

MARCIO DOS ANJOS
Advogados Associados

Assessoria Jurídica

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: ROBSON GONÇALVES DE MESQUITA, brasileiro, menor, estudante, representado, pelo seu genitor, ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA, brasileiro, solteiro, autônomo

RG: 99002078987 SSP/CE CPF: 000.415.263-84

**Endereço: RUA: RAIMUNDO JOSE DA COSTA Nº 751 CENTRO MARACANAU- CE
TEL.: (085) 93297.2645/98904.4319**

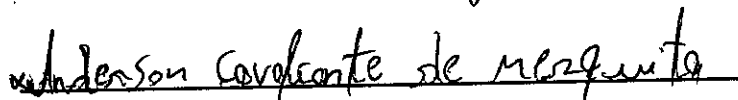
sob o nº 080.405.187-92 e **MARIANA ARAUJO MENDES**, brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE 23535 e CPF (MF) 015.845.423-57, Advogada, ambos com escritório na Rua: Carlos Ribeiro Pamplona, nº 100, sala 103, Edson Queiroz, Fortaleza/CE, telefones: (85) 3032.3665/9925.2414/ 98899.4406

A quem confere os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*" para promover a defesa do mandante ou a de qualquer interesse seu, seja através de atos de representações, seja intentado ações ou defendendo-o das que contra si forem intentadas; podendo ainda confessar, reconhecer procedência de pedidos, receber citações, transigir, desistir, renunciar a direitos sobre que se fundam ações, dar quitação, firmar compromisso, receber e dar quitação, dando tudo por bom e valioso, com fim específico para AJUIZAR AÇÃO NA JUSTIÇA ESTADUAL DO CEARA OU

OUTORGADO: MARCIO RIBEIRO DOS ANJOS, brasileiro, casado,

Advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 21145Ae inscrito no CPF (MF) REPRESENTAR JUNTO À OAB/CE.

Fortaleza- CE. / 12 de dezembro de 2017.


ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polegar Direito

Robson Gonçalves de Mesquita
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008437029 - 1 DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2013

NOME
ROBSON GONÇALVES DE MESQUITA

FILIAÇÃO
ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA
MARIA CRIZEUDA DOS SANTOS GONÇALVES

NATURALIDADE
FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO
27/12/2002

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 11786 FOLHA: 246 V
LIVRO: A-10 MARACANAÚ - CE

