

PROCURAÇÃO

Outorgante(s):

Nome: FRANCISCO CHAVES GOMES		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 300366-95	Órgão Emissor: SSP	Data da Emissão: 21/11/95
CPF: 778.748.543-49 Profissão: PORTEIRO		
Endereço: RUA PEDRO COELHO 119		
Bairro: JTAOCA	Cidade/UF: FORTALEZA	CEP: 60.740-460

Outorgado (s):

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA, brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A e ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6994, ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE.

Poderes:

Os da cláusula ad judicium e et extra e os especiais para promover o processo do Seguro Obrigatório DPVAT, contra quem de direito, podendo para tanto, transigir, desistir, acordar, discordar, conciliar, requerer e receber alvará judicial, passar recibo, dar quitação, enfim praticar todos os atos necessários, inclusive substabelecer.

Fortaleza, 10 de ABRIL de 2019.

Francisco Chaves Gomes

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declarante: FRANCISCO CHAVES GOMES		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 3003663-95	Órgão Emissor: SSP	Data da Emissão: 21/11/95
CPF: 778.748.543-49	Profissão: FORTIEIRO	
Endereço: RUA PEDRO COELHO 117		
Bairro: JTAOCA	Cidade/UF: FORTALEZA	CEP: 60740-460

DECLARA, com a presente, sob as penas da Lei, para fins de prova junto ao Juízo competente, e a quem por competente distribuição couber o julgamento da lide, que não possui condições financeiras para arcar com o ônus processual, estando nas exatas condições da Lei n°. 1.060/50, carecendo, pois, dos auspícios da GRATUIDADE DE JUSTIÇA para promover Ação de Indenização e/ou Cobrança.

Fortaleza, 10 de ABRIL de 2019.

Francisco Chaves Gomes

JOSÉ ORISVALDO BRITO DA SILVA,

brasileiro, advogado inscrito na OAB/CE 21.292 A, e **ANA CLAUDIA MAIA DE ALENCAR**, brasileira, advogada, inscrita na OAB/CE 6.994 ambos com escritório na Av. Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota – Fortaleza – CE, declaramos para os devidos fins de direito, que não estamos cobrando honorários advocatícios antecipadamente do(a) autor(a), ressaltando os honorários de sucumbências.

Fortaleza, 10 de ABRIL de 2019.

x _____

Ciente:

Francisco Chaves Gomes

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
FRANCISCO CHAVES GOMES

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
98675 MTPS CE

CPF
778.749.543-49

DATA NASCIMENTO
09/01/1975

RELAÇÃO
FRANCISCO DE ASSIS GOMES
MARLENE CHAVES GOMES

PERMISSÃO
ACC
CAVAL
AR

Nº REGISTRO
06063137387

VALIDADE
12/11/2018

1ª HABILITAÇÃO
08/05/2014

EXERCER ATIV REMUNERADA:

Francisco Chaves Gomes
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
08/05/2015

for Valdeir
ASSINATURA DO EMISSOR

61740608936
CE147432758

DETRAN-CE (CEARA)

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1097288309

PROIBIDO PLASTIFICAR
1097288309





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 556883101
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07042251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei Nº 10.438 de
26 de abril de 2002

JAN/2019
Utilize o Nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
4534230

VENCIMENTO
15/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
126,60

DADOS DO CLIENTE

Rota 04 01130 24 411400 - 8 Medidor 2006518 Poste 0000 V875

Nome FRANCISCA AURIZIANA PEREIRA CANUTO SMC 008002156789

Endereço Postal RU PEDRO COELHO 00117 - ITAOKA - FORTALEZA CEP 60740-460

End. da Unidade Consumidora RU PEDRO COELHO 00117 - FORTALEZA

RG / CPF / CNPJ 921863273-68 CGF

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
19316	19157	1	158	0	158

DESCRÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
158	0,72504	114,55
		1,78
		0,17
		10,10

VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 10/2018
JURIS DO MES Ref. 11/2018
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

COMPOSICAO DO VALOR DE CONSUMO

Item	Valor (R\$)
Energia	42,54
Transmissao	4,54
Distribuicao	24,24
Encargos Setoriais	5,50
Tributos (ICMS/PIS/COFINS)	38,73
Total	114,55

