

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA****OUTORGANTE**

NOME:	Marcos da Silva Martins
ESTADO CIVIL:	Solteiro
PROFISSÃO:	Autônomo
DOMICÍLIO:	Rua Pedro Artur
RG/CPF/PIS PASEP:	2001002430096

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: FontalezaData: 27 / 02 / 19

Marcos da Silva Martins

OUTORGANTE

SINISTRO 3180217782 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** MARCOS DA SILVA MARTINS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO MARCOS DA SILVA MARTINS**CPF/CNPJ:** 01363940350**Posição em 09-03-2019 14:51:38**

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
16/07/2018	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50



AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

013.639.403-50

Nome completo da vítima

Marcos da Silva Martins

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo		CPF titular da conta		Profissão	
Marcos da Silva Martins		013.639.403-50		Autônomo	
Endereço		Número		Complemento	
Rua - Pedro Arthur		857		Cerc	
Bairro	Cidade	Estado	CEP	Telefone (DDD)	
Jacarecanga	Fortaleza	CE	60310-430	(85) 99147.7500	
Email					

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

- ☐ RECUSO INFORMAR
 ☒ SEM RENDA
 ☐ ATÉ R\$ 1.000,00
 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
 ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00
 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00
 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237)
 ☐ BANCO DO BRASIL (001)
 ☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) *opção (013)*

AGÊNCIA

NRO.

1035

D/V

CONTA

NRO.

69903

D/V

4

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Fortaleza, 04 de Maio de 2018

Local e Data

marcos da silva martins

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTERIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO	
NOME MARCOS DA SILVA MARTINS	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2001002230096 SSP CE	
CPF 013.639.403-50	
DATA NASCIMENTO 04/04/1987	
FILIAÇÃO ALUISIO MARTINS DA SILVA MARIA MARTA DA SILVA MARTINS	
PERMISSÃO ACC CAENAB A	
Nº REGISTRO 05694035100	
VALIDADE 19/09/2017	
1ª HABILITAÇÃO 22/01/2013	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura do Portador MARCOS DA SILVA MARTINS	
LOCAL FORTALEZA, CE	
DATA EMISSÃO 22/01/2014	
Assinatura do Emissor IGOR VASCONCELOS FORTES	
50946185878 CE140073124	
DETRAN - CE (CEARA)	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
893442276

PROIBIDO PLASTIFICAR
893442276



**GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ**

*Secretaria da Segurança Pública
e Defesa Social*

**POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 7º DISTRITO POLICIAL**

2017

INQUÉRITO POLICIAL

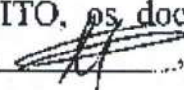
Registrado sob nº 107-287/2017

INFRAÇÃO (ÕES): ART. 306 DO CPB

INDICIADO (S): LUAN ADLAN GOMES FORMIGA

VÍTIMA (S): A COLETIVIDADE

AUTUAÇÃO

Aos 5 dias do mês de maio do ano de 2017, em Fortaleza, na Delegacia do 7º Distrito Policial, autuo, na forma da lei e do estilo AUTO DE PRISÃO EM FLAGRANTE DELITO, os documentos que adiante se seguem. Para constar, lavro este termo. Eu, , escrivão, digitei-o.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL