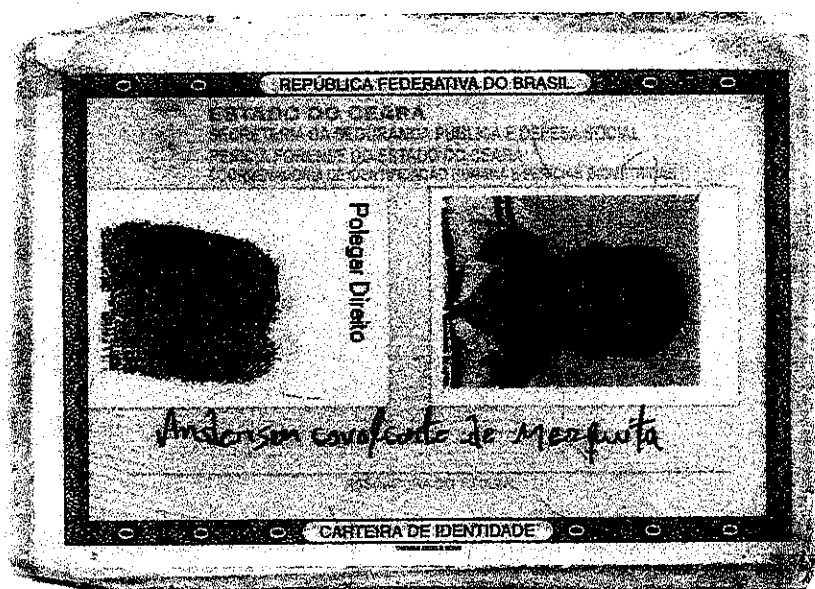
CPF

Assimila de Mesquita
ASSINATURA DO DIRETOR

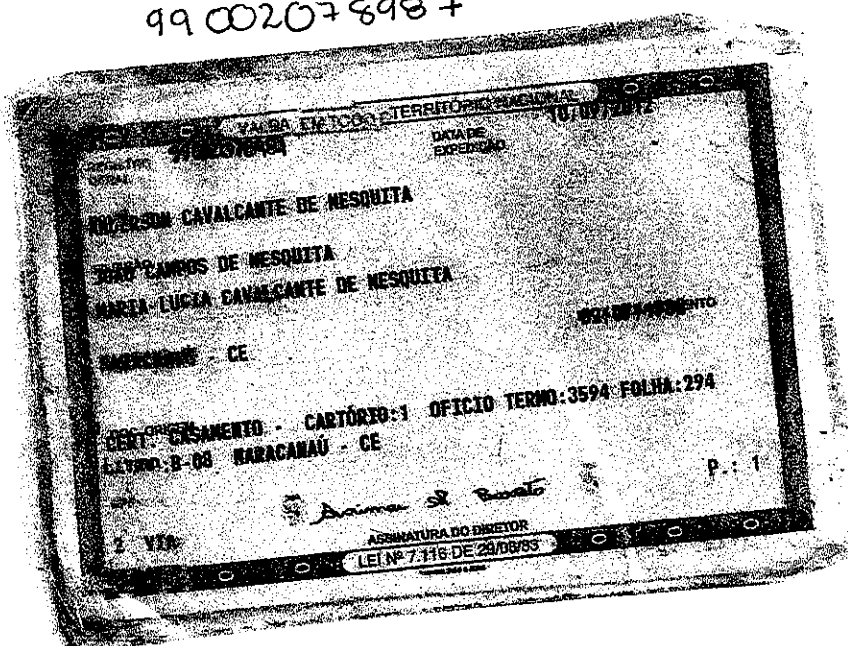
1 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 1



99 00207 8987





Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **000.415.263-84**

Nome da Pessoa Física: **ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA**

Data de Nascimento: **02/07/1983**

Situação Cadastral: **REGULAR**

Data da Inscrição: **20/08/2001**

Digito Verificador: **00**

Comprovante emitido às: **09:49:06**: do dia **10/08/2016** (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: **27F3:8074.15DC.6A0E**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 499652532

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 08.105.848-3

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

NOV/2017

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
1064872 DV **0**

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 02 026001 14 0114600

Medidor

Poste

Nome MARIA CRIZEUDA DOS SANTOS GONCALVES 382258

0000 A80E

Endereço Postal

End. da Unidade

RU RAIMUNDO JOSE DA COSTA 00751 CENTRO MARACANAU
61900000

Consumidora

RG / CPF / CNPJ 812.422.803-59

CGF

Classe

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
12807	12502	1	305	0	305

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade x Tarifa = Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa	Quantidade	Tarifa	Valor
0-30 Kwh	30	0,25245	7,57
31-100 Kwh	70	0,43279	30,29
101-220 Kwh	120	0,64920	77,90
>200 Kwh	85	0,72133	61,32

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
07/11/2017	07/12/2017

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E3E6.FBC1.1466.6981.406B.C8AF.4D63.68B9

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
177,08	27%	59,39

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Item	Valor
ENERGIA	61,05
TRANSMISSÃO	6,10
DISTRIBUIÇÃO	41,46
ENCARGOS SETORIAIS	14,35
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	67,23

OUTROS PAGAMENTOS

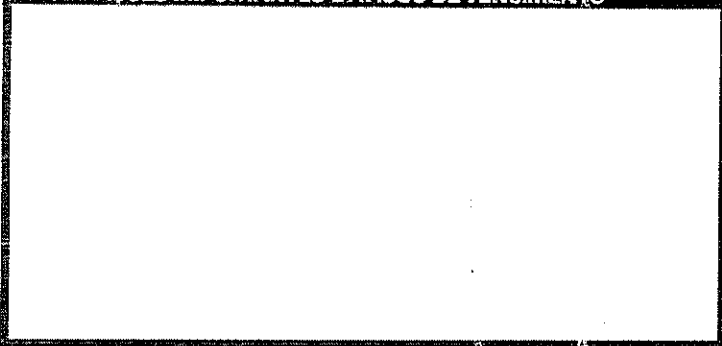
Item	Valor
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,87
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,53
JUROS DO MES	1,99
MULTA MORATORIA	2,85
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	11,58
COBRANCA CENTERCOB 0800 600 6531	39,90
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	52,59
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 13,50)	

