

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA

OUTORGANTE:

Nome: <u>Luiz Alberto Schiavon Gomes</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>advogado</u>	Carteira de Identidade: <u>8905007000563</u>	
CPF nº: <u>103.088813-20</u>	Residência: <u>R. Arthur Ferreira, 135, Apt 102</u>		
Bairro: <u>Montese</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60410-210</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 03 de Junho de 2019


Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Luiz Alberto Schmitt Gomes, brasileiro(a),
casado, fazista, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
890500700563, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 103.088.813-20, residente e
domiciliado(a) na Rua Anta Ferreira, nº 135,
Alt 102, Bairro: Monte, Cep nº 60410-210,
Fortaleza-CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira,
não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem
prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 03 de Junho de 2019.

x Luiz Alberto Schmitt Gomes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFEGO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1643065133

PROIBIDO PLASTIFICAR
1643065133

CEARÁ

NOME
LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
8905007000563 SSP CE

CPF
103.088.813-20

DATA NASCIMENTO
24/08/1953

FILIAÇÃO
FRANCISCO RESONICO GOMES
ELITA SCHRAMM GOMES

PERMISSÃO ACC CAT. HAB. B

1º REGISTRO 01064015113

VALIDADE 13/06/2023

1º HABILITAÇÃO 10/10/1979

OBSERVAÇÕES
A ;
EAR ;

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO 20/06/2018

ASSINATURA DO EMISSOR

65228960507
CE165497173



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 538979625

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

AGO/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
7986284 DV **5**

VENCIMENTO
03/09/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
104,01

DADOS DO CLIENTE

Rota 17 01130 21 0217400 Medidor 5239862 Poste 0151 0
Nome AMANDA ELITA PEREIRA SCHRAMM
Endereço Postal

End. da Unidade RU ARTUR FERREIRA 00135 AP 102 MONTESE FORTALEZA
Consumidora 60410210

RG / CPF / CNPJ 063.426.723-00

CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual - Leitura Anterior + Constante - Consumo (kWh) + Consumo Incl. - Consumo Faturado

FP 43814 43655 1 159 0 159

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

(8519.87740318
(8519.87950002

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação 25/08/2018
Prev. Próxima
Leitura 25/09/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2EBF.F591.6ABC.6484.B42C.EC30.931A.6E55

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 78,74 Aliquota 27% Valor do Imposto 32,01

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

MULTA MORATORIA 0,96
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 1,11
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079 10,76
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP 12,44
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,53)

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

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

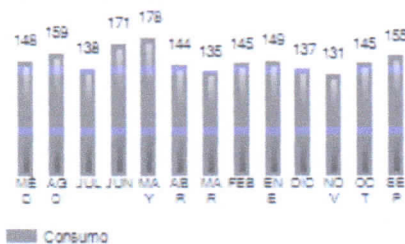
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 25,64

Conjunto PARANGABA

Mês JUN/ 2018

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

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 7986284-5 N° da Nota Fiscal: 538979625 Total a Pagar (R\$): 104,01
Data de Emissão: 04/09/2018 Referência: AGO/2018 N° de Controle: 0007986284 00021 4323 2 00

83830000001-2 04010031000-0 00079862840-5 00214323204-1



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/06/2019 às 09:50, sob o número 01385194620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0138519-46.2019.8.06.0001 e código 49DBF50.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014058261680

17886606765
 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

CRDD 014058261680

VIA RCD RENAVAM RINRC

01 994472161 0000000000

NOME/ENDEREÇO

ALECI DOS SANTOS LIMA
 RUA SABIA, 00440
 - JOAO XXIII
 60520515 - FORTALEZA/CE

OPF/IMP PLACA

60665764375 OSF2867

NOME ANTERIOR

MARIA NEIDE DOS SANTOS ALEXANDRE

PLACA ANT/UF CHASSI

*****/CE 9BD197134E3176858

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL

PAS/AUTOMOVEL/NAO APLIC. GAS/ALC/CN

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD

FIAT/SIENA TETRAFUEL 1.4 2014 2014

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

5P/88CV/1400CC PARTIC BRANCA

OBSERVAÇÕES

MOTOR: 327A0111906712
 CIL: 4108833 4108452 ; *****

LOCAL DATA

FORTALEZA 20/07/2018

Assinatura: [Assinatura]

SELO
GÁS NATURAL
VEICULAR Nº

11.754.879

Segurança
 Compulsório

COMETRO

VALIDADE

ANO

MÊS

01
02
03
04
05
06
07
08
09
10
11
12

16
17
18
19
20

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/06/2019 às 09:50, sob o número 013851946201908060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0138519-46.2019.8.06.0001 e código 49DBF50.



