

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	MARCOS DE SOUSA COSTA, REPRESENTADO POR AGLIBERTO ANSELMO COSTA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	MARANGUAPE/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	8909002017002
Profissão	AUTÔNOMO	CPF n°	164.664.543-04
Endereço	RUA SÃO SEBASTIÃO, 180,		
Bairro	PAJUÇARA	CEP	60000-000
Município/UF	MARACANAÚ/CE		
Telefone	(85) 98709 4656/ 98714-0473		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, bem como renunciar ao excedente do valor de alçada do Juizado Especial Federal, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 16 de JUNHO de 2019.

> Aglberto Anselmo Costa
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	MARCOS DE SOUSA COSTA, REPRESENTADO POR AGLIBERTO ANSELMO COSTA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	MARANGUAPE/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	8909002017002
Profissão	AUTÔNOMO	CPF n°	164.664.543-04
Endereço	RUA SÃO SEBASTIÃO, 180,		
Bairro	PAJUÇARA	CEP	60000-000
Município/UF	MARACANAÚ/CE		
Telefone	(85) 98709 4656/ 98714-0473		

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5°, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 16 de JUNHO de 2019

➤  Aglberto Anselmo Costa

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, MARCOS DE SOUSA COSTA sup. Agilberto Anselmo Costa BRASILEIRO(A),
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº
INSCRITO NO CPF SOB O Nº, RESIDENTE E
DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO

DECLARO PARA
TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**,
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103, TODOS, ATUALMENTE, COM
ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ -
CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM
A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, 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 SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS, REPRESENTADO ATRAVÉS DOS
ADVOGADOS **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
24.156 E **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, **BRASILEIRO, SOLTEIRO**, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº
26.103, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO
EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030/ (85) 98853-0069, 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 DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O
QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 16 DE JUNHO DE 2019.

DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

Cartório Ossian Araripe

5º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO CEARÁ FORTALEZA

Tabelião: **SAMUEL VILAR DE ALENCAR ARARIPE**
Tabelião Substituto: **PÉRICLES VILAR DE ALENCAR ARARIPE**



ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA DE SEGURO DPVAT QUE
FAZ E ASSINA: **MARCOS DE SOUSA COSTA**, NA DECLARADA
FORMA ABAIXO:

SAIBAM quantos este público instrumento de **DECLARATÓRIA DE SEGURO DPVAT** virem, que em vinte e oito de março de dois mil e dezoito (28/03/2018), nesta cidade de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará, República Federativa do Brasil, neste Cartório a meu cargo, sito à rua Major Facundo, 673/679, compareceu perante mim, Tabelião - **Samuel Vilar de Alencar Araripe**, como **OUTORGANTE DECLARANTE, MARCOS DE SOUSA COSTA**, brasileiro, solteiro, maior, autônomo, portador do documento de identificação nº 2009082517-3 - SSPDS/CE e inscrito no CPF sob o nº 625.873.593-25, residente e domiciliado na Rua Julio Mendes, nº 160, Bairro Pajuçara, em Maracanaú/CE, CEP: 61900-000, assina a rogo por o mesmo não ser alfabetizado, o Sr. **AGLIBERTO ANSELMO COSTA**, brasileiro, casado, autônomo, portador do documento de identificação nº 8909002017002 - SSP/CE e inscrito no CPF sob o nº 164.664.543-04, residente e domiciliado na Rua Julio Mendes, nº 160, Bairro Pajuçara, em Maracanaú/CE, CEP: 61900-000, ora nesta Capital; os presentes reconhecidos pelas identidades apresentadas como os próprios de que trato, de cuja capacidade jurídica dou fé. E, pelo presente instrumento de declaração pública, podendo ser usada em Juízo ou fora dele, declara em sã consciência sob as penas da lei civis e criminais e para fazer prova junto ao seguro DPVAT e seguradora **LÍDER, DECLARA: a)** que, na qualidade de beneficiário do valor referente à indenização/reembolso do seguro DPVAT, autoriza a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a fazer o depósito em sua conta do Banco Caixa Econômica Federal, agência 3604, op. 013, conta 00016788-0, conta poupança, para que possa vir receber o valor da referida indenização, assim como, autorização de pagamento; **b)** que não possui comprovante de endereço em seu nome, sendo certo e verdadeiro que reside na Rua Julio Mendes, nº 160, Bairro Pajuçara, em Maracanaú/CE, CEP: 61900-000, com telefone para contado de número: (085) 98706-4656; **c)** que, encontra-se impossibilitado de apresentar o laudo do INSTITUTO MÉDICO LEGAL - IML, para fins de requerimento de indenização do seguro