AUTO DE PRISÃO EM FLAGRANTE DELITO DE: LUAN ADLAN GOMES FORMIGA

INQUÉRITO Nº 107 - 287 / 2017

Aos 4 dia(s) do mês de Junho de 2017, nesta cidade de Fortaleza, Estado do Ceará, onde pelas 21:53 horas, presente se achava o(a) Bel(a). **RITA DE CASSIA VIEIRA BARBOSA**, Delegado(a) comigo **JOÃO PAULO BARBOSA DOS SANTOS**, Escrivã(o) de seu cargo, ao final assinado, aí compareceu o CONDUTOR(A) **ROGERIO ASSIS DE ABREU**, conduzindo preso(s) **LUAN ADLAN GOMES FORMIGA**, por infração, em tese, ao ART.306, CODIGO DE TRANSITO (LEI 9503), haja vista ter(em) sido este(s) surpreendido(s) logo após ter(em) conduzir veículo automotor sob a influência de álcool e lesão corporal decorrente do acidente de trânsito envolvendo quatro vítimas, sendo duas crianças e duas adultas. Fato ocorrido, na rua Santa Elisa, bairro Pirambu, Fortaleza, CE, circunscrição da DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL, no que foram testemunhas **ROGERIO ASSIS DE ABREU, JOSÉ AIRTON ALVES LÔBO, ANTONIO WILSON FARIAS DA SILVA**. Entrevistadas as partes e formado seu convencimento jurídico, deliberou a Autoridade Policial por ratificar a voz de prisão dada pelo condutor e, após cientificar o(s) preso(s) quanto aos seus direitos individuais previstos no artigo 5º. da Constituição Federal (em especial os de receber assistência de familiares ou de advogado que indicar, de não ser identificado criminalmente senão nas hipóteses legais, de ter respeitadas suas integridades física e moral, de manter-se em silêncio e/ou declinar informações que reputar úteis à sua autodefesa, de conhecer a identidade do autor de sua prisão e, se admitida, prestar fiança e livrar-se solto) determinou a lavratura deste AUTO DE PRISÃO EM FLAGRANTE DELITO, providenciando-se, conforme documentação adiante acostada, que fica fazendo parte integrante deste: 1) oitiva do condutor com entrega de cópia do termo; 2) expedição de recibo de entrega do(s) preso(s) em favor do condutor; 3) oitiva das testemunhas e vítimas; 4) interrogatório do(s) conduzido(s). Resultando demonstradas, pelos elementos de convicção colhidos, a autoria e a materialidade da infração penal, julgou a Autoridade Policial subsistente este auto de prisão em flagrante delito, determinando

DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 2

Impresso em: 05/06/2017 01:04:35



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 7. DISTRITO POLICIAL



INQUÉRITO Nº 107 - 287 / 2017

ainda a expedição de nota de culpa ao(s) preso(s). Nada mais havendo, determinou a Autoridade Policial o encerramento deste auto que assina com o (s) indiciado(s) e comigo, Escrivão de Polícia, que o digitei e Imprimi.

Autoridade Policial : _____

AUTUADO(A) : _____

Escrivã(o) de Polícia : _____

ARTE
07/06/2017



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: Marcelo da Silva Martins

Nacionalidade: Brasileiro Estado: Ceará Estado Civil: Solteiro

Profissão: Autônomo

Rg: 2001002130096 SSP/CE - CPF: 013.639.403-50

Logradouro: Rua Pedro Archanjo

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: 27 de Fevereiro de 2019

Marcelo da Silva Martins

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:** Marcos da Silva Martins**RG:** 2001002130096 **SSP/CE CPF:** 013.639.403-50

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

Logradouro: Rua Pedro Artur**Complemento:****Bairro:** Mouras Senhoras das Graças **CEP:** 60310430

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, 07 DE Março 2019

X Marcos da Silva Martins

sempre que entrar em contato conosco. CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 522182988

Rota 14 01140 08 249800 - 6 Data de Emissão 19/04/2018

Nome PRISCILA BARROSO DE PAULA

End. Postal RU PEDRO ARTUR 00857

NOSSA SENHORA DAS GRACAS - FORTALEZA - 60310430

Medidor 2591624 Poste 0882 C87L

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 981743123-15 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Abr/2018	19/04/2018	21/05/2018	Conjunto	Fev/2018	EUSD 18,75
			Mês	DICRI= 0,00 P	
ICMS			Padrão Individual		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			4,95	9,91	19,82
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			Apuração Individual		
22B9.83FC.6857.988E.5A49.CGF0.DE16.0CEF			Mensal	Trim.	Anual
			DIC	16,47	0,00
			FIC	0,00	0,00
			DMIC	16,47	0,00

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO									
Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)		
42380	42244	1,00	136	0,00	36	0,29536	28,67		
							0,44385		
19/04/18	21/03/18		29 DIAS		136		41,79		

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	41,79
MULTA MORATORIA REF 03/2018	0,73
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,73
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,51
INDENIZACAO MENSAL DMIC	-5,28

VENCIMENTO	26/04/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	48,48
------------	------------	---------------------	-------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)	
Transmissão	13,25	157	136
Distribuição	4,58	125	139
Encargos Setoriais	4,02	153	131
Tributos (ICMS PIS/COFINS)		130	185
TOTAL	43,30	182	192
		189	156
		173	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido (kg CO ₂)	Compensado (kg CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
0	0	0