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



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 3240 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **27/07/2018 09:57:11**
Data / Hora da Ocorrência: **08/04/2018 05:10:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA GOVERNADOR JOAO CARLOS**
Complemento:
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX A UM CONVENTO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES**
Nascimento: **24/08/1953** CPF: **103.088.813-20**
CNH: **01064015113** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ELITA SCHRAMM GOMES**
FRANCISCO RESONICO GOMES
Endereço: **RUA ARTUR FERREIRA , 135 AP 102**
Bairro: **MONTESE**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.410-210**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98734-8434**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSF2867** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BD197134E3176858** Renavam: **994472161** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **FIAT/SIENA TETRAFUEL 1.4** Ano: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **ALECI DOS SANTOS LIMA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, DIRIGIA O VEICULO DE PLACA OSF-2867-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA GOVERNADOR JOÃO CARLOS; QUE UM OUTRO VEICULO CARRO DE PLACAS NÃO ANOTADAS, AVANÇOU A PREFERENCIAL, VINDO A OCASIONAR A COLISÃO COM O VEICULO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, O VEICULO CAPOTOU COM VITIMA DENTRO E A VITIMA FICOU LESIONADA; QUE, O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL E DEPOIS VOLTOU PARA O LOCAL DO ACIDENTE; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E FOI LEVADO PARA ATENDIMENTO NO FROTHINHA DE MESSEJANA . E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 27/07/2018 10:13:32

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3240 / 2018****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**



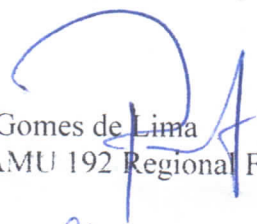
DECLARAÇÃO

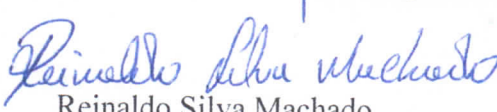
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Luiz Alberto Schramm Gomes**, no dia **08/04/2018**, às **05h45min**, na **Rua Governador João Carlos**, no **Bairro Serrinha**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P148595/2018**.

Fortaleza, 18 de abril de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS OME DO PACIENTE LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES ADSUS		N° DO PRONTUÁRIO 5103774	N° DO BE 269563
NOME RESPONSÁVEL ELITA SCHRAMM GOMES ENDEREÇO RUA ARTUR FERREIRA 135 MONTESE CONTATO (85) 98500-0045		NASCIMENTO 24/08/1953(64 ANOS) SEXO M	RAÇA/COR PARDO
OCORRÊNCIA LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO MOTIVO AVILIAÇÃO TRAUMATOLOGICA		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS PRESSÃO ARTERIAL NI/NI ALERGIAS NEGA		SAT O2 NI%	PULSO NI
GLICEMIA NI		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS	
DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 08/04/2018 12:38:25		CLASSIFICAÇÃO AMARELO	
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO HISTÓRIA DO ACIDENTE: <i>Prto ulnaro de acidente de trânsito, de frenagem do meu veículo e exposição no repulso do carro no 3º/4º e 1º/2º femurais e no 4º femurais. Glicose xní e aptidão. Exposturas de fraturas múltiplas do meu 1º</i>			
DIAGNÓSTICO SADI SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X		OUTROS ☐	
MÉDICAMENTO <i>Fratura exposta ulnaris para supra e supra</i>		OBSERVAÇÕES <i>do supra unal do foleto pangot apore as 12:42</i>	
TIPO DE ALTA/SAÍDA ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ☐ ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por francisca cristiane da silva lima ramos em 08/04/2018 12:38:25
 Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

CONFERE COM ORIGINAL
 26/04/18
[assinatura]

[assinatura]
 LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

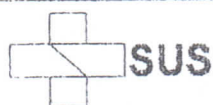
227

04.285.197/0012-45
 HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
 BARROS DE OLIVEIRA
 Av. José Luis Tomaz Coelho, 1578
 Fortaleza - CEP 60.364-810

Fortaleza

Carimbo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/06/2019 às 09:50, sob o número 01385194620198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0138519-46.2019.8.06.0001 e código 49DBF5F0.



Ministério
da
Saúde

Sistema
Único de
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE Luiz Alberto Schramm Jous.	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 70520341147246710	8 - DATA DO NASCIMENTO
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL ELITA SCHRAMM GOMES
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Fátima Fereira 135. Miraflores
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA FORTALEZA	14 - CÓD. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Ata a história de acidente de trânsito de 4 horas do membro (mão) do membro direito da base de 12:40 - em 08 de fevereiro de 2018 - com fratura e laceração do 4º metacarpo.
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Necessidade de tratamento especializado
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Ausente exame físico + Rx
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura exposta do metacarpo 4º
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Suprimento cirúrgico	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSINANTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSINANTE Dr. André Luiz de Fátima	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 02/04/2018
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO ☐	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO ☐	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CBDR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO ☐			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO			

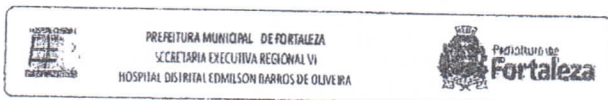
AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	45 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO 04.895.197/001245	
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA	

Av. José de Almeida Torres Coelho, 1578
Mossoró - CEP 60.864-810

GRAT. HDEBO-SAME-AIM-003

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 03/06/2019 às 09:50, sob o número 01385194620198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0138519-46.2019.8.06.0001 e código 49DBF50.