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



ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

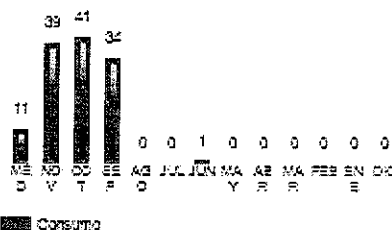
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 65,95

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL I

Mês SET/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 1064872-0 Nº da Nota Fiscal: 499652532 Total a Pagar (R\$): 288,39
Data de Emissão: 04/12/2017 Referência: NOV/2017 Nº de Controle: 0001064872 00519 4382 2 83

83890000002-1 88390031000-0 00010648720-5 05194382278-0



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Robson Gonçalves de Mesquita (repres. por)
Anderson Cavalcante de Mesquita,
portador(a) da Identidade nº 99002078987 e inscrita no C.P.F sob o nº
000.415.263-84. Declaro para devidos fins que resido no endereço (Rua)
R. Raimundo Jose da Costa, 751
_____, (Complemento) _____ (Bairro)
Centice, (Cidade) Maracanaú (Estado) CE,
CEP 61.900-000. Declaro que as informações acima descritas são verdadeiras.

Fortaleza/CE 12 de dezembro de 2017.

Anderson Cavalcante de Mesquita
ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

NOME: ROBSON GONÇALVES DE MESQUITA, brasileiro, menor, estudante, representado, pelo seu genitor, ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA, brasileiro, solteiro, autônomo

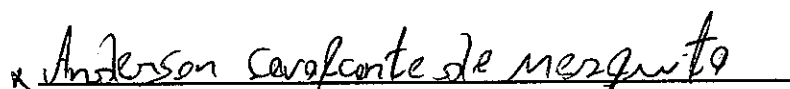
CPF: 000.415.263-84

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: AUTONOMO

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83 c/c, não ter condições financeira de arcar com custas judiciais e honorárias advocatícias, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário da **GRATUIDADE DE JUSTIÇA**, por força do artigo 5º, inciso LXXIV, da CRFB, e do artigo 4º da Lei 1060/50, com a redação dada pela lei nº 7510/86, indicando para o patrocínio de minha causa os advogados em **PROCURAÇÃO**.

Fortaleza/CE, 12 de dezembro de 2017.


ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF			
Nome	ROBSON GONÇALVES DE MESQUITA, brasileiro, menor, estudante, representado, pelo seu genitor, ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA, brasileiro, solteiro, autônomo		
Estado Civil	SOLTEIRO	RG Nº	99002078987
Profissão	AUTONOMO	CPF Nº	000.415.263-84
Endereço	RUA: RAIMUNDO JOSE DA COSTA Nº 751		
Bairro	CENTRO	CEP Nº	61900-000
Município/UF	MARACANAU - CE	Telefone:	(85) 93297.2645/98904.4319

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008, DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a **DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO**, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o(a) acima qualificado(a) **DECLARO(A)**, sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que **NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL**.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 - Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato jur - idicamente relevante.

Pena - reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente.