CONTAS EM ATRASO		DEBITOS ANTERIORES	
Próximo Aviso		Mes/Ano	Valor R\$
NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA		03/2018	88,29
Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábeis em atraso, segue o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.		Total	88,29
Consta desta fatura R\$ 4,02 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:1,08% e COFINS:4,94% (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)			
Para este mês a bandeira será verde, sem custo adicional para os consumidores. Mais informações em www.aneel.gov.br			

8161342-3 - Abr/2018 - 48,48

Nº do Cliente: 522182988 Referência: 0008161342 00014 39152 58

Data de Emissão: 19/04/2018 Total a Pagar (R\$):

Nº do Documento: 81613420-0 00143915250-8





INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

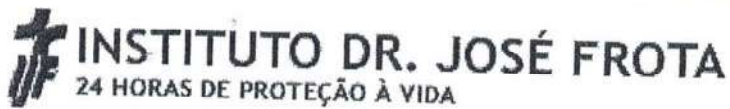


Emitido em: 26/04/2018 9:3:42

Registro de Atendimento Emergencial

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 04/06/2017 21:01:19
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						
CNS: 708104500539432	NOME: MARCOS DA SILVA MARTINS			Registro: 5512117		
CPF: 01363940350	RG: 20010022300	D. NASC: 04/04/1987	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda	
NOME DA MÃE: MARIA MARTA DA SILVA MARTINS			NOME DO PAI: ALUISIO MARTINS DA SILVA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: BEM-AVENTURANCA		Nº: 338	BAIRRO: CRISTO REDENTOR		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 984082551	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60336730		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL						
NOME: AMB.DO SAMU USB 83 CONDUCTOR LUIZ EDUARDO		PARENTESCO: ALUISIO-PAI		TELEFONE: 984082551		
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 motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motocicleta						
QUEIXAS: colisão moto carro poste, apresentou síncope, fx exposta MIE, lesão mão E						
OBSERVAÇÕES: trauma maior, histórico inconsciência						
SINAIS VITAIS						
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Moderado	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO				
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:						
ATENDIMENTO MÉDICO						
Anamnese:						
Exame Físico:						
Conduta:						
SERVIÇO DE PROTOCOLO - 101 RAE TIRADA PELO SISTEMA E-SUS DATA 26/04/18 MATRICULA 10-888.1 ASSINATURA APROVADOR(A)						
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:						
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:						
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:						
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:			CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de

SPA - SARA

No. HOSPGESTOR: 32934

LEITO:

NOME: MARCOS DA SILVA MARTINS

DATA DE INTERNACAO: 04/ 06/ 2017

DATA DA ALTA: 06/06/2017

BE/PRONT: 5512117

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 04041987

IDADE: 30

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-
OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

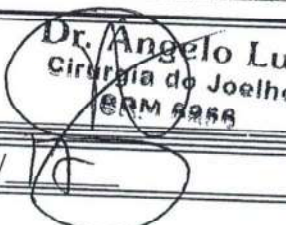
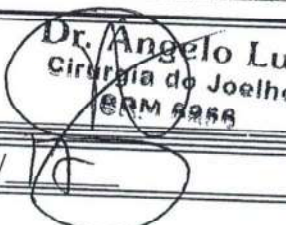
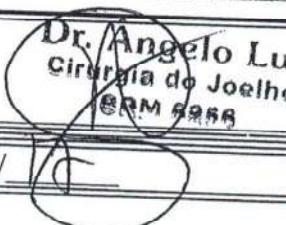
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

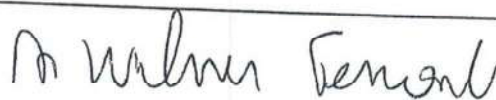
Mapa de Cirurgias

Dias	Dr	Dr(a)	Leito	Cirurgião	Residente	Marcado

Observação

Status da
internação

		Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.
Ass.:		
Data:	06/06/17	
		
Imprimir		



HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Traumatologia-Ortopedia

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço de

SPA - SARA

No. HOSPGESTOR: 32934

LEITO:

NOME: MARCOS DA SILVA MARTINS

DATA DE INTERNACAO: 04/ 06/ 2017

DATA DA ALTA: 06/06/2017

BE/PRONT: 5512117

CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA

NASCIMENTO: 04041987

IDADE: 30

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TIBIA - DIAFISE ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-

OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA

EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

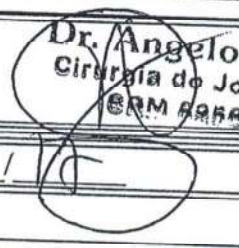
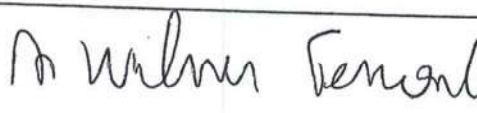
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Ordem	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material
-------	---	------	-------	-----------	-----------	----------