DADOS DE LEITURA

Data de Emissao/ Apresentação 14/01/2019

Prev. Próxima Leitura 07/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

AEF1,EEAE,E32C,812C,413E,30C3,84EA,92F3

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
114,55	27,00%	30,92

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) 62 Compensado kg (CO₂) 0

Consciência Ecológica (%CO₂) 0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos a ajudar e entre no combate ao mosquito transmissor

Conta desta fatura R\$ 5,81 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,91% e COFINS: 4,17%. [Art. 9 Lei. 100/2006 - AMEL e Lei n. 10.837/02 e 10.833/08]

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

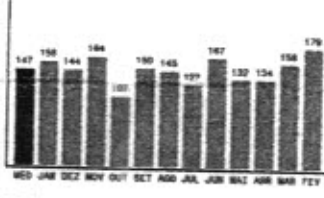
Conjunto PARANGABA

Mês NOV/2018 - EUSD 39,28

DICRI = 0,00 P

Padrão Individual	Mês		Anual		Apuração Individual	
	Mês	Tem.	Mês	Tem.	Mês	Tem.
DIC (h)	4,95	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (uh)	3,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,77					

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Consumo médio dos 12 últimos meses: 158 kWh

Consumo mensal: 158 kWh

Nº do Cliente: 4534230

Data de Emissao: 08/01/2019

Nº da Nota Fiscal: 556883101

Referência: JAN/2019

Total a Pagar (R\$): 126,60

Nº de Controle: 0004534230 00088 40892 06

83600000001-5 26600031000-0 00045342300-6 00884089206-4



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Declarante: FRANCISCO CHAVES GOMES		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 3003663-95	Órgão Emissor: SSP	Data da Emissão: 21/11/95
CPF: 778748543-49	Profissão: PORTEIRO	
Endereço: RUA PEDRO COELHO 117		
Bairro: JTAOCCA	Cidade/UF: FORTALEZA	CEP: 60740-460

Declara para devidos fins de direito e a quem possa interessar que reside no endereço acima declarado, porém não possui comprovante de residência em seu nome.

Fortaleza, 10 de ABRIL de 2019

Francisco Chaves Gomes

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Declarante: FRANCISCO CHAVES GOMES		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: SOLTEIRO	
RG: 3003663-95	Órgão Emissor: SSP	Data da Emissão: 23/11/95
CPF: 328.748.543-49	Profissão: PORTEIRO	
Endereço: RUA PEDRO COELHO 337		
Bairro: JTAOCA	Cidade/UF: FORTALEZA	CEP: 60740-460

Declaro para devidos fins de direito e a quem possa interessar que assumo de forma plena, única e integral, a responsabilidade por toda documentação acostada ao processo judicial, bem como pelos fatos narrados neste.

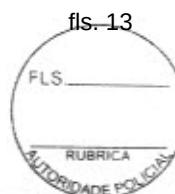
Desta forma, isento o escritório José Brito Advogados representado através dos Advogados José Orisvaldo Brito da Silva, inscrito na OAB/CE 21.292 A e Ana Cláudia Maia Alencar, inscrita na OAB/CE 6994, com endereço na Avenida Santos Dumont, 1740, sala 905, Aldeota, Fortaleza /CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e/ou administrativa, no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"As informações contidas no processo indenizatório DPVAT são de responsabilidade do beneficiário, sendo o mesmo informado que a comunicação de fato não ocorrido ou inexistente é crime punível na forma da lei – Art. 339 e 340 do CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade do mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza, 10 de ABRIL de 2019.

