

PROCURAÇÃO "AD-JUDICIA"

OUTORGANTE(s): Jonh Carlos de Oliveira Lima, menor
 púbere, portador(a) do RG nº 2017024729-0, neste ato, assistido(a) por
 sua/seu genitor(a), Antonio Carlos Lima, brasileiro(a),
Divorciado, Comerciante, portador(a) da Carteira de
 Identidade/RG nº 93002063344, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº
314.229.693-04, residente e domiciliado(a) na Rua
Sen. Petronio Portela, nº 560, Bairro: Pq Jacara,
 na Cidade de Maracanaú /CE, CEP nº 61932-130

OUTORGADO: **ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA**, brasileiro, solteiro, advogado,
 OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro,
 Fortaleza - CE CEP: 60.025-060, fone: (85) 8225-8282.
 e-mail: KAIRO_AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES CONFERIDOS: Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia 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), 12 de Julho de 2018.

x Jonh Carlos de Oliveira Lima
 Outorgante
 x Antonio Carlos Lima
 Representante Legal

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Jonh Carlos de Oliveira Lima, menor púbere, portador(a) do RG nº 2017024729-0, neste ato, assistido(a) por seu/sua genitor(a), Antonio Carlos Lima, brasileiro(a), Divorciado, Comerciante, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº 93002063344, e inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 314.229.693-04, residente e domiciliado(a) na cidade de Maracanaú/CE, na Rua Sen. Petronio Portela, nº 560, declara para os devidos fins que possui 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.

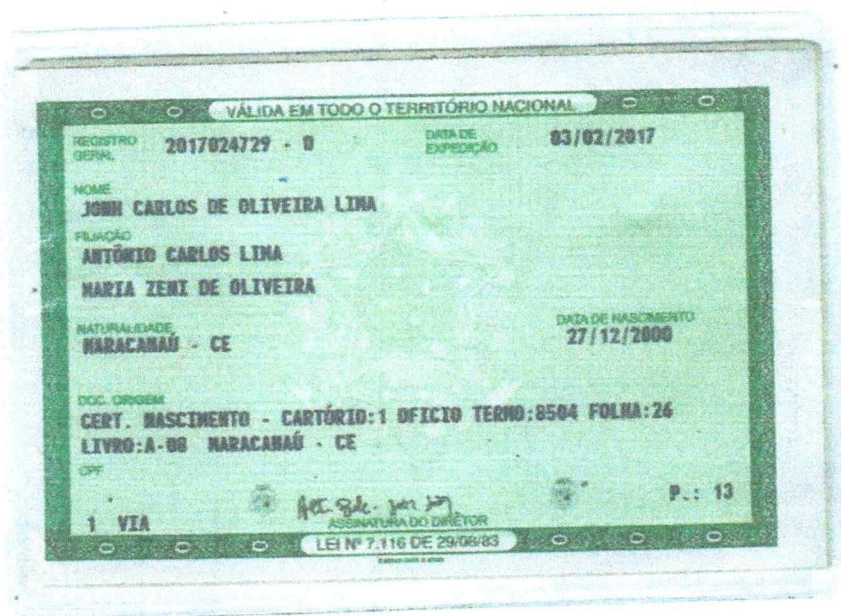
Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 12 de Julho de 2018.

x Jonh Carlos de Oliveira Lima
x Antonio Carlos Lima



vitima menor





Responsável Pai



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE N.º 010308403883

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

CRDP: 70833408701
 SOD RENAVAM: 010308403883
 RRRR: 00000000000

01 652680998 NOVE/ENDEREÇO: FRANCISCA SELMA DE OLIVEIRA PAZ
 RUA 09, 00030
 COM J VENEZA TRO - FQ DOS INYAOIS
 60743175 - FORTALEZA/CE

OPCION: 96021969391 PLACA: HQ01083

NOME ANTERIOR: FRANCISCO RICARDO BARROSA

CLASSE: 9B D17206G83402065

ESPECIE TIPO: PAS/AUTOMOVEL/NAO APPLIC. COMBUSTIVEL: ALCO/GASOL

MARCA/MODELO: FIAT/SIENA FIRE FLEX ANO FAB: 2008 ANO MOD: 2008

CATEGORIA: PARTIC CORP DOMINANTE: PRETA

SR/CCV/1000CC

OSERVAÇÕES:

MOTOR: 178F1011*7992927

LOCAL: FORTALEZA DATA: 16/09/2013

Assinatura: [Assinatura]

AUTORIZAÇÃO PARA TRANSFERÊNCIA DE PROPRIEDADE DE VEÍCULO ATPV
 AUTORIZO O DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO-DETRAN, TRANSFERIR O REGISTRO DESTA VEÍCULO, PARA:

NOME DO COMPRADOR: MARCOS LIMA VALOR R\$: _____

RG: _____ OPÇÃO: 344329-693-04

ENDEREÇO: RUA GERALDE AVELINO FERREIRA
360 SS.B. PAUCARA MANACANAU CE
61932-720

LOCAL E DATA: _____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR): Francisca Selma de Oliveira Paz

ASSINATURA DO COMPRADOR: _____

DE ACORDO: _____

RECONHECIMENTO DE FIRMA DO PROPRIETÁRIO (VENDEDOR):
 LUGAR: _____
 Assinatura: Francisca Selma de Oliveira Paz
 14 MAR. 2017

Em testemunho da verdade:
 Cel. Antonio Carlos de Norojes Milfont - Oficial
 Roberto Martins de Norojes Milfont - Substituto
 Marcelo Martins de Norojes Milfont - Substituto

Escritão Substituto
 Dr. Marcelo Martins de Norojes Milfont



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 507830775

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/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE

1151186

DV 9

VENCIMENTO

12/01/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

Rota 03 026001 16 0102600

Nome MARIA IVANILDE COSTA LIMA

Endereço Postal

Medidor

5369614

Poste

0000 B10E

End. da Unidade

Consumidora

RU SEN PETRONIO PORTELA 00560 PAJUCARA MARACANAU

61932130

RG / CPF / CNPJ

370.614.453-00

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

FP 23359

23289

1

70

0

70

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh

30

0,18060

5,41

Consumo faixa 31-100 Kwh

40

0,30961

12,39

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
ApresentaçãoPrev. Próxima
Leitura

05/01/2018

03/02/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

82BD.AE4D.419C.338D.E083.48B2.0B9F.8ADE

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Alíquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	8,35
TRANSMISSÃO	0,83
DISTRIBUIÇÃO	5,67
ENCARGOS SETORIAIS	1,96
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,01

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 14,78

Conjunto DISTRITO INDUSTRIAL I

Mês NOV/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,44	20,88	41,76	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,58			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

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:

1151186-9

N° da Nota Fiscal: 507830775

Total a Pagar (R\$): 0,00

Data de Emissão:

28/02/2018

Referência:

JAN/2018

N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA

fls. 13



BOLETIM DE Ocorrência Nº 202 - 1804 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **05/12/2017 10:02:43**
Data / Hora da Ocorrência: **06/02/2017 21:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE 060**
Complemento:
Bairro: **PAVUNA** Município: **PACATUBA/CE**
Ponto de Referência: **ROTATÓRIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JONH CARLOS DE OLIVEIRA LIMA**
Nascimento: **27/12/2000** CPF:
RG: **201701247290** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ZENI DE OLIVEIRA**
ANTONIO CARLOS LIMA
Endereço: **RUA PETRONIO PORTELA, 560**
Bairro: **PAJUÇARA**
Município: **MARACANAÚ/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone:

Noticiante(s)

Nome: **ANTONIO CARLOS LIMA**
Nascimento: **30/08/1964** CPF:
RG: **93002063344** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA IVANILDE COSTA LIMA**
BENEDITO GONÇALVES DE LIMA
Endereço: **RUA JOAQUIM CORREIA PLANALTO AITON SENA**
Bairro: **PANTANAL DO BOM JARDIM** CEP:
Município: **FORTALEZA/CE** Telefone: **(85) 8943-8929**
País: **BRASIL**