Livro: 582 - Folhas: 154V 1º TRASLADO - PROTOCOLO: 06261

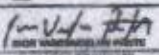
DPVAT, conforme dispõe a Lei nº 6.194/74, uma vez que o estabelecimento do IML, localizado nesta Capital, realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido; d) que, com o objetivo de permitir o exame do pedido de indenização do seguro DPVAT, para cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise de documentação sem a apresentação do laudo do INSTITUTO MÉDICO LEGAL - IML, concordando, desde já, em submeter-se à perícia médica as custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência a aferição do grau da lesão ou lesões, para fins do Parágrafo 1º do art. 3º da Lei 6.194/74; e) declara ainda, estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la caso discorde do seu conteúdo. Pelo outorgante declarante, representado como vem, me foi dito que aceita esta escritura em seus expressos termos. Suas declarações que são prestadas para fins de comprovação onde mais se fizer necessário. - **As testemunhas instrumentárias foram dispensadas de conformidade com o Art. 215, Parágrafo 5º do Código Civil Brasileiro (Lei 10.406/2002).** - E, como assim o disseram e outorgaram me pediram e eu lavrei a presente escritura, que lhes sendo lida em voz alta e achada conforme, a aceita e assina. Eu, MARIA DO SOCORRO BESSA Jonatã Fernandes Cruz, Auxiliar de Escrevente, a digitei. Eu, (a) Escrevente Auxiliar Escrevente, fiscalizei a apresentação de todas as certidões e parte formal. Eu, PÉRICLES VILAR DE ALENCAR ARARIPE, Tabelião Substituto a subscrevi, conferi e assino em público e raso de que uso, após a(s) parte(s). Digitalização: (Emolumentos: R\$ 4,11, Fermoju: R\$ 0,21, Selo: R\$ 0,72, ISS: R\$ 0,21, FAADEP: R\$ 0,21, FRMMP: R\$ 0,21): - Total: R\$ 5,67 ; Escritura sem Valor: (Emolumentos: R\$ 60,69, Fermoju: R\$ 3,69, Selo: R\$ 4,75, ISS: R\$ 3,03, FAADEP: R\$ 3,03, FRMMP: R\$ 3,03): - Total: R\$ 78,22 Totais: (Emolumentos: R\$ 64,80, Fermoju: R\$ 3,90, Selo: R\$ 5,47, ISS: R\$ 3,24, FAADEP: R\$ 3,24, FRMMP: R\$ 3,24): - Total: R\$ 83,89 (aa) **AGLIBERTO ANSELMO COSTA**. Traslada em 28 de Março de 2018.

Em testemunho _____ da verdade.

CARTÓRIO OSSIAN ARARIPE
PÉRICLES VILAR DE ALENCAR ARARIPE
Tab. Substituto

PÉRICLES VILAR DE ALENCAR ARARIPE
Tabelião Substituto



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE LIBERTAÇÃO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME: AGILBERTO ANSELMO COSTA	
	
DOC. IDENTIFIC. / CATEGORIA DE	CE
8909002017002 SSP	
CIV	DATA NASCIMENTO
164.664.543-04	18/11/1956
FUNÇÃO	
GILBERTO OLIVEIRA COSTA	
MARIA ESTRELA DE SOUSA	
PROFISSÃO	ACD
1º ENDEREÇO	2º ENDEREÇO
04333911123	
VALIDADE	1ª EMISSÃO
03/01/2018	04/04/2008
OBSERVAÇÃO:	
SEM OBSERVAÇÃO:	
	
ASSINATURA DO POSTULANTE	
LOCAL	DATA EMISSÃO
FORTALEZA, CE	12/12/2016
	
67151517514	
CE156895684	
DETRAN - CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1406983748

PROBANDO PLASTIFICADA

1406983748

Nº DO CLIENTE

638717-9

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

enel

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Valdeirino, 150
CEP: 60138-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº **511662893**

Rota **02 26001 14 018200 - 5** Data de Emissão **02/02/2018**

Nome **MARIA ESTRELA DE SOUSA COSTA**

End. Postal **RU JULIO MENDES 00160**

PAJUCARA - MARACANAÚ - 61900000

Medidor **1494954** Poste **0000 817E**

Classe **01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO**

RG/CPF/CNPJ **418921783-20** CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Fev/2018	02/02/2018	05/03/2018

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta

Conjunta **DISTRITO INDUSTRIAL 1**

Mês **Dez/2017** **BUSO 22.26**

IMPOSTOS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
15,41	27,20%	4,19

Padrão Individual

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,55	21,17	40,34	0,00	0,25	10,45
FIC	7,50	15,00	30,00	0,00	1,00	11,00
DMIC	5,50			0,25		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

RECOMENDAMOS SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Letr