Francisco Chaves Gomes



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1924 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/05/2018 09:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **16/10/2017 06:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL, 5581**
Complemento:
Bairro: **JANGURUSSU** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **DISTRIBUIDORA DE GESSO MIL**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO CHAVES GOMES**
Nascimento: **09/01/1975** CPF: **778.748.543-49**
CNH: **06063137387** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARLENE CHAVES GOMES**
FRANCISCO DE ASSIS GOMES
Endereço: **RUA PEDRO COELHO, 30 CASA**
Bairro: **ITAOCA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.740-460**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98622-0367**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OZA2241** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC1680FR301066** Renavam: **1050481353** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG150 FAN ESDI** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRETA** Proprietário: **FRANCISCO CHAVES GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OZA-2241-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. PERIMETRAL E ESTAVA CHOVENDO NO LOCAL; QUE UM PEDESTRE QUE ESTAVA EMPURRANDO UMA BICICLETA E ATRAVESSANDO A VIA, QUE AO PERCEBER QUE VINHA UMA MOTO NA VIA, TENTOU RETORNAR E A VITIMA AO FREAR PARA NAO COLIDIR, PERDEU O CONTROLE DA MOTO E DERRAPOU NA PISTA, VINDO AINDA A SE CHOCAR COM A BICICLETA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR POPULAR QUE PASSAVA NO LOCAL, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA 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 :

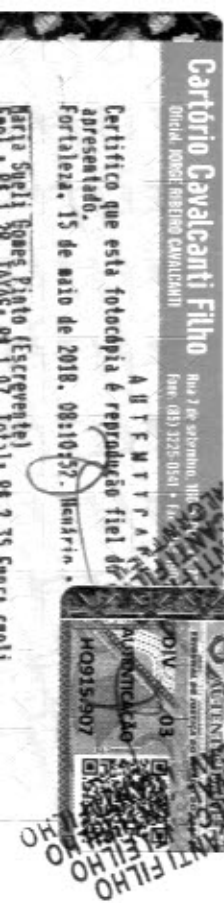
CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Francisco Chaves Gomes

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/05/2018 09:21:15





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

fls. 14



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1924 / 2018
VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-

Cartório Cavalcanti Filho
Rua 7 de setembro, 160 • CEP. 60.720-080 • Parangaba • Fortaleza • Ceará
Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI
Fone: (85) 3225-0541 • Fax: 3245-1908 • e-mail: ccavalcanti@uol.com.br

AUTENTICACÃO
Certifico que esta fotocópia é reprodução fiel do original que me foi apresentado.
Fortaleza, 15 de maio de 2018. 08:06:47. Usuário.: sueli

Maria Sueli Gomes Pinto (Escrevente)
Emol.: R\$ 1,28 TAXAS: R\$ 1,07 Total: R\$ 2,35 Fone: 3245-1908
Válido somente com o selo de autenticidade



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

PACIENTE
RANCISCO CHAVES GOMES

ARLENE CHAVES GOMES

RUA PEDRO COELHO 117 PARANGABA

(55) 98883-9330

DADOS PESSOAIS

Nº DO PRONTUÁRIO

5083880

Nº DO RE

236166

RACIA/COR

PARDO

NASCIMENTO

09/01/1975(42 ANOS)

SEXO

M

NOME RESPONSÁVEL

NI

MUNICÍPIO

FORTALEZA

UF

CE

OCCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO

ACIDENTE DE MOTO

ESCALA DE DOR

3 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PULSO

NI

GLICEMIA

NI

DESAZ. ARTERIAL

NI/NI

ALFONOS

NEGA

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
ROSILENE GOMES DE BRITO

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
16/10/2017 07:41:00

ÁREA DE ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

*Acidente em ME e queda em
rua de Fortaleza - Prof. do Tênis*

() SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X

PRESCRIÇÃO MÉDICA

APRAZAMENTO

DR. MARIO
Médico
CRM 3955

03010/0072

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 16 JUL 2018

TIPO DE ALTA/SAÍDA

DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () OBITO () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por Rosilene Gomes de Brito em 16/10/2017 07:41:00

Assumo a responsabilidade das informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no

Rancisco Chaves Gomes
Rancisco Chaves Gomes

04.855.137/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Assinado por Rosilene Gomes de Brito em 16/10/2017 07:41:00

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome: Francisco Alves Jorne

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			14/10/14	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

24/10/14: Paciente com ferida infectada no joelho, com secreção purulenta e odor fétido. Evolução satisfatória.
Francisco Vinícius C. Lima

Dr. João Maria
Médico
RM 397

24/10/14 12:00 F.C. 9, 42a, com HD de aparência infectada sem sinais de pus ou secreção; secreção supurativa, com odor fétido. Não há sinais de infecção sistêmica. Acute devida ao processo infeccioso. Segue com cuidados de enfermagem.
Epi: 1000 Korrelina 5 entiles
Lum: 380. 116.