Histórico

Afirma o declarante que na data acima citada, conduzia o veículo de PLACAS HUQ-1083, CHASSI: 9BD17206G83402065 em nome de FRANCISCA SELMA DE OLIVEIRA PAZ; Que conduzia o veículo no sentido Pacatuba/Fortaleza, quando nas proximidades da rotatória, o declarante para não bater em um outro veículo, freou bruscamente, tendo o veículo colido com um poste e capotado; Que no veículo estava o declarante, seu filho e esposa; Que foi socorrido para o hospital de Maracanaú, onde recebeu os primeiros atendimentos; Que seu filho sofreu algumas lesões, como fratura no braço, sendo atendido no Maracanaú e em seguida transferido pra o IJF-CENTRO. E nada mais disse//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:
"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA METROPOLITANA DE PACATUBA



BOLETIM DE Ocorrência Nº 202 - 1804 / 2017

VISTO DO DELEGADO(A) :

FRANCISCO SIDNEY FURTADO RIBEIRO - MAT.: 012730-1-9





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar possa que o(a) paciente **JONH CARLOS DE OLIVEIRA LIMA** foi atendido (a) neste Hospital no dia **06/02/2017**, às **22:30:26 hs** e seus dados foram inseridos incorretos em sua Ficha de Atendimento. Segue abaixo dados retificados.

Nome: **JONH CARLOS DE OLIVEIRA LIMA**

Data de Nascimento: **27/12/2000**

Mãe: **MARIA ZENI DE OLIVEIRA**

Maracanaú-CE; 23 de novembro de 2017.

Atenciosas saudações;

Georgina Gomes Lins
Cancerologia CRM 6812



HIMJEH-HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOAO ELISIO DE HOLANDA
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
RUA JOAO DE ALENCAR, S/N, CENTRO/MARACANAÚ-CE
CEP: 61900-150 FONE: (85) 35215500



1700838707		06/02/2017 22:30:26		FICHA DE ATENDIMENTO		CIRURGIA GERAL		NOTURNO		4	
Paciente JOAO CARLOS DE OLIVEIRA LIMA				Data Nascimento 27/12/2000		Idade 16 A 1 M 10 D		CNS		CPF	
Tipo Doc		Documento		Data Emissão		Sexo M		Estado Civil Solteiro(a)		Raça/Cor Parda	
Mãe MARIA ZENIR DE OLIVEIRA				Pai		Naturalidade MARACANAÚ - CE					
Endereço RUA - PETRONIO PORTELA - 560 - PAJUCARA - MARACANAÚ - CE								Contatos Cell: 85989760930 - -			
Class. de Risco		Plano Convenio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		N da Carteira		Validade		Autorização			
Motivo do Atendimento PRONTO ATENDIMENTO		Carate do Atendimento Urgência		Profissional do Atend.		Sis Prenatal		Peso		Temp. Pressão	
Setor SPA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Procedencia		Registrado por: antoniogb			
Últimos Atendimentos: 13/12/2013 23:56:58 - 06/02/2017 22:30:26 - 04/10/2015 20:37:45 - 02/04/2014 07:58:00											
SADT - Exames Complementares ☐ CTG ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
Classificação de Risco <i>Paciente com lesão em MJD com perda de subclavária - Col: radiografia</i>											
Código: _____ Assinatura e Carimbo do(a) Enfermeiro(a) _____											
Data / Hora / Consultas Especializadas e Procedimentos											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											
Código _____ Assinatura e Carimbo do Médico _____ Data _____ Hora _____											



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5493333

NOME: JONH CARLOS DE OLIVEIRA LIMA

DATA DE NASCIMENTO:27/12/2000

PAI:ANTONIO CARLOS LIMA

MÃE: MARIA ZENI DE OLIVEIRA

DATA DE ATENDIMENTO: 07/02/2017

DATA DE SAÍDA:15/02/2017

MOTIVO: O PACIENTE JONH CARLOS DE OLIVEIRA LIMA, 16 ANOS, DEU ENTRADA NA EMERGÊNCIA DO IJF, EM 07/02/2017, PROCEDENTE DO HOSPITAL MUNICIPAL DR. JOÃO ELÍSIO DE HOLANDA DE MARACANAÚ-CE, COM TRAUMA EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, DECORRENTE DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO.

