

PROCURAÇÃO

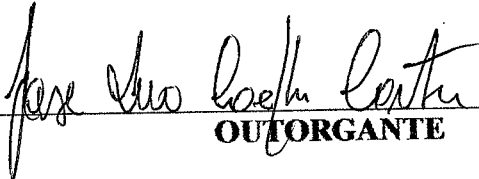
OUTORGANTE:

Jose Azevedo Costa, brasileiro, divorciado, autônomo
sem endereço eletrônico, inscrito no RG nº 2.1553581
CPF nº 224.061.113-04, residente na Rua Maria Quintela
543, altos. Bairro: Benedito, Fortaleza/CE, Cep: 60000-000

OUTORGADO: Nomeia e constitui como bastante procurador para defender seus direitos fundamentais e interesses jurídicos, Dr. **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811 e a Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR**, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/CE 33.781, ambos com escritório profissional na Avenida Desembargador Moreira, nº 2120, sala 1304, Bairro Aldeota, na Cidade de Fortaleza, no Estado Ceará, recebendo a comunicação de quaisquer atos processuais neste endereço.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere aos OUTORGADOS plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium et extra*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais para *receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

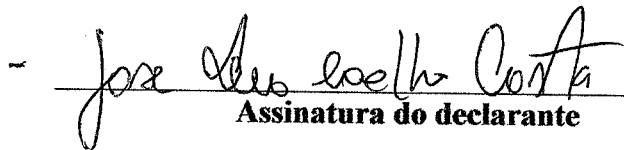
Fortaleza, 08 de 07 de 2019.


OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 7.115/83, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, 08 de 07 de 2019.

- 
Assinatura do declarante

JOSE NO COELHO COSTA

FILIAÇÃO.....: JOSE RAIMUNDO SOBRINHO
MARIÁ ZUCARINA COELHO COSTA

NASCIMENTO.....: 07/03/1962
ESTADO CIVIL.....: DIVORCIADO
SEXO: MASCULINO

NATURALIDADE: POUET CARREIRO - CE
DOCUMENTO.....: C. 1.215535 81 23/04/1981 SSP CE

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF.....: 22.1.061.713-04
CNPJ.....:

TÍT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTJCE - 06/05/2015

Assinatura do titular da Carteira de Eleitor
[Assinatura]

FRANQUEIO VOTO: A partir das 14h, dia 15/05/2015.
Sua assinatura deve constar no Protocolo e Cartão de Identificação do Cidadão.

ASSISTENTE DA TITULARIDADE: _____

ALFABETIZAÇÃO CIVIL: BRASILEIRO

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTR, emitida pelo
 ex-ato Presidente da República, de acordo com o Decreto
 nº 22.095 de 1937, e posteriormente reformada
 pelo Decreto nº 14.131 de 1946, que garante a CTR.
 Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer
 emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registradas todas as datas
 do Contrato de Trabalho, elementos básicos
 para o reconhecimento dos seus direitos perante
 a Justiça do Trabalho, bem como para a
 obtenção da aposentadoria e demais benefícios
 previdenciários, garantidos, ainda, nosabili-
 tações de seguro-desemprego e no fundo de
 Garantia de Tempo de Serviço - FGTS.

O contrato de trabalho, quando assinado
 pelo empregado e o seu estado de conservação,
 representam o documento obrigatório para o profissional
 profissionalizado sua profissão.

Por sua importância, o seu dever protegê-la e
 cuidar, pois além de conter o registro de sua vida
 profissional e a garantia de preservação e validade
 de seus direitos como trabalhador e cidadão,
 constitui para assegurar o seu futuro e o seu
 bem-estar, sendo também, também, como
 documento de identificação.

CONFECIONADA COM RECURSOS DO
 FUNDADO DE AMPLIAR AO TRABALHADOR.

INSTITUTO O FUNDADO DE AMPLIAR AO TRABALHADOR

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALBANI CARVALHO COSTA

End. Leitura: RU MARIA QUINTELA, 543, ALTOS, BONSUCESSO

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60000-000

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 009

Quadra: 0175

Lote: 0371

Comp: 0001

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	ROB106920	558	558	2	2

DATAS

Leitura Atual: 13/04/2018

Emissão: 13/04/2018

Lacre Água: 3087227

Leitura Anterior: 03/03/2018

Próxima Leitura: 14/05/2018

Lacre Esgoto: 3087250

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 03/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	531	531	530	531	531
Em conformidade	507	522	510	500	531

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 8 m³ ! META: 10 m³.