25/10/14 Paciente em leito infectado no joelho com base desbridada. Bom ac. moral.

HISTÓRIA DISTAL DE JOSE BARROSO DE OLIVEIRA. 46. Aguarda vaga na SR PT do leito.
NÃO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro
Mat. 753

Dr. Raphael Farias de Carvalho
UROLOGISTA - TSBU
CRM-CE 148993

COMPREV SEGUROS
E PRESENCIA S/A.
REC. 10 JUL 2018

25/10/14 F.C. 9, 42a, HD = lesão infectada em joelho. Evidência de infecção, com secreção purulenta, V/BH, de aparência infectada, com odor fétido. Não há sinais de infecção sistêmica. Acute devida ao processo infeccioso. Segue com cuidados de enfermagem.

Maria Alice Rocha Oliveira
Enfermeira
COREN-CE 454.339

EVOLUÇÃO

26/10/17

Exame físico do Cirurgião
Realizado em

Dr. João Mário
Med. Cirúrgico
CRM - 33331

27/10/17

Cir. Geral

Serrote infectado pelo duto
Necrose do limbo gengival
Realizado limbo

[Signature]

27/10/17
11:30h

F.C.G., 42a, 35 DII, com HD de Exantema infectado em joelho (2).
Sinais associados, dor, vermelhidão, edema, sensibilidade física prejudicada.
Mucil (T = 36°C), normotensão (P.A. = 120/80 mmHg), sem alterações
Em estado geral está regular. Rins normais. Em uso de Aspirina
(D+), Clonidina (D+). Aguarda procedimento cirúrgico.

Claudia Marcela B. do Nascimento
CRM - 486.027

27/10/17

F e 642a por de biópsia cirúrgica
SN em lesão de pele e consequente cicatriz
22hs de operação exposto por um ambiente
Sist. 95% FC 89 pte 130 x 80 mm e liberado
dieta IV após feita anestesia, sem
urina no período.

Dra. Helene M. da Rocha
Coren. 037212

HOSPITAL DISTRIAL N.º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE Cópia confere com ORIGINAL

[Signature]
Emanuelle Monteiro
Méd. 763

[Signature]
[Signature]

27/10/2017 14:00
Sistema de Gestão de Saúde

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A
16 JUL 2018

CRM - MÉDICO (A)

DATA	EVOLUÇÃO
	<i>Flu</i> <i>Atte</i> <i>[Signature]</i> Jansen de Sousa Gomes CPF 300.005.153-72
30.10.17	Enfermagem 13:23 F.C.G., 42a., por HD: DO de LC + sutura. Evolui consciente, orientado, VNMB's, eufórica em ambiente, tolerando dieta V.O., c. / CVP pervio, eliminações espontâneas, renovação curativo, / queixas segue sob as cuidados de equipe. Grazielle Mara Enfermeira CRM-CE 467.117
31/10	LC estável Afebril Apresenta ferida em volta da sutura. Retirado os pontos. <i>[Signature]</i> Emanuelle Monteiro CRM-CE 467.117 HOSPITAL DISTRITAL M. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL CRM - MÉDICO (A)



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Francisco Chaves Gomes, encontra-se internado nesta unidade hospitalar desde o dia 24.10.17, sob registro de N° 314044, sem previsão de alta.

Fortaleza, 26 de Outubro de 2017

Atenciosamente,



DATA

EVOLUÇÃO

FISIOTERAPIA

01 Paciente 42 anos MO. p.O de limpeza
 11 cirurgica em joelho D evolui consciente
 17 Orientado cooperativo e preveio em
 ar ambiente, satO2 97% refere dor em
 joelho D e fraqueza muscular em MIE,
 realiza fisioterapia motora em MIE,
 quadril e tornozelo D, não mobili-
 zo joelho D,

Emanuelle Silva de Sousa
 Fisioterapeuta
 CREFITO 224881-F

Man

Ata

Jarison de Sousa Gomes
 CREFITO 224881-F
 CPF 390.805.153-12

02/11/17

F.C.G. M, 42a com Hds p.O de limpeza
 D evolui consciente, orientado, mobilizando, na
 equis, cooperativo, preveio de hds, acerta
 duto operado afim de manter em movimento
 e de hds, refer a dor no joelho D e na
 e de hds