APRESENTAVA LESÃO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO, COM PERDA DE SUBSTÂNCIA.

FOI INTERNADO E SUBMETIDO À LIMPEZA E DESBRIDAMENTO CIRÚRGICO EM MEMBRO SUPERIOR DIREITO.

EVOLUIU ESTÁVEL, PERMANECEU INTERNADO ATÉ O DIA 15/02/2017, QUANDO RECEBEU ALTA HOSPITALAR.

LAUDO DIGITADO EM 29/06/2017 (JOÃO ANANIAS/C)”

Dr. João Ananias Vasconcelos Neto
MÉDICO
CREMEC/3636

MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



INSTITUO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 06/09/2017 15:57:27

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DATA/HORA: 07/02/2017 13:41:01

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS: 898004032220966	NOME: JHON CARLOS DE OLIVEIRA LIMA	Registro: 5493333
CPF:	RG:	D. NASC: 27/12/2000
	ESTADO CIVIL:	SEXO: M
NOME DA MÃE: MARIA ZENIR DE OLIVEIRA	NOME DO PAI: ANTONIO CARLOS LIMA	RAÇA/COR: Parda
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: SENADOR PETRONIO PORTELA	Nº: 560
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	BAIRRO: PAJUCARA
	MUNICÍPIO: MARACANAÚ	UF: CE
		CEP: 61932130

IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL

NOME: AMB. MARACANAÚ	PARENTESCO:	TELEFONE:
----------------------	-------------	-----------

ACIDENTE DE TRABALHO

TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:
------------------	-------------------	---------------------	------------------

ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com automóvel / microônibus (acidente de carro), Ocupante de um automóvel (carro) traumatizado em colisão com um objeto fixo ou parado.

QUEIXAS: LESAO MAO D HÁ 4 HORAS, ECG15
--

OBSERVAÇÕES:

SINAIS VITAIS

LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO
-----------------------------------	-------------------------	------------------------------------

ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:

ATENDIMENTO MÉDICO

Anamnese:

Exame Físico:

Conduta:

TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:

EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:

DATA E HORA DO ATENDIMENTO:	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:
-----------------------------	--

SERVIÇO DE PROTOCOLO - 101
RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 06/09/2017
MATRÍCULA 13846
JOSE URBANO DA MOTA COELHO
SERVIDOR(A)



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: John Paulo de Oliveira Lima

Idade: _____ anos _____ meses

Prontuário: 6493333

Unidade: _____

Leito: _____

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicações relevantes:

Paciente com fratura em valto de D₁ com perda de substância. Optado por tratamento conservador

Diagnóstico Principal: _____

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos:

() Não

1- Cirurgia realizada: Deshidante

Cirurgião: Des Vieira

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Data 10 / 02 / 17

2- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Data _____

3- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Data _____

4- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Data _____

5- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Data _____

6- Cirurgia realizada: _____

Cirurgião: _____

Tipo de anestesia/Sedação: _____

Data _____

Procedimentos Invasivos/Exames

() Sim

() Não

1- _____

Data _____

2- _____

Data _____



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

3-		Data ____/____/____
4-		Data ____/____/____
5-		Data ____/____/____
6-		Data ____/____/____

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: () Ambulatório em ____/____/____ Dr.(a) _____

Observações: _____

- Retornar amb. de Plasma em 3 meses

- Insulino dependente

Data: 15 / 02 / 17

Dra. Juliana Carvalho
Médica
CRM 14682

Médico

CRM/Carimbo

(13 de março.)

Dr. Elmo

aparecer das 7:00 hs.

3255.51.85. (local = SPA)

2. IMBO/ASSINATURA

CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 23 / 11 / 17
Georgina G. Lins
Comissão de Prontuário - HMJEH
CREMEC 6812

SINISTRO 3180068607 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JONH CARLOS DE OLIVEIRA LIMA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME**BENEFICIÁRIO** JONH CARLOS DE OLIVEIRA LIMA**CPF/CNPJ:** 09151428300**Posição em 28-02-2018 15:04:42**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/02/2018	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50