Constatamos débito de R\$ 45,04. Caso pago, desconsiderar.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME	Água (m³)	Esgoto (m³)
ÁGUA	21,10	Mês/Ano		
DEBÍTO	19,04	08/17	1	1
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,41	NOV, 17	3	2
MULTA DE 2%	0,27	08/17	1	0
		08/16	1	0
		FEV, 16	2	1
		MAR, 16	1	1

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,43	VALOR DO SERVIÇO	22,56
COFINS	2,16	VALOR DO SUBSÍDIO	24,36
		VALOR TOTAL A PAGAR	45,20
MÊS/ANO		VENCIMENTO	
04/2018		04/05/2018	
		TOTAL A PAGAR (R\$)	
		45,20	

ONDE PAGAR SUA FATURA

357015051747407 L: 0276 H: 11:32:38 R: 041 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, SIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outros; Pagador: Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative neste serviço, consulte sua agência.



Obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195 nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155 Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

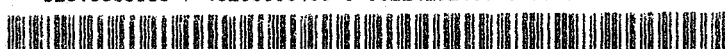
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; 0800 285 1919. Demais localidades: ARCE – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará; 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

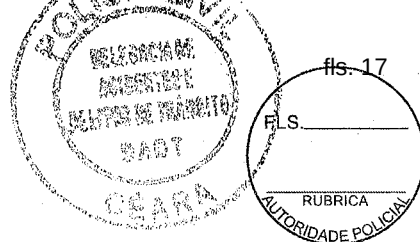
DADOS DO CLIENTE		002242524		0070	
Inscrição: 002242524	Código de Responsável:			Mês/Ano: 04/2018	
Local: 001	Setor: 009	Quadra: 0175	Lote: 0371	Comp: 0001	
	Subsetor: 00	Subquadra: 00			
Cidade: FORTALEZA		Vencimento: 04/05/2018		Total (R\$): 45,20	
82610000000 7 45200009400 6 00224252401 1 03001222015 5					





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2442 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **06/06/2018 16:12:16**

Data / Hora da Ocorrência: **04/04/2018 13:15:00**

Endereço da Ocorrência: **RUA ALUÍSIO AZEVEDO**

Complemento:

Bairro: **JOQUEI CLUBE**

Município: **FORTALEZA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE IVO COELHO COSTA**

Nascimento: **01/03/1962** CPF: **221.061.113-04**

CNH: **02259468892**

Orgão Emissor: **DETRAN**

UF:

Filiação: **MARIA ZUCARINA COELHO COSTA**

JOSE RAIMUNDO SOBRINHO

Endereço: **RUA MARIA QUINTELA, 543 ALTOS**

Bairro: **BONSUCESSO**

Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**

Telefone: **(85) 98779-5126**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUM1345** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:

9C2JC4120AR126506 Renavam: **233024166** Tipo do Veículo:

MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano

Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:

PRETA Proprietário: **NACELIO ALVES DE LIMA** Situação: **NÃO**

INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A vítima afirma que no horário e data acima mencionados pilotava sozinho a motocicleta de placa NUM-1345/CE, na Rua Aluisio Azevedo quando um veículo de placas não anotadas fez um retorno e avançou na rua em que trafegava a vítima colidindo com a motocicleta; Que, com a colisão a vítima caiu no asfalto e ficou lesionado; Que, a vítima foi socorrida pela ambulância do SAMU e levada para o Hospital Frotonha da Parangaba onde recebeu atendimento; Que, a motocicleta de placa NUM-1345/CE encontra-se em nome de NACELIO ALVES DE LIMA mas que na época do acidente a moto já pertencia a JUSCELINO COELHO COSTA (irmão da vítima), mas o novo proprietário ainda não transferiu a motocicleta para o nome dele no DETRAN; Que, JUSCELINO COELHO COSTA emprestou a moto para a vítima para trabalhar e a vítima afirma que possui habilitação do tipo B (vencida), não possuindo habilitação para dirigir motocicleta; E nada mais disse//////////

OBS: A falsa comunicação é prevista no Art 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Maria do Socorro Furtado Silva

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 2

Impresso em: 06/06/2018 16:42:40

Jose Ivo Coelho Costa

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/07/2019 às 19:49, sob o número 01579437420198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0157943-74.2019.8.06.0001 e código 4DD9D07.