Keyla Maria Alves Silva
 COREN-CE 114.781
 Enfermeira

HOSPITAL DISTRITAL M JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 ATESTO QUE CÔPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mt 763

CRM - MÉDICO (A)

DATA

EVOLUÇÃO

Pneu

Ca I se

[Handwritten signature]

Jansen de Sousa Gomes
Clínica Geral
CPF 033.003.153-72

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

[Handwritten signature]
Emanuelle Monteiro
Med. 763

FISIOTERAPIA

04 Paciente 42 anos, HD. P.O de limpeza cirúrgica
11 em Joelho (D) evoluí com coarctação, acentada,
17 verbalizando surpresa em ambiente,
refere dor e fadiga muscular em MIE (D)
realiza fisioterapia por motor em MIE quadril
e tornozelo (D), não mobiliza Joelho (D).

Emanuelle Silva de Sousa
Fisioterapeuta
CREN 224881-F

05/11/17 + Exame

(M)

Evolui estável, 42a HM, PO LC + sutura Joelho D
Consciente, orientado, eufórico, apné. Sente dor
operada. Renovação curativo, drenagem secreção
serosanguinolenta. Exame físico presente.
— Gargalhões 66047.

CRM - MÉDICO (A)

Jansen de Sousa Gomes
Clínica Geral
CPF 033.003.153-72

[Handwritten signature]

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

Paciente: Francisca Clara Gomes

Data da Operação: 22/10/17

Enfermaria:

Leito:

Operador: Victor Ribeiro

1º Auxiliar:

2º Auxiliar:

3º Auxiliar:

Instrumentador:

Anestesista:

Tipo de Anestesia:

Diagnóstico Pré-operatório:

lesão
ferimento perfurante no tórax
limpeza cirúrgica

Tipo de Operação:

Diagnóstico Pós-operatório:

Relatório Imediato Patologista:

HOSPITAL DISTRITAL M^{te} JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Exame Radiológico no ato:

Ante durante a operação:

Emanuelle Monteiro

Mat. 763

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Viscerais

- 1 - Ponto em ODH sob lesão
- 2 - Contusão: amarela - com pontos
- 3 - Cebulosa: lesão mucosa em yello duro
- 4 - Realizado: - debridamento cirúrgico
- ressecção de bordas
- aproximação de bordas
- 5 - Curativo

COMPREV SEGURO
E PREVIDENTE
REC. 16 JUL 2018
Nome:

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

NAME: Fu Charles Gomes

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:	74	Ø	dup
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS			
HORÁRIO:	800h		
P.A.:	1,20 x 90		
TEMP.°:	36		
P./MIN.:	—		
M.V./MIN.:	—		

NOME:	IDADE:	ENF.:	LEITO:	Nº. PRONTUÁRIO:
FILIO Chaves Gomes	42		210	
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORARIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Enf./Dieta)
	Presc 2/16 by Atue yall	✓	800h Pte Consciente Oriento do Espirito, Afetado Acute Dente + medicação. Otimizar fisiologia de pente. Sergeio sob observação my 59/1	
		HOSPITAL DISTINTAL ME JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL		
		Emanuelle Monteiro Pat. 763		



**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

Av. Presidente Costa e Silva, 1578 - Bairro Messejana - CEP 60.864-810

Fone: (85) 3105.1560 - CNPJ: 07.835.044/0004-23

Paciente:

Endereço:

3airro:

Descrição:

Fone:

Descrição:

Prof. David do Vale

② CEFAKXIA 500 mg = 2600

by the company

③ 2000 10/10/10

464047

Dr. J. H. P.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

Identificação:

Órgão Emissor:

Cidade: _____

Telephone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

PREV SEGUROS
REINTEGRACI3N.
16 JUL 2001
Assinatura do Farmac6utico

Assinatura del Farmacofuturo

Data:

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ORISVALDO BRITO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 16/05/2019 às 12:10, sob o número 01333317220198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0133331-72.2019.8.06.0001 e código 48B8F4C.