Observação

Status da
marcação

Ass.: 	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.
Data: 06/06/17	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

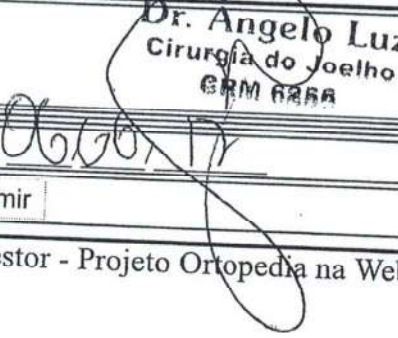
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Ortopedia

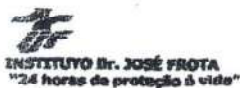
Atestado - Serviço de Traumatologia-

Atesto para fins de comprovacao junto ao trabalho, que os dados abaixo sao a verdade e servem de informacao sobre as condicoes e razoes da internacao neste Hospital em relacao ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME:	MARCOS DA SILVA MARTINS		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	04 06 2017	DATA DA ALTA:	06/06/2017
BE/PRONT:	5512117	CIDADE DE ORIGEM:	FORTALEZA
IDADE:	30		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TIBIA - DIAFISE ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Ass: 	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr.
Data: 06/06/17	Dispensa do trabalho por:
Imprimir	30 (Trinta) dias

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



RECEITUÁRIO

Nome: _____ BE/Prontuário: _____

Ateísmo Méico

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS
QUE MARCOS DA SILVA MARTINS ESTA
EM ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL DE
TRAUMATOLOGIA DO IJF. DEVIDO A
PRATICA DE TISIA ESQUERDA A QUAL SE
ENCONTRA EM CONSOLIDAÇÃO. FOI SUBMETIDO
A TRATAMENTO CIRURGICO E ESTA EM
USO DE FIXADOR EXTERNO LINEAR BIPLANAR.
DEAMBULA COM APOIO DE MULETA.
AO INSS.

Data: 24 / 7 / 17

Dr. Fco. Manoel Gonçalves Costa Filho
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 116003
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.903 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



RECEITUÁRIO

Nome: Marcos da Silva Martins BE/Prontuário: _____

Atestado Médico

Atesto para fins de uso junto ao INSS que o paciente encontra-se em acompanhamento na traumatologia por fratura de fêmur esquerda em tratamento com fixador externo. Não pode realizar carga no membro acometido. Sugiro afastamento das atividades laborais por 90 (noventa) dias.

CID-10: S82
Data: 03/07/17

Dr. Marcos da Silva Martins
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia
CRM 14.397
Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000
MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/95 - Via Única - Formato A5 (148x210).



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a) MARCOS DA SILVA MARTINS

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 13 / 11 / 17, às

Tendo como causa do socorro PO-OP de fratura de fíbula h.

apresenta consolidação, no momento em que
de fixação externa (Retinador hoje).

SUGIR APASTAMENTO DE 60 (SESSENTA)
DIAS PARA REABILITAÇÃO.

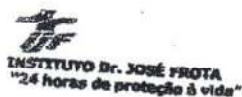
Observações:

Fortaleza, 13 de NOVEMBRO de 200 17

Médico de Plantão - CRM:

CPF:

Meus doc\Arq Word\CPM Boletim de Emergência Reg.doc



RECEITUÁRIO

Nome: Mauro do Silva Martins BE/Prontuário: _____

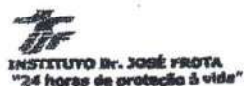
FISIOTERAPIA MOTORA - 20x
- Reabilitação após tratamento
cirúrgico de fratura de t.b.
esquerda

Data: 15/01/18

Assinatura e Carimbo do Médico
Dr. Réjolos Charles Aguiar Lira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 15.872

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



RECEITUÁRIO

Nome: Marcos da Silva BE/Prontuário: _____

uso em

Flonase 400mg _____

Lo 72m

Data: 06/06/17

Dr. Angelo Luz
Cirurgia do Joelho
CRM 4554

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

NA 006.883 Versão 1 - 01/07/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/03/2019 às 14:15, sob o número 01184058620198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0118405-86.2019.8.06.0001 e código 459C135.