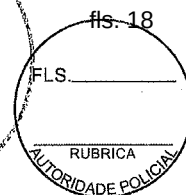


GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2442 / 2018

MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jose Roberto Coelho Costa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

x Guilherme Coelho Costa

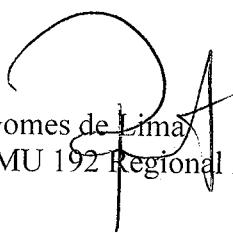
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **José Ivo Coelho Costa**, no dia **04/04/2018**, às **14h**, na **Rua Aluísio Azevedo** no **Bairro Jôquei Clube**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido por meio do Processo nº **P172052/2018**.

Fortaleza, 08 de maio de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Maurício Lopes Alves
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza



RETIFICAÇÃO

Retificamos junto as partes interessadas que de acordo com a cópia do CPF Nº 221.061.113-04 que o nome correto do paciente é, José Ivo Coelho Costa.

Fortaleza, 18 de Maio de 2018

Atenciosamente,

Dr. João Batista B. L. I. Morano
Diretor Médico HDMA JBO
CRM 3634



[Handwritten signature]

REFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRI TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

REGISTRO DE A ENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOSE IVO CORREIA COSTA		DADOS PESSOAIS	
CADUS		NASCIMENTO 01/03/1962(56 ANOS)	Nº DO PRONTUARIO 332723
NOME MAE MARIA ZUCARINA COELHO COSTA		SEXO M	Nº DO BE 207553
ENDERECO RUA MARIA QUINTELA 543 - JAO XXIII		NOME RESPONSÁVEL NI	RAÇACOR PARDO
CONTATO		MUNICIPIO FORTALEZA	UF CE
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO DENTE		OCCORRÊNCIA	
QUEIXA TRAZIDO PELO SAMU USB DEFORMIDADE		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS NI		MOTIVO ABALROAMENTO	
PESO NI KG		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
TEMPERATURA NI °C	PRESSÃO ARTERIAL 130/90	SINAIS VITAIS	
	ALERGIAS NEGA	SAT O2 96%	PULSO 74
			GLICEMIA NI
RES: INSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO	
ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO		04/04/2018 14:22:50	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA		ÁREA ATENDIMENTO	

ANAMNESE
Última de acidente automobilístico há ± 2 horas o/ dor em ombro
(E) Nega outros sintomas.

DIAGNÓSTICO <i>Fratura clavicular</i>	COD. PROCEDIMENTO	CID
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US DOMINIAL () TC CRANIO (X) RAIO-X () OUTROS		
DESCRIÇÃO MÉDICA		
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
- Profenid 1amp IM	15:10	
- Dufhona 1amp + AD EV	15:40	
- Imobilização rigorosa		
- Internação p/ TCQ cirúrgico		
PO DE ALTA/SAÍDA		
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS		
DESTINO DO CORPO: () FAMILIA () IML () ANAT. PATOL		
DATA E HORA DO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL	

Impresso por ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO em 04/04/2018 às 14:22:50
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

[Handwritten signature]
JOSE IVO CORREIA COSTA

HOSPITAL DISTRI TAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA

COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat: 763

389

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/07/2019 às 19:49, sob o número 01579437420190806000. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01579437420190806000 e código 4DD9D07.



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação
PROFESSORIA MUNICIPAL DE FORTALEZA - HOSPITAL DE FORTALEZA, CARIACI
SEÇÃO DE FORTALEZA
AV. Celso de Faria nº 1117 - Parangaba - CEP 60.720-600
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7332



CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERR - FORTALEZA
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

NOME DA MÃE

PF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

G. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

trauma em ombro (E)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mot. 763

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

TTO cirúrgico

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

RX

DIAGNÓSTICO INICIAL

fratura clavícula

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA
3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL
5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA
9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

TTO cirúrgico de fratura clavícula

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Nome: JOSE IVO GONCALVES

Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			04/04/2018	

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:

DATA	EVOLUÇÃO
06/06/18	HD: Fratura clavícula BEG a pulmão a dor moderada Boa pulsação de MMSS Reflexo HAD CA: Internação p/ TCO cirúrgico
4/4/18	# Enfermeira #
16/04/18	paciente J. I. G. 56a HD: pulso clavícula avulso 16/04/18 consciente e orientado nega Dm e alungos, relato HAD Depois do exame do corpo
05/04	# Fritura Clavícula HD: Fratura Clavícula
	Hospital Distrital M ^o JOSE BASTOS DE OLIVEIRA ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL
	Dr. Antonio V. Gonçalves Ortopedista Traumatologista Cirurgia do Quadril CRM 12444 TEOT 1-1047
	Emanuelle Monteiro Mat. 763
05/04/18	J. I. G. 56a, HD: Fratura de Clavícula pula. Paciente consciente, Orientado, V/B/H, hemo- dinamicamente estável, aceto disto, elimina- ção de urina adequada e adequada de enfermagem.
05/04/18	19:30 J. I. G. 56a HD: Fratura de Clavícula e Clavícula de, compressão fratura da clavícula e clavícula, com fratura fisiológica preservada nega alungos, DH, Pulso de HAD, nega dor de fratura. Sinais vitais estáveis.
	Maria Alice Rocha Oliveira Enfermeira COREN-CE 454.339

Nome: <u>Jose Ivo Lemos Costa</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			04/04/2018	

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:

DATA	EVOLUÇÃO
	(Hematomas em base) e uso de terapia. Debridamento das lesões com curativos. Acompanhamento por familiares.
08/04/18.	1500. Paciente refere dor em base também. O paciente Hematomas contido. Manter-se comunicativo. Que apenas com o presente da enfermagem. Nota: Desconforto local.
09/04/18	Ex de Jovens. Jovens. Jovens.
09/04/18	16h. Paciente com 40 de fratura do clavículo e com estado geral regular em dieta. E os agravando com a dor no tórax. As 17:30h o paciente apresenta estado de hipoxia com saturação de 90%. Manter-se comunicativo. Manter-se em repouso. 7/1589

Jamils Vitorino
Enfermeira
COREN-CE 340534

Jamils Vitorino
Enfermeira
COREN-CE 340534

HISTÓRIA DO PACIENTE JOSÉ BASTOS DE OLIVEIRA

QUE COMA CONFIRMAÇÃO ORIGINAL

Planeta Fisiologia
Medicina
Endocrinologia e Metabolismo
CRM-CE: 13633

Ernanette Monteiro
M-7 763

Nome:

João da Correia Costa

Prontuário

Enferm.

Leito

Data Internacional

Diagnóstico

04 1041 20/1

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:

DATA	EVOLUÇÃO
10/11/18	Paciente com: fratura de clavícula encastada-se e seguiu para cirurgia, porém devido a dor não foi realizada a cirurgia e o paciente ficou em repouso em suspensão. Obs: equipe ortopédica, oftalmológica e de enfermagem montou e adaptou o molde junto com material check-off. cd: liberação dieta recomendar cirurgia
11/04/18	NEURÓLOGO CHAGAS Dr. Manoel Aurelio S. Machado Neurologia CREMEB 12081 Emanuelle Monteiro Mat. 763
11/04/18	J.T.C.C. Osborn HD: POI de natureza de clausura 5. Anestesiado, orientado, verbalizando, cooperando, reflexos, sensibilidade, normal. Acerto de dente apreendida se que não observou. Maria Rosalinda de Menezes COBEN - CE 33135 - ENP
12/10/18	10 DPO OSTEOMIOSE LANCERNA 10/11/18 HOSPITAL Dr. Antonio Luiz Gonçalves Ortopedia / Traumatologia Cirurgião do Quadril CRM 144 TEOT 14047

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SABME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

Young

11:			
16:			
20:			
06:			

CINEMAS VILLAS	
HORARIO:	16:00 22:00
P.A.:	30x70 120x90
TEMP.°:	36°C 34.9°C
P./MIN.:	—
M.V./MIN.:	—

NOME:		Josi dos Santos Costa	
IDADE:	56	ENF.:	
LEITO:	126	Nº. PRONTUÁRIO:	

[illegible]

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAMF - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

16:					
20:					
06:					

P.A.:						
TEMP.º:						
P./MIN.:						
M.V./MIN.:						