Diagnóstico: Sequela fratura
de patela E.

Tratamento: Primo
terço
IV
-
Quinto
metacarpo

Obs.: _____

Dulce
Fisioterapeuta

Nº SS	DATA	ATENDENTE
01	06/02/18	
02	08/02/18	
03	16/02/18	
04	20/02/18	
05	27/02/18	
06	28/02/18	
07	28/02/18	
08	02/03/18	
09	06/03/18	
10	08/03/18	

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.
REC. 16 JUL 2018

Diagnóstico: fratura de fêmur - 1º
grau I

Tratamento: curativo
limpeza
rec

Obs.: _____

VIVIAN GUY
Fisioterapeuta

Nº SS	DATA	ATENDENTE
01	12/03/18	
02	14/03/18	
03	16/03/18	
04	05/04/18	
05	11/04/18	
06	19/04/18	
07	25/04/18	
08	27/04/18	
09	17/05/18	
10	21/05/18	

AVISOS IMPORTANTES

1. PASSE PELA RECEPÇÃO, ANTES DE INICIAR SEU TRATAMENTO DIÁRIO.
2. TRAZER UMA TOALHA PARA USO PESSOAL
3. ATENDIMENTO POR ORDEM DE CHEGADA
4. PROIBIDO ACOMPANHANTES NO SETOR DE FISIOTERAPIA EXCEÇÃO FEITA A APENAS A CRIANÇAS, IDOSOS E PACIENTES DE CADEIRA DE RODA, ESTA MEDIDA EVITA O AGLOMERADO DEIXA O SETOR ORGANIZADO E PERMITE MAIOR EFICIÊNCIA NO TRATAMENTO



**ORTOPEDIA
TRAUMATOLOGIA
FISIOTERAPIA**

Av. José Bastos, 5285 - Couto Fernalde
Fones: (85) 3292-0153 / 3232-3222

SERVIÇO DE FISIOTERAPIA CONVÊNIOS

Nome F. Charles
Gomes
 Convênio _____
 Data 01/02/2018
 SEG. À SEXTA 07:30 ÀS 19:00

Diagnóstico: _____

Tratamento: _____

Obs.: _____

Fisioterapeuta

Nº SS	DATA	ATENDENTE
01	08/05/18	
02	29/05/18	
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		





Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSP. DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA

fls. 29

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE: *Francisco Chaves Gomes*

PRONTUÁRIO:

UNIDADE:

ENFERM:

LEITO: *210*

INÍCIO DO TRATAMENTO

DATA DA ALTA

DATA DO RETORNO

MÉDICO(A) PARA RETORNO

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Tumor pinto ep. mel 4-pul

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL:

ACESSÓRIO 1:

ACESSÓRIO 2:

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO RELIZADO

*Intervenção de laser
Drenagem de abscessos*

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Exo V.O

☐

CONDIÇÕES DE ALTA

☐

CURADO

☐

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

*Retornar próximo quinta-feira
às 8h para revisão com
Dr. Jansen*

DATA:

05/11/17

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

COMPREV SEGUROS
E PREVIDÊNCIA S/A.

REC. 16 JUL 2018

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):

Francisco CHAVES Gomes

vítima de acidente de trânsito, em 16/10/2018, sofreu:
Traumatismo no joelho direito
com fratura exposta.
CID - S80.0 S81.0

e submeteu-se a tratamento(s):

limpeza cirúrgica
de fratura exposta, curativos
regulares por 13 dias
fisioterapia

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

Cicatriz exposta no
joelho direito. Protrusão
ligamentar. Imobilidade
do joelho, não pode elevar
canele, fadiga intensa
na marcha. Comprometi-
mento funcional
permanente de membro.
OIM de 30% de trânsito

COMPREV SEGUR
E PREVIDÊNCIA S
REC. 16 JUL 2018
Nome:

15/05/18

Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida
Fco. Mardônio Salmito de Almeida
Ortopedia - Traumatologia
CREMEC 4411

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

SINISTRO 3180326094 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO CHAVES GOMES

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO CHAVES GOMES

CPF/CNPJ: 77874854349

Posição em 13-02-2019 15:57:30

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.