

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

fls. 7

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1488534942

NOME
LUCAS DA SILVA GOMES

DOC IDENTIDADE / ORG EMISSOR UF
5041511 MTPS CE

CPF DATA NASCIMENTO
612.414.533-22 06/10/1994

RELACÃO
ADRIANO MARQUES GOMES
MARIA JUCELINA
MONTEIRO DA SILVA

PERMISSÃO ACC CAT HAB
PERMISSÃO AB

Nº REGISTRO VALIDADE 1ª HABILITAÇÃO
06843041800 16/05/2018 16/05/2017

OBSERVAÇÕES

CEARÁ

1488534942

PROIBIDO PLASTIFICAR

ASSINATURA DO PORTADOR
LUCAS da Silva Gomes

LOCAL DATA EMISSÃO
EUSEBIO, CE 17/05/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
11500248896
CE157241335

CEARÁ

CS Scanned with CamScanner



CPF

CPF

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	LUCAS DA SILVA GOMES
ESTADO CIVIL:	casado
PROFISSÃO:	AUTONOMO
DOMICÍLIO:	RUA JOAO PIRES CARDOZO S/N
RG/CPF/PIS PASEP:	5041511 1 612414533-22

OUTORGADOS

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: FORTALEZA

Data: 19 / 08 / 20

OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: LUCAS DA SILVA GOMES

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado CEARA Estado Civil: CASADO

Profissão: AUTONOMO

Rg: 5041511 SSP/ CPF: 612.414.533-22

Logradouro: RUA JOAO PIRES GROSSO

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 19 de agosto de 2020

X Lucas da Silva Gomes



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

NOME: LUCAZ DA SILVA GOMES

RG: 5041511

SSP/CE CPF: 612.414.533-22

DECLARA de sã consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: RUA JOÃO PRES CAROSO

Complemento: _____

Bairro CAMARA **CEP:** 71600-000

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 19 DE Agosto 2020

X Lucas da Silva Gomes

**Companhia Energética do Ceará**

Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70
CGF 06.105.848-3

fls. 11

Nº CLIENTE: 000003060899

MUNICÍPIO: AQUIRAZ DISTRITO CAMARA

NOME: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA

ENDEREÇO: RU JOAO PIRES CARDOSO 00000

CEP: 61700-000

CPF: 023.420.373-09

MÊS/ANO

09/2019

VENCIMENTO

31/01/2020

CONSC. kWh

0

VALOR EM R\$

10,08

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

TOTAL A PAGAR EM (R\$)

10,08

COMPROVANTE ENEL



Nº CLIENTE: 000003060899

MUNICÍPIO: AQUIRAZ DISTRITO CAMARA

CEP: 61700-000

NOME: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA

ENDEREÇO: RU JOAO PIRES CARDOSO 00000

TOTAL A PAGAR EM (R\$)

10,08



83850000000 8 10080031100 7 00873908729 6 00003060899 6

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004204736981 Admissão: 02/10/2019 16:02
 Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
 Pront.: 5638349 Data Nasc.: 06/10/1994 Idade: 25 ano(s) 5 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 987303560
 Mãe: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: 5041511 Município: AQUIRAZ
 CEP 60000-000 Bairro: CAMARA
 Endereço: AV MANOEL FELICIANO DE LIMA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador MA. LUCIENE N. COUTINHO COREN:41020 Horário 02/10/2019 16:10
 Queixa: pac. vítima de colisão moto x carro com trauma na cabeça,, dor em quadril esq.fratura exposta de pé esq. há 01 hora
 Fluxograma: ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO
 Discriminador: MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
 Autoagressão: Não
 Sato02: 98 Glasgow: 15 Temp.: Glicemia: Régua dor: 8 Pulso/FC: 102 PA: 110/70 FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: WALLAM LIMA ARAGAO CRM: 9882 Nº: 558417 Horário 02/10/2019 16:25
 Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
 Eixo: OBSERVAÇÃO 1
 Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS INTRACRANIANOS
 Comorbidade:
 HDA/Exame Físico:
 PAC. VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO COM TRAUMA NA CABEÇA,, DOR EM QUADRIL ESQ.FRATURA EXPOSTA DE PÉ ESQ. HÁ 01 HORA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 02/10/2019 20:58

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
02/10/2019 16:10	ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO	MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	LARANJA	MA. LUCIENE N. COUTINHO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
------	------------------	---------	----------

