.511.813-00 CGF
Classe B2 - 04-RURAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
5198	5145	1	53	0	53

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
02/01/2019	01/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

3FBB.E88C.3850.22BA.6715.7432.F0D2.32A2

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

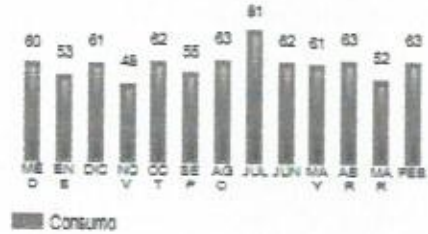
INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,04
Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			0,21		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo

OUTROS PAGAMENTOS
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO
MULTA MORATORIA

-19,77
0,53

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

N° do Cliente: 4841046-2 N° da Nota Fiscal: 556090245 Total a Pagar (R\$): 0,00
Data de Emissão: 24/01/2019 Referência: JAN/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011958314174
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 170509397 ENTRC 0000000000 EXERCÍCIO 2014

ANTONIO JOSE GOMES

JAGUARUANA/CE

51436108349

NRD4289

PLACA ANT/LIT *****/CE

CHASSI 9C2JC41209R019410

ESP. CIE. TIPO PRE/MOTOCICLO/NAO ABILTC

COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2009

ANO MOD 2009

CAP/POT/CL 2P/OCV/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA *****

VENC. COTA ÚNICA **/**/**

VENC./COTAS 1*****

FAIXA I PVA ***

PARCELAMENTO/COTAS *****

2*****

3*****

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 286.75

IOF (R\$) 1.11

PRÊMIO TOTAL (R\$) 292.01

DATA DE PAGAMENTO 23/12/2014

JAGUARUANA

Igor Rente

DETRAN-CE

DATA 04/05/2015

fls. 13
SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, APESAR DE TRANSPORTADAS OU NAO, SEGURO DPVAT

CE Nº 011958314174 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
51436108349 MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NRD4289
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 04/05/2015

VIA 01 CPF / CNPJ 51436108349

PLACA NRD4289

RENAVAM 170509397

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB 2009

CAT. TARE 09

Nº CHASSI 9C2JC41209R019410

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129.04

DENATRAN (R\$) 14.34

CUSTO DO SEGURO 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15

IOF (R\$) 1.11

TOTAL A SER PAGO SEGURO 292.01

☒ COTA ÚNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO 23/12/2014

PROPRIETÁRIO LOTE/DO SEGURO DPVAT

MOTOR: JC41E29079910.608/0001-04

www.seguradoralider.com.br

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 011691046552
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 00170509397 R.N.T.R.C. 00000000000 EXERCÍCIO 2014

NOME
FRANCISCO MARLEUDO COSTA DOS SANTOS
ITAIKABA / CE

CPF / CNPJ 03187087361 PLACA NRD4289/CE

PLACA ANT. / UT / CE 9C2JC41209R019410

ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/MARCA HONDA COMBUSTIVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP / POT / CIL 23/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC OOR PREDOMINANTE AZUL

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
1 2 3

FAIXA I.P.V.A. PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

SEGURO OBRIGATORIO

OBSERVAÇÕES

LOCAL ITAIKABA DATA 30/12/2014

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011691046552 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

EXERCÍCIO 2014 DATA EMISSÃO 30/12/2014

VIA 01 CPF / CNPJ 03187087361 PLACA NRD4289

RENAVAM 00170509397 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN ES

ANO FAB. 2009 CAT. TARE 09 Nº CHASSI 9C2JC41209R019410

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 129,04 DENATRAM (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 1,11 TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) 292,01

PAGAMENTO COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 23/12/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