Anderson Cavalcante de Mesquita /CE/ 12 de dezembro de 17
ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA

LEI Nº 7.115, DE 29 DE AGOSTO DE 1983.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interessado ou por procurador bastante, e sob as penas da Lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único - O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em processo penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, em 29 de agosto de 1983; 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo
 Ibrahim Arbi-Ackel
 Hélio Beltrão

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o(a) Sr.(a) Robson Gonçalves de Mesquita (rpus. por)
Anderson Cavalcante de Mesquita
 DECLARA para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da
 AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará
 no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a
 presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de
 seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos
 fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de
 seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre
 fato juridicamente relevante, exonerando o DR. MARCIO RIBEIRO DOS ANJOS, OAB/CE Nº
 21.145A, bem como a DRA. MARIANA ARAÚJO MENDES, OAB/CE 23.535, de qualquer
 responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza-Ce 12 de dezembro 2017

Anderson Cavalcante de Mesquita

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME: JOSE RAIMUNDO ALVES DE LIMA

CPF: 002.194.753-85

ASSINATURA: Jose Raimundo Alves de Lima

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA: _____



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

SSPD

PC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 1434 / 2016

Dados da Ocorrência

29º DP

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **05/08/2016 09:47:52**
 Data / Hora da Ocorrência: **18/05/2016 17:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA RAIMUNDO JOSE**
 Complemento: **PAJUÇARA**
 Bairro: **PAJUÇARA** Município: **MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência: **ESCOLA SINFONIA PEIXOTO DE MORAIS**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ROBSON GONÇALVES DE MESQUITA**
 Nascimento: **27/12/2002** CPF:
REGISTRO CIVIL: 11786 Orgão Emissor: **CARTORIO** UF:
 Filiação: **MARIA CRIZEUDA DOS SANTOS GONÇALVES**
ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA

Endereço:

Bairro:

Município:

País:

CEP:

Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **ANDERSON CAVALCANTE DE MESQUITA**
 Nascimento: **02/07/1983** CPF: **000.415.261-84**
 RG: **99002078987** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA LUCIA CAVALCANTE DE MESQUITA**
JOÃO CAMPOS DE MESQUITA

Endereço: **RUA RAIMUNDO JOSE, 751 PAJUÇARA**Bairro: **PAJUÇARA**Município: **MARACANAÚ/CE**País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **3297-2645****Histórico**

INFORMA O NOTICIANTE QUE NA DATA HORA E LOCAL ACIMA CITADO, O SEU FILHO MENOR DE IDADE DE NOME ROBSON GONÇALVES DE MESQUITA, QUANDO ESTAVA NA GARUPA DA MOTO HONDA/CG 150 TITAN K5, DE COR VERMELHA, ANO 2007/2008, CHASI: 9C2KC0810BR012828, DE PLACA: HYL9445-CE/MARACANAÚ, EM NOME DE FRANCISCA TAVARES, E PILOTADA PELA PESSOA DE JOÃO PAULO TAVARES, QUANDO JOÃO PAULO AO FAZER UM RETORNO A MOTO DERRAPOU, QUANDO JOÃO PAULO DESEQUILIBROU-SE PERDENDO O CONTROLE, VINDO A DERRUBAR A VÍTIMA AO SOLO, QUANDO A VÍTIMA PROCUROU O HOSPITAL DEPOIS QUE CHEGOU EM CASA, E UM FAMILIAR CONDUZIU ATÉ O HOSPITAL ABEMP, QUANDO A VÍTIMA SE QUEIXAVA COM DOR NA MÃO, AONDE FOI ATENDIDO COM FRATURA DO 5º METACARPO DA MÃO DIREITA, SENDO SUBMETIDO A UMA CIRÚRGIA, E MAIS NÃO DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impressa em: 06/08/2016 10:10:47



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA

ATENDIMENTO AMBULATORIAL

ANAMNESE DO PACIENTE

DADOS DO PACIENTE

Paciente: ROBSON GONCALVES DE MESQUITA

Idade: 13 anos 4 meses 22 dias - CNS:

Nome da Mãe: MARIA CRIZEUDA DOS SANTOS GONCALVES

Endereço: RUA RAIMUNDO JOSE DA SILVA, 771 PAJUÇARA - MARACANAÚ

RG: 20084370291

Órgão Exp: SSP CE Expedição: 15/02/2013 CPF:

Certidão Nascimento/Casamento: - Livro: Folha: Nº: Data:

Celular:

Telefone: CNS:

Registro: 217728

Pai: ANDERSON CAVALCANTE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data do atendimento: 18/may/16