NOME:		IDADE:	ENF.:	LEITO:	Nº. PRONTUÁRIO:
DATA PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA		HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS		OBSERVAÇÃO	
Dieta Dipirona 01 amp IV 6/6h s/n Tramal 100mg + sfo 9% 100ml IV 8/8h s/n Profenid 100mg + sfo 9% 100ml IV 12/12h s/n Plasil 01 amp IV 8/8h s/n SSVV + CCGG		5h		Paciente de alta, com plasma de 15:00h com 2136 pendido 11/05/2020. Dr. Paulo	
Assinatura Dr. Antonio Carlos de Oliveira Dr. Antonio Carlos de Oliveira Dr. Antonio Carlos de Oliveira		HOSPITAL DISTRITAL DE JOSÉ BARRO DE OLIVEIRA ALISTADO COM COPIA COM ORIGINAL		Enfermeiro Monitorio	



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FREDYNEA DE PARANGABA
AV. Orlão da Palma nº 1127 - Parangaba - CEP 60.725-190 - Fortaleza - CE
Telefone: (85) 3251-7321 - Fax: 3131-4319

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: João Ivo Correia Costa

Enfermaria: 1

Leito: 1

Prontuário Nº: 157943-74

Data: <u>11/04/18</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina:						
Ap. Respiratório:				Asma:		Bronquite:
Ap. Circulatório:				Eletrcardiograma:		
Ap. Digestivo:		Dentes:	Pescoco:	Ap. Urinário:		
Estado Mental: <u>Perdo</u>		Atarácicos:	Corticóides:	Alergia:		Hipotensores:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fract. clavícula</u>				Estado Físico: <u>ASA I</u>		Risco:
Anestesias Anteriores:						

Medicação Pré-anestésica:

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTADO QUE Cópia CONFERE COM ORIGINAL

Emanuelle Monteiro

Mat 763

INDUÇÃO

Sedat.: 1 Excit.: 1 Tosca: 1
Largura respirat.: 1 Lentor: 1
Náusea: 1 Vômitos: 1
Outros: 1

MANUTENÇÃO

- 1) Midazolam 3 mg
- 2) Propofol 150 mg
- 3) Fentanyl 100 mcg
- 4) Midazolam 3 mg

Anestesia total: ☒ Não ☐ Não, por quê?

DESPERTAR

Retorno na R.O.: 1
Obstr.: 1 CO2: 1 Excit.: 1
Náusea: 1 Vômitos: 1
Outros: 1

Com sonda: 1
Para o lator: ☐ Não ☐ Não

CONDIÇÕES: 1

Agentes:	<u>Lidocaina e adjuvantes</u>
Técnica:	<u>Bloqueio nervoso braquial</u>
Operação:	<u>Pro. de fratura da clavícula</u>
Cirurgião:	<u>Dr. Manoel de Jesus</u>
Anestestesista:	<u>Andrade Elias Júnior</u>
Observações:	<u>CDM 6085</u>

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:

332723

Paciente: JOSE LUIZ C. COSTA

Data da Operação: 01/10/18 Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: MARCELO AUGUSTO

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____

Anestesista: JONAS

Tipo de Anestesia: _____

Diagnóstico Pré-operatório: FRATURA DA CRANICA (E)

Tipo de Operação: CRANIOTOMIA DA CRANICA (E)

Diagnóstico Pós-operatório: 0 melhora

Relatório Imediata Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

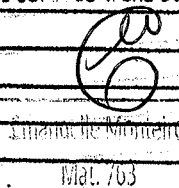
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

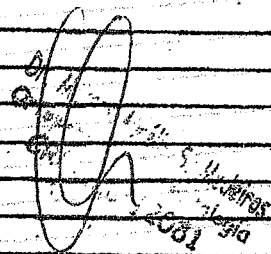
Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

1. Realizada em DM sob anestesia
2. Anestesia da ferida
3. Acesso direto à lesão
4. Puncção por plano
5. Apoiado de fora de K 2.0 mm
6. Puncção da lesão
7. Sutura
8. Curativo