REGISTRO EMERGÊNCIA

MATRÍCULA NO HOSPITAL

PACIENTE: LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES		
DATA OPERAÇÃO: 08/04/18	ENFERMARIA:	LEITO:
Dr. Miguel Ricardo B. Moraes Traumatologista CRM-CE 4299		1º AUXILIAR:
2º AUXILIAR:	3º AUXILIAR:	INSTRUMENTADOR:
ANESTESISTA: MARCELO CHAGAS ZENTAO CREMEC 4640	TIPO DE ANESTESIA: Bloqueio axilar E	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta 4º metacarpo 2º		
TIPO DE OPERAÇÃO: Limpeza cirúrgica		
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: Fratura exposta grau IIIA 4º metacarpo		
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA:		
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO: Sim		
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO:		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÉCNICAS LIGADURAS DRENAGEM - SUTURA - MATERIAL EMPREGADO - ASPECTOS VISCERAS

- 1) Resente em dentro do osso da articulação
- 2) Substância branca e coberta com ope-
retene
- 3) Insistem exposte de fenda com desfecho
foco e poliduro
- 4) Desbriamento + suture
- 5) Curativo e T.O. feridas

Dr. Miguel Ricardo B. Moraes
Traumatologista
CRM-CE 4299

CONFERE COM ORIGINAL
26/07/18
[Assinatura]

04.885.197/0012-05

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Massajera - CEP 60.664-810

Gráf. HDEBO-SAME-Desc. Oper.-003

Fortaleza



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE

Seu Alencar

FRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO 39
INÍCIO DO TRATAMENTO 08/04/18	DATA DA ALTA 10/04/18	DATA DO RETORNO 16/06/18	MÉDICO(A) PARA RETORNO <i>Dr. Miguel</i>

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Opium

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL <i>Ente nec</i>
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS <i>Xe</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AINH + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

10.04.18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Assinatura]

Dr. Fco. J. S. de Vasconcelos

ORTOPEDIA e TRAUMATOLOGIA

João Albert Schunm Pass

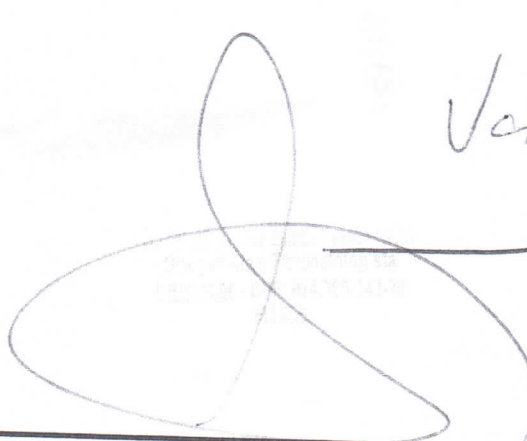
3^a fase -

8:00

I J F - Centro

Traumatologia

Fase Bt

 Vasconcelos

Rua Monsenhor Bruno, 609 - Telefone: (85) 3224-5724 - E-mail: franciscovasconcelos@globo.com



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

RECEITUÁRIO

Paciente: Luiz Silva Schramm Jones
BE / Prontuário: _____

Fisioterapia com

1/2 sessões E

Just: Sequela de fratura do
4º metacarpo E, Falanges
Proximais dos 3-4.ºs metacarpos E.
(consolidados)

Data: 22/05/18

Dr. Francisco S. M. Menezes
Ortopedia e Traumatologia

CREMEC - 3008

Ass. / Carimbo do Médico

3006



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

LUIS ALBERTO
SCHUMM M

Soluções:

Fuscalegua — do sumo
Mataru

HD = Eukui
mo VQ

MAIO2012-GráficaHDEBO-Enferm.-Receituário-003

«Uso exclusivo do HDEBO-(Frotinha de Messejana)»

Dr. João Mamede
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12218 / TEOT 13602

06 de 05 18

Assinatura do Profissional

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA
AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - fone - 3105.15.60



ATESTADO MÉDICO

TIM DE EMERGÊNCIA Nº 275354

Para fins legais que LUIS ALBERTO
QUILUMIN GOMES

Atendido neste hospital no dia 1 / 1 / 2019 às 14h

Necessita de 30 dias de afastamento de suas atividades profissionais,
a partir desta data por motivo de doença ou agravamento à sua saúde.

Necessita de 30 dias de afastamento das atividades escolares por motivo de
doença.

Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação
física no período de 1 / 1 / 2019 à 1 / 1 / 2019

Paciente foi atendido neste hospital às 14hs, podendo retornar ao trabalho.

Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Paciente concorda com a posição do diagnóstico:

Assinatura

Assinatura 06.05 de 18

Dr. João Mamede
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12218 / TEOT 13602

SINISTRO 3190061832 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA

CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO LUIZ ALBERTO SCHRAMM GOMES

CPF/CNPJ: 10308881320

Posição em 03-06-2019 09:35:19

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
01/04/2019	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50