MOTOR: JC41E29019410 00316

Imprimir Novo

 ESTADO DO CEARÁ Secretaria da Fazenda DAE - Documento de Arrecadação Estadual		NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS 8560000000005 885500062017 801152018223 003461992004	
1 - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA 3018 - IPVA	2 - A VENCIMENTO 31/01/2018	3 - PAGAMENTO ATÉ 15/01/2018	4 - NOSSO NÚMERO 2018.22.0034619-92
11 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE ANTONIO JOSE GOMES JAGUARUANA		5 - PERÍODO REFERÊNCIA 2018	6 - VALOR PRINCIPAL ***** R\$ 71,74
		7 - MULTA ***** R\$ 10,76	8 - JUROS ***** R\$ 6,05
12 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DAE IMPRESSO NO SITE WWW.SFAZ.CE.GOV.BR CHASSI:9C2JC41209R019410 PLACA:NRD4289. VALORES EXPRESSOS EM REAIS(R\$). DAE REFERENTE AOS EXERCÍCIOS: **2017**. Visite o site www.sefaz.ce.gov.br		9 - DESCONTOS ***** R\$ 0,00	10 - TOTAL A RECOLHER ***** R\$ 88,55
		1ª VIA - CONTRIBUINTE (AUTENTICAÇÃO NO VERSO)	
CÓDIGO DE BARRA 8560000000005 885500062017 801152018223 003461992004			

CAIXA Loterias

FEA ECONOMICA FEDERAL

DATA: sorteios de segunda-feira a sábado. Ap

015 313950513-4

15/Jan/2018 HORA DE 10:13:49

101, 05, 12630-0

LOCALIDADE: JAGUARUANA

VINCULADA: 0755

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

SECRETARIA DA FAZENDA DO CE

VALOR DO PAGAMENTO: 88,55

8560000000005 885500062017

801152018223 003461992004

015-313950513-4

1ª VIA

CAIXA Loterias

 ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA FAZENDA DAE - Documento de Arrecadação Estadual		NUMERAÇÃO DO CÓDIGO DE BARRAS 156900000006 334000062011 801312018469 139214331007	
1 - CÓDIGO/ESPECIFICAÇÃO DA RECEITA 3018 - IPVA		DATA VENCIMENTO 31/01/2018	3 - PAGAMENTO ATÉ 31/01/2018
11 - IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE ANTONIO JOSE GOMES CPF: 514.361.083-49		4 - NOSSO NÚMERO 2018.46.1392143-31	
12 - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES CHASSI: 9C2JC41209R019410 PLACA: NRD4289 DAE REFERENTE AO EXERCÍCIO: ** 2018 ** PARCELA ÚNICA COM DESCONTO DOC. VÁLIDO PARA PAGAMENTO ATÉ 31/01/2018 ** VALORES EXPRESSOS EM REAL **		5 - PERÍODO REFERÊNCIA 2/2018	
		6 - VALOR PRINCIPAL R\$ 35,16	
		7 - MULTA R\$ 0,00	
		8 - JUROS R\$ 0,00	
CÓDIGO DE BARRA 856900000006 334000062011 801312018469 139214331007		9 - DESCONTOS R\$ 1,76	
		10 - TOTAL A RECOLHER R\$ 33,40	
		1ª VIA - CONTRIBUINTE (AUTENTICAÇÃO NO VERSO)	

CAIXA Loterias

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

DATA: sorteios de segunda-feira a sábado. At

015-313950515-0

15/Jan/2018

HORA DE 10:14:17

01.05.12630-0

TERM 011346

CALIDADE: JAGUARUANA

AB. VINCULADA: 0755

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
SECRETARIA DA FAZENDA DO CE

VALOR DO PAGAMENTO: 33,40

056900000006 334000062011
801312018469 139214331007

015-313950515-0

VIA

CAIXA Loterias



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 473 - 718 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/08/2018 11:21:02**
Data / Hora da Ocorrência: **09/05/2018 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA JOSÉ DE ALMEIDA**
Complemento: **CURVA DA VIÚVA**
Bairro: **CARDEIAIS** Município: **JAGUARUANA/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO AO MATADOR**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTÔNIO JOSÉ GOMES**
Nascimento: **14/03/1961** CPF: _____ UF: _____
RG: **92002138133** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **MARIA GOMES NOGUEIRA**
FRANCISCO CHAGAS DOS SANTOS
Endereço: **RODOVIA PASTA BRANCA**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP: _____
Município: **JAGUARUANA/CE** Telefone: _____
País: **BRASIL**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NRD4289** Uf: **CE** Município: **JAGUARUANA** Chassi: **9C2JC41209R019410** Renavam: **170509397** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AZUL** Proprietário: **ANTONIO JOSE GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ABALROAMENTO**