Hora: 19:09:25

Médico: JULIO ANTONIO CAVALCANTE PARENTE CRM: 3360

Especialidade: TRAUMATO-ORTOPE Unidade: RECEPCÃO CENTRAL

Convênio: SUS

Categoria: SUS

Forma de Chegada: Procedência: Situação:

Matrícula:

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

DOR NA MÃO D

DESCRIÇÃO SUMÁRIA DO EXAME CLÍNICO:

DOR, EDEMA, DEFORMIDADE
REFERC TCE SINO VITIMA DE ACIDENTE
EXAMES SOLICITADOS: DE TRANSITO.
RX MÃO D AP/P

DIAGNÓSTICO:

FRATURA DO 5º

PROCEDIMENTO:

IMOBILIZAÇÃO

REPETIÇÃO DO ATENDIMENTO () SIM () NÃO

URGÊNCIA () SIM () NÃO

Nº DE VEZES ()

MARACANAÚ, 18 / MAIO / 16

ASSINATURA DO PROFISSIONAL
Dr. Julio A. C. Parente
Traumatologia-Ortopedia
CPF 740.710-34 CRM 3360

ASSINATURA DO PACIENTE

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE CÓPIA ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEP
Rua João Coimbra, nº 363 Pajuçara
CEP: 61.941-330
MARACANAÚ-CE

Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
Nome do Estabelecimento Solicitante ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA				CNS		2372150	
Nome do Estabelecimento Executante ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA				CNS		2372150	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
Nome do Paciente ROBSON GONCALVES DE MESQUITA				Cartão Gestante		Acolido	
Cartão Nacional de Saúde (CNS)		Data de Nascimento		Sexo		Raça / Cor	
898003728077099		27/12/2002		Masculino ☒ Feminino ☐		PARDA	
Nome da Mãe MARIA CRIZEUDA DOS SANTOS GONCALVES				Endereço		Número	
				85		989044319	
Nome do Responsável				DDD		Telefone de Contato	
				85		989044319	
Município de Nascimento		UF		Nacionalidade		Endereço Residencial (Rua, Av., Complemento)	
MARACANAÚ		CE		BRASILEIRA		RAIMUNDO JOSE DA SILVA	
Nº		Bairro		Município de Residência		Código IBGE do Município	
771		PAJUÇARA		MARACANAÚ		230765	
Ponto de Referência		Documento		RG		UF	
		RG 20084370291		CE		61910000	
DIRETOR CLÍNICO DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE							
Nome do Diretor Clínico do Estab. Executante DIONISIO BROXADO LAPA FILHO				Nº Cons. Classe		CPF	
				2257		13285246472	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
Principais Sinais e Sintomas Clínicos				Paciente portador de			
				fratura do			
				ultra corpo			
Condições que justificam a internação				REFERIR TER SIDO AUTAMENTE TRANSFERIDO			
				NECESSARIA CIRURGIA			
Principais Resultados de Provas Diagnósticas (Resultados de Exames Realizados)				RX			
Diagnóstico Inicial				FRATURA SE ULTRA			
Descrição do Procedimento Solicitado				CIRURGIA			
Código do Caracter de Internação				PROCEDIMENTO SOLICITADO			
2 Urgente ☒ Eletivo ☐							
Equipamentos Requeridos para Internação							
Nome do Profissional Solicitante				PROFISSIONAL SOLICITANTE			
JULIO ANTONIO CAVALCANTE PARENTE				Dr. Júlio A. C. Parente			
Documento				TRAUMATOLOGIA - ORTOPEdia			
☒ CPF ☐ CNS				CPF: 740.764.938-34 - CRM: 3360			
Data da Solicitação				Assinatura e Carimbo do Profis. Solicitante/Nº do Conselho de Classe			
23/05/2016				3360			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				Data Despedida para Internar			
☐ AC DE TRANSITO ☐ ACID. TRAB/TÍPICO ☐ AC TRAB./TRAJETO				23/05/2016			
CNPJ da Seguradora				Número do Boleto			
CNPJ da Empresa				CNAE da Empresa			
Vínculo com a Previdência ☒ Empregado ☐ Empregador ☐ Autônomo ☐ Desempregado ☐ Aposentado ☐ Não Segurado							
Nome do Profissional Autorizador							
DIONISIO BROXADO LAPA FILHO							
Documento		Nº do CNS/CPF Profis. Autorizador					
☒ CPF ☐ CNS		13285246472					
Data da Autorização		Código do Órgão Emissor					
//							
Nº Registro Cons. de Classe		Ass. do Autorizador/Carimbo					
2257							