HOSPITAL DR. JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL


Manoel de Almeida
Méd. 763


Manoel de Almeida
Méd. 763



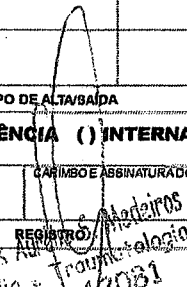
Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA

fls. 30

583

REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

NOME DO PACIENTE JOSE IVO COELHO COSTA				DADOS PESSOAIS	
CADASTRO 705002063801555		NASCIMENTO 01/03/1962(56 ANOS)		SEXO M	RACIA COR PARDO
NOME MAE MARIA ZUCARINA COELHO COSTA		NOME RESPONSÁVEL			
ENDEREÇO RUA MARIA QUINTELA 543, BONSUCESSO		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
CONTATO (05) 98680-2146		CEP 60.520-790			
SINAIS VITAIS					
PESO	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA		GLICEMIA	
RESPONSÁVEL PELO ACOLHIMENTO LUCINEIDE MARTINS DINIZ		DATA E HORA DO ACOLHIMENTO 25/04/2018 10:29			
ÁREA DE ATENDIMENTO MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA		ÁREA ATENDIMENTO NOME DO MÉDICO MARCOS AURELIO SILVA MEDEIROS (CRM: 12081)			
ATENDIMENTO MÉDICO					
ANAMNESE RS - ORTOMAN DE FRACTURA UNILAT DA CLAVICULA (E)					
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO		CID	
SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIOS-X ☐ OUTROS					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
MÉDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES	
RECURSOS FÍSICOS					
UNILAT.					
TIPO DE ALTA/BAIXA					
☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS					
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA			
					

Impresso por lucineide martins diniz em 25/04/2018 às 10:29:52

Cadastrado por mariana estefanny gomes soares em 04/04/2018 14:20:58

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

JOSE IVO COELHO COSTA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 31/07/2019 às 19:49, sob o número 01579437420198850001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0157943-74-2019-8-06-0001 e código 4DD9D07.

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira  Fortaleza

FROTINHA DE PARANGABA

Av. Osório de Paiva Nº 1127 – Parangaba – CEP 60.720 – 000 Fortaleza – Ceará

Telefone (85) 3131-7322

ATESTADO MÉDICO DE COMPARECIMENTO

Boletim de Emergência – CAD : _____

Atesto que o (a) Sr. (a) José João Carlos Costa

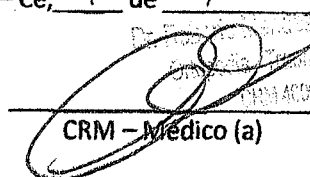
foi atendido (a) nesta Unidade de Saúde no dia 04/04/18 às ____ : ____ hs.

Tendo como causa de socorro _____

Necessita de (60) dias de afastamento das suas funções para recuperação. Apresentando o seguinte diagnóstico (CID) _____

Observações: _____

Fortaleza – Ce, 4 de 4 de 2018


CRM – Médico (a)

Obs.: Este atestado é válido para as finalidades previstas no art. 86 do R.G.P.S., aprovado pelo Decreto Nº 60.501 de 14/03/67, e será expedido para justificati-va de 01 (hum) a 15 (quinze) dias de afastamento.

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE: João João Calhaz Costa

PRONTUÁRIO: 332723

UNIDADE: P.I.

ENFERM: E

LEITO: 126

INÍCIO DO TRATAMENTO

DATA DA ALTA

DATA DO RETORNO

MÉDICO(A) PARA RETORNO

01/04/18

12/04/18

25/04/18

Dr. Manoel Antonio

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL: Fratura clavícula

ACESSÓRIO 1:

ACESSÓRIO 2:

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO RELIZADO

OSTEOSINTÊSE 12/04/18

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

Amoxicilina + ATB

☐ CONDIÇÕES DE ALTA

☒ CURADO

☐ MELHORADO

☐ PIORADO

☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

12/04/18

Dr. Antônio Luiz Gonçalves
Ortopedia e Traumatologia
Assinatura do Credenciado
C.R.C. 14097

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:

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):

José Tvo Coelho Costa

vítima de acidente de trânsito, em 21/04/18, sofreu:

Manuseio no ombro e
fraturas da clavícula e
C7 - S43-F S42.0

e submeteu-se a tratamento(s):

Clavícula - osteossintese
redução e fixação do fratura
Híio tenquia

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

CCOM 2 no ombro e
região da clavícula e do
húmero. Ombro anfiuso do
ombro esquerda.

As mãos, polegares e a função
de um lado, não consegue elevar
o ombro de 90° e não pode
esquadrar. Repetição funcional
de 1/3 mediana de 1/3 de 1/3

27/09/18

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

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

Fratura de clavícula E
Arinjo

fls. 34

SINISTRO 3180365351 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE IVO COELHO COSTA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO JOSE IVO COELHO COSTA

CPF/CNPJ: 22106111304

Posição em 11-10-2018 12:05:25

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50
15/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75