ENVIO DO PROTOCOLO - INI
 NAE TIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

13/10/2020
 17020
 SERVIDOR

1

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA


 Prefeitura de
Fortaleza
 Secretaria Municipal de Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898004204736981 Admissão: 02/10/2019 16:02
 Nome: LUCAS DA SILVA GOMES
 Pront.: 5638349 Data Nasc.: 06/10/1994 Idade: 25 ano(s) 5 mes(es) e 7 dia(s) Tel.: 88 987303560
 Mãe: MARIA JUCELINA MONTEIRO DA SILVA
 Sexo: Masculino RG: 5041511 Município: AQUIRAZ
 CEP 60000-000 Bairro: CAMARA
 Endereço: AV MANOEL FELICIANO DE LIMA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
02/10/2019 19:45	CAIO DA SILVEIRA JALES	T.O PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO ÀS 14H DO DIA DE HOJE, ADMITIDO NESTE SERVIÇO COM FRATURA EXPOSTA GRAVE (GIII) DO MÉDIO PÉ ESQUERDO, COM PROVÁVEL LESÃO VASCULAR ASSOCIADA, COM NECESSIDADE DE ABORDAGEM DE URGÊNCIA. CD: 1) SOLICITADO AVALIAÇÃO CONJUNTA PELA EQUIPE DE CIRURGIA VASCULAR 2) REALIZO AVISO CIRÚRGICO + ANTIBIÓTICOTERAPIA IMEDIATA

PRESCRIÇÃO

Médico: CAIO DA SILVEIRA JALES CRM 19325 02/10/19 19:47

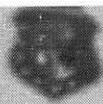
Prescrição	Horário:
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA + -- / INTRAVERNOSA / 12/12 H FAZER 1º DOSE AGORA	
DIETA ORAL - DIETA GERAL ZERO ATE SEGUNDA ORDEM	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVERNOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVERNOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVERNOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVERNOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVERNOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVERNOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVERNOSA / 6/6 H SE DOR E/OU FEBRE	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 100 MG + 100 ML SF 0,9% / INTRAVERNOSA / 12/12 H SE DOR INTENSA	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVERNOSA / 8/8 H NÁUSEAS OU VOMITOS	

SINISTRO 3200219540 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA LUCAS DA SILVA GOMES****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Compre****Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE****BENEFICIÁRIO LUCAS DA SILVA GOMES****CPF/CNPJ: 61241453322****Posição em 17-07-2020 08:54:19**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/07/2020	R\$ 6.750,00	R\$ 0,00	R\$ 6.750,00



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 296 - 5271 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **NAO DELITUOSA**
Data / Hora da Comunicação: **28/10/2019 14:47:33**
Data / Hora da Ocorrência: **02/10/2019 14:50:00**
Endereço da Ocorrência: **AV CORONEL CÍCERO SA, CAMARA -**
AQUIRAZ/CE
Ponto de Referência: **FORRO NO SITIO**

Noticiante(s)

Nome: **MARIA BEATRIZ MARQUES GOMES**
Nascimento: **30/09/1988** CPF: _____
RG: _____ Orgão Emissor: _____ UF: _____
Filiação: **MARIA JOSÉ MARQUES GOMES**
FRANCISCO DE ASSIS FERREIRA GOMES
Endereço: **RUA LUIS DE LIMA ALVES, 46**
Bairro: **CAMARA**
Município: **AQUIRAZ/CE** CEP: **71.600-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99985-2473**

Histórico

DISSE QUE é funcionária da empresa TECLAV, na função de líder de produção, QUE seu sobrinho de nome LUCAS DA SILVA GOMES trabalha na aludida empresa na função de operador de produção, QUE no dia 02/10/2019, por volta das 14h50min, quando voltava para casa em uma motocicleta e depois do expediente, LUCAS DA SILVA GOMES acabou por sofrer acidente de trânsito, QUE o expediente começa às 05h00min e termina às 14h23min; QUE LUCAS por tentar desviar de um buraco na via, acabou entrando na contramão de direção e colidiu com um veículo. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

RENATA DE SERPA MOURA DE MENEZES - MAT.: 198179-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

Maria Beatriz Marques Gomes

VISTO DO DELEGADO(A): _____

LÍVIA TEIXEIRA DE ALENCAR DOMINGOS - MAT.: 300572-1-X