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
Rua João Gonçalves, 363 - Pajuçara
CEP: 61.911-380
MARACANAÚ para Colar Etiqueta com Dados da Autorização

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARIANA ARAUJO MENDES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 22/12/2017 às 14:22, sob o número 01963441620178060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0196344-16.2017.8.06.0001 e código 325E576.

- 1- Anestesia
- 2- Assepsia + Campos
- 3- Incisão + Divisão
- 4- Redução da Fratura
- 5- Fixação-Osteossintese
- 6- Sutura + Curativo + Tala + RX

Data _____ Cirurgião <u>Dr. Jullia A. C. Ruyter</u> CRM: 140.764.594-4 - CRM 363		1º Auxiliar _____ Assinatura e Carimbo _____
Assinatura e Carimbo do Cirurgião _____		3º Auxiliar _____ Assinatura e Carimbo _____
2º Auxiliar _____ Assinatura e Carimbo _____		Assinatura e Carimbo _____

*Moore a pleixo com
3m a cateter 7r*

Data _____
 Assinatura e Carimbo do Anestesiista
Dr. Emanuel N. Rangel
 CRM-7370
 CPF: 455.266.568-49

Relatar as causas que justifiquem a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamento

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
 CONFERE COM O ORIGINAL
 ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAUCARA ABEMP
 Rua João Corrêa, Nº 363-Pajuçara
 CEP: 64.194-1330
 MARACANAU-CE



NOME DO PACIENTE

Robson Gonçalves de Albuquerque

DATA E HORA

23/05/16

INTERVISTA

CIENCIA

OK

OPERAÇÃO

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

ENF. OU APTO.

LEITO

PRONTUÁRIO

Convênios: SIM/SUS - INAMP
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara - Maracatu
Fone/Fax: (85) 3215-0120 - Fone: (85) 3215-8703

29/05/16 Alta Hospitalar

Dr. Julio A. C. Parente
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CPF: 740.764.938-34 - CRM: 3360

Dr. Julio A. C. Parente
TRAUMATOLOGIA - ORTOPEDIA
CPF: 740.764.938-34 - CRM: 3360

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DE MEDICINA DE PARACATU - ABEMP
Rua João Conrado, 363 - Pajuçara
CEP: 61.947-330
COORDENAÇÃO
MARACATU - CE



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
 Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO LAVDO

Paciente Roberto Gonçalves
 Musculatura sobre a
 tibia do se. direito de um
 18/05/2016, submetido a trata-
 mento cirúrgico com anel
 de fixação e parafuso com
 sulco para a inserção de uma
 de para dar a mobilização
 e dar a mobilidade definitiva.

Dr. João Batista Gomes da Silva
 Médico - CRM: 5155
 CPF: 228.775.925-01

Fortaleza,

04 05 12

Eu, ROBSON GONÇALVES DE MESQUITA, portador da carteira de identidade nº 20084370291 e inscrito no CPF/MF sob o nº _____ residente e domiciliado na RUA RAIMUNDO JOSÉ DA COSTA, 751 Cidade MARACANAÚ, Estado CEARA, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

() O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

Anderson Cavalcante Mesquita

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

MARACANAÚ, 27/07/16

Local e data

SINISTRO 3160510693 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA ROBSON GONÇALVES DE MESQUITA****COBERTURA Invalidez****SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** Comprev Previdência S/A-Filial
Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO ROBSON GONÇALVES DE MESQUITA****CPF/CNPJ:** 00041526384**Posição em 15-09-2016 09:35:50**

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 945,00

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.