Histórico

Informa o noticiante que no dia e hora supracitados, envolve-se em um acidente de trânsito do tipo queda de moto, o mesmo pilotava um HONDA/CG 125 FAN, e que não lembre-se de nada sobre como ocorreu o acidente. Que o noticiante é a própria vítima e o mesmo não é habilitado. Que por causa do sinistro o noticiante teve várias fraturas no corpo nas costelas, inclusive TCE, e estar sofrendo com perda de memória. Que o mesmo foi socorrido por particulares ao Hospital Municipal de Jaguaruana e no mesmo dia foi transferido ao Instituto Doutor José Frota em Fortaleza, no qual passou treze dias internado neste hospital. Que o noticiante precisa passar por alguns retornos no IJF em Fortaleza. Que o noticiante indica com testemunha sua irmã a senhora, MARIA ALBENIZA SIMPLÍCIO. Que está fazendo este registro de acidente para requerer o SEGURO DPVAT, e que responsabiliza-se por todas as informações aqui prestadas.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

FRANCISCO LUCIANO FERREIRA DA SILVA - MAT.: 30118634

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Antonio Jose Gomes

DELEGACIA MUNICIPAL DE JAGUARUANA

Pág. 1 de 2

Impresso em: 06/08/2018 11:44:57





DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, ANTONIO JOSE GOMES nascido(a) em 14/03/1961 residente No Sítio Pasta Branca, deu entrada nesta unidade de saúde vítima de acidente de trânsito no dia 09/05/2018 onde foi prestado atendimento médico de urgência conforme Xerox de SPA em anexo.

Atenciosamente,

Jaguaruana, 06 de Agosto de 2018.

12.040.122/0001-9

Hospital Maternidade Nossa

Senhora da expectativa

Avenida Simão de Góis, 1618

Centro- CEP – 62823-000

Jaguaruana – CE

Governo Municipal de
Jaguaruana
Administando para o povo.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO:

() SIM () NÃO
() SAMU () AMBULÂNCIA

ATENDIMENTO IMEDIATO EMERGÊNCIA	VERMELHO	☒	01 HORA URGÊNCIA	AMARELO		02 HORAS POLICA URGÊNCIA	VERDE		04 HORAS SEM URGÊNCIA	AZUL	
---------------------------------------	----------	-------------------------------------	---------------------	---------	--	--------------------------------	-------	--	-----------------------------	------	--

Data: 24/05/2018 Hora do Atendimento: 07:00 HORAS. Atendente: *[assinatura]*

Nome: *Infante por Gomes* Idade: 87 Sexo: () F () M

Data de Nascimento: 14/11/61 RG/CPF/Outros: CADSUS:

Filiação: *Mary Gomes Vazquez*

Endereço: *Sítio Ponta d'Água* Nº: Telefone:

PSF: *Patos* ACS:

Peso: KG PA: 80 mmHg FC: bpm FR: irpm TEMP: °C DX: 130 mg/dl

ATENDIMENTO E CONSULTA

() Atendimento Médico em Unidade de Pronto Atendimento	() Consulta Médica Atenção Especializada (Cardiologia, Av. Cirúrgica)
() Atendimento de Urgência Em Atenção Especializada	() Consulta Médica Em Atenção Básica (Pediatría)
() Atendimento Ortopédico com Imobilização Provisória	() Consulta de Prof. De Nível Sup Na Atenção Esp (Exceto Médico)
() Atendimento de Urgência Com Observação até 24 H	() Atividade Educativa / Orientação Em Grupo Na Atenção

Data dos 1º Sintomas: Alergias:

Anamnese de Enfermagem: Fatores de Risco: Enfermeiro (a):

Paciente vítima de acidente com TCE

PROCEDIMENTO

Motivo do Atendimento (Queixa Principal + Anamnese + Exame Físico):

Paciente admitido, vítima de acidente automobilístico. SA com lesões múltiplas no tórax e membros superiores. Exame físico: sem ferimentos aparentes.

Hipótese Diagnóstica:

Prescrição na Urgência

Horário Assinatura do Executor

() Aferição de Pressão Arterial	() Retirada de Cerpumen de Conduto Auditivo Externo
() Glicemia Capilar	() Enema
() Administração de Medicamentos na Atenção Especializada	() Sondagem Gástrica
() Inalação / Nebulização	() Drenagem de Abscesso
() Curativo Grau I com ou sem Debridamento	() Excisão e ou Sutura Simples de Pequenas Lesões
() Curativo Grau II com ou sem Debridamento	() Exérese de Tumor de Pele e Anexos / Cisto Sebáceo
() Retirada de Pontos de Cirurgias Básicas	() Retirada de Corpo Estranho Subcutâneo
() Retirada de Corpo Estranho da Cavidade Auditiva	() Excisão e Sutura de Linfangioma / Nevus

Encaminhamento / Destino do Paciente: Alta () Hora: Internamento Hospitalar () Observação () Transferência () Óbito ()

Assinatura e Carimbo Médico - CRM Assinatura do Paciente

3255-5185. Anna L. Chona

5010

AGENDAMENTO DE EXAMES	EXAMES
Data: / / às :	
Data: / / às :	
Data: / / às :	
Data: / / às :	
Data: / / às :	
Data: / / às :	
Data: / / às :	

PROCEDIMENTOS	
Data: / / às :	
Data: / / às :	
Data: / / às :	
Data: / / às :	
Data: / / às :	
Data: / / às :	

Prefeitura de Fortaleza
Instituto Dr. José Frota

NÚCLEO AMBULATORIAL

Nome: Antonio Jose Gomes

Registro geral: 556 20 38

Nº Carteira SUS: _____

Diagnóstico: Poncione / Carlos Vinicius

Médico: geral / Neuro

ESPECIALIDADE

Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 - Fortaleza, Ceará, Brasil. (85) 3255-5010 • (85) 3255-5185

Especialidade: <u>geral</u>	Retorno: <u>22/06/18</u>	às <u>7:00</u>	Profissional: <u>Poncione</u>
Especialidade: <u>Neuro</u>	Retorno: <u>17/07/18</u>	às <u>12:30</u>	Profissional: <u>Carlos Vinicius</u>
Especialidade: _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade: <u>geral</u>	Retorno: <u>20/07/18</u>	às <u>7:00</u>	Profissional: <u>Poncione</u>
Especialidade: <u>Neuro</u>	Retorno: <u>24/07/18</u>	às <u>13:00</u>	Profissional: <u>Carlos Vinicius</u>
Especialidade: <u>Neuro</u>	Retorno: <u>23/10/18</u>	às <u>13:00</u>	Profissional: <u>Carlos Vinicius</u>
Especialidade: _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: _____	às _____	Profissional: _____

ESPECIALIDADES

TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA GERAL - NEUROCIRURGIA -
PEQUENA CIRURGIA - PRÉ ANESTÉSICO - ACUPUNTURA

**CIRURGIA PLÁSTICA - NEFROLOGIA - CIRURGIA VASCULAR -
DOR - CITRAFE - ENFERMAGEM**



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

RECEITUÁRIO

Paciente: ANTONIO JOSÉ GOMEZ
BE / Prontuário: 5562038

Saída:

- Retorno ambulatorial na próxima semana.


Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270

Data: 12 / 07 / 18

Ass./Carimbo do Médico

MA 000.003 - Versão 2 - 01/DEZ/17 - 1 via - Formato A5 (148/210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061 • Fortaleza, Ceará
(85) 3255-5000.



HOSPITAL E MATERNIDADE NOSSA SENHORA DA
EXPECTAÇÃO
LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS
Resp. Técnico: Dr. Diêgo Paula Dantas CRF-CE 3687



Jaguaruana

Avenida Simão de Góis, 1618 - Centro
Jaguaruana - Ceará - CEP: 62.823-000

Paciente	ANTONIO JOSE GOMES	Idade	57 (A)
Médico	Dr MONYQUE C. FONTENELE	Origem	01-HOSPITAL
Convênio	SUS	Destino	01- Impresso
		Data de Coleta	09/05/18 09:51
		Data de Entrega	09/05/18 10:04

RESULTADO

HEMOGRAMA

Eritrograma

Hemácias em milhões
Hemoglobina
Hematócrito
VCM
HCM
CHCM
RDW (Ampl. Dist. Hem.)

3,7 mm³ /
10,6 g/dL
34,0 %
91,8 fL
28,6 pg
31,1 g/dL
14,3 %

Valores de Referência
4,5 - 6,5
13,5 - 18,0
40,0 - 54,0
81,0 - 96,0
27,0 - 32,0
32,0 - 36,0
11,5 - 15,0



Leucograma

Leucócitos
Pró-Mielócitos
Mielócitos
Metamielócitos
Bastões
Segmentados
Neutrófilos
Eosinófilos
Linfócitos
Monócitos

19.100 /mm³
0 %
0 %
0 %
0 %
80 %
80,0 %
3 %
10 %
7 %

5.000 - 10.000
0 - 0
0 - 0
0 - 200
0 - 400
2.000 - 7.000
2.000 - 7.000
20 - 500
800 - 4.000
120 - 1.200



Plaquetas

Plaquetas
PDW

194.000 /mm³
15,3 /mm³

150 - 450 mil
9,00 - 17,00



Morfologia

Leucocitose moderada
Hipocromia leve

Método: Automação Bioclin MINDRAY BC-3000

Dr. Diêgo Paula Dantas
Farmacêutico-Bioquímico
CRF-CE 3687



SOLICITAÇÃO DE DOCUMENTAÇÃO DE PACIENTE				
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
NOME DO PACIENTE:				
IDADE:	SEXO:	EST. CIVIL:	FONE: ()	
ENDEREÇO:			MUNICÍPIO:	UF:
1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO:				
☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO;				
☒ OUTROS: <u>ETODOS OS EXAMES</u>				
COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM <u>09/05/2018</u> E ALTA EM <u>22/05/2018</u>				
PARA FINS DE _____				
Fortaleza, _____ de _____ de _____				
<u>Antônio José Gomes</u> Assinatura do Requerente				
IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE				
NOME:				
IDADE:	SEXO:	EST. CIVIL:	FONE: ()	
ENDEREÇO:			MUNICÍPIO:	UF:
☐ PRÓPRIO PACIENTE (Anexar Doc. 1)	☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS (Anexar Doc. 1, 2 e 3)	☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO (Anexar Doc. 1, 3 e 4)	☐ PAI/MÃE DE INCAPAZ (Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)	
OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:				
⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento referente a tratamento médico, ambulatorial ou hospitalar, somente poderá ser liberada mediante a solicitação do cônjuge/companheiro sobrevivente do paciente morto, e sucessivamente pelos sucessores legítimos do paciente em linha reta, ou colaterais até o quarto grau, desde que documentalmentemente comprovem o vínculo familiar (Art. 1º, da Recomendação CFM nº 3/14, de 28/03/2014). ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida. ⇒ Em caso do paciente vivo capaz, qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por Procuração Pública ou Procuração Particular com firma reconhecida contendo poderes específicos para receber o documento pretendido.				
DOCUMENTOS NECESSARIOS				
1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos).				
2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade).				
3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração).				
4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF.				
5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.				
REGISTRO DE ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO				
☐ DO REQUERENTE ☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE				
Fortaleza - CE em ____/____/____.				
Assinatura do Recebedor _____				

**RELATÓRIO DE ALTA**

NOME: Antonio José Gomes **PRONT:** 5562038 **ADMISSÃO:** 09/05/2018

Enfermaria: 19 **Leito:** 06 **ALTA:** 22/05/2018

História**clínica:**

Paciente vítima de acidente automobilístico, em 09/05, com colisão de moto em poste. Apresentou TCE + trauma torácico e deu entrada no IJF com lesão em couro cabeludo, otorragia à direita e bastante desorientado. Foi realizado tratamento cirúrgico de escalpo parcial em 09/05, além de toracostomia à esquerda no dia 10/05, por hemopneumotórax, sem intercorrências. Paciente segue desorientado e com queixa de cefaleia frontal, em pontada, que cede com medicamentos, sendo acompanhado nesse serviço pela Neurocirurgia, com orientação de seguir em acompanhamento ambulatorial. O dreno torácico foi retirado no dia 17/05 e o RX pós-retirada mostra pulmão bem expandido. Paciente está em condições de alta no momento.

Terapêutica utilizada:

Tratamento cirúrgico de escalpo parcial – Dr Airton + Dr Doth R2 (09/05)

Toracostomia à esquerda – Dr Eduardo (10/05)

Condições de alta:

Melhorado

Orientações:

1. Retornar ao ambulatório em 30 dias (marcar no SPA);
2. Seguir prescrição médica;
3. Em caso de intercorrências, procurar atendimento em emergência (UPA. IJF...);
4. Marcar retorno ambulatorial para Neurocirurgia.

22 de maio de 2018.

Dr. Lucyano Ferraz
Médico
CREMEC - 19226

Médico



ATESTADO MÉDICO

Paciente: Antonio José Gomes
Idade: 57 anos
Prontuário: 5562038

Atesto, para os devidos fins, que o paciente supracitado permaneceu internado na clínica cirúrgica (enfermaria 19, leito 06) deste hospital (Instituto Dr. José Frota) desde o dia 09 de maio de 2018, tendo recebido alta dia em 22/05/2018, sendo realizado tratamento cirúrgico por escalpo parcial e toracostomia à esquerda. Necessita de afastamento de suas atividades por 30 dias.

22 de Maio de 2018

Dr. Lucyano Ferraz
Médico
CREMEC - 19226

Médico Responsável



NOME: ANTONIO JOSE GOMES

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins de direito que o paciente supracitado, 57 anos, vítima de acidente de moto no dia 09/05/18. Admitido no IJF com TCE, trauma torácico, lesão de couro cabeludo e otorragia à direita. TC de crânio da admissão evidenciou contusão temporal D e HSA traumática parietal D, optado por tratamento neurocirúrgico conservador. Foi submetido a reconstrução de escalpo parcial no mesmo dia e toracostomia à E no dia seguinte devido hemopneumotórax. Retirado dreno de tórax no dia 17/05/18. Evoluiu bem e recebeu alta hospitalar no dia 22/05/18. Retorna ao ambulatório com queixa de diminuição da acuidade auditiva e vertigem, e relato da irmã de insônia e labilidade emocional. TC de crânio de controle (11/09/18): sem alterações intracranianas. Ao exame físico: GCS 15, PIFR, MOE normal, sem déficits motores. Sem uso de medicações específicas. Encaminhado para otorrinolaringologia e psiquiatria. Alta ambulatorial.

CID: S-06.9

FORTALEZA, 23 DE OUTUBRO DE 2018.


Gustavo Bandeira Santos
Residente Neurocirurgia - IJF
CREMEC 18270

Articularre

LAUDO ORTOPÉDICO

NOME: ANTONIO JOSÉ GOMES

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (QUEDA DE MOTOCICLETA) EM 09/05/2018, COM TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO ASSOCIADO A TRAUMA TORÁCICO, COM CONSEQUENTE HEMOPNEUMOTORAX, SENDO REALIZADO DRENAGEM TORÁCICA ESQUERDA. OPTADO POR TRATAMENTO CONSERVADOR DO TRAUMATISMO CRÂNIO-ENCEFÁLICO.

ATUALMENTE, APRESENTA VERTIGEM FREQUENTE ASSOCIADO A CEFALEIA PÓS-TRAUMÁTICA OCASIONAL. PACIENTE SEGUI EM ALTA DO ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL.

JAGUARUANA – CEARÁ, 29 DE OUTUBRO DE 2018

Eduardo de A. Carrari
Traumatologia/Ortopedia
CREMEC 11.458

EDUARDO DE ARAUJO CARRARI
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CREMEC 11.458

Trav. Joel Correia Lima, 58 - Centro
MED CLINIC
Russas, Ceará
(88) 3411.2720
(88) 9 9775.2575
(88) 9 9272.2606

R. Cel. Serafim Chaves, 365 - Centro
PALAZZO CENTRO MÉDICO EMPRESARIAL
Limoeiro do Norte, Ceará
(88) 3423.4354
(88) 9 9966.1107

R. Padre Rocha, 1060 - Centro
CLÍNICA SÃO GABRIEL
Jaguaruana, Ceará
(88) 9 9702.5616
(88) 9 9344.1435

R. São José, 2838 - José Mendes
CENTRO DE SAÚDE MÃE MARIA
Tabuleiro do Norte, Ceará
(88) 3429.4664
(88) 9 2651.4664

R. Padre Zaccarias, 3367 - Centro
CLÍNICA IMACULADA CONCEIÇÃO
Quixerê, Ceará
(88) 9 9783.1402
(88) 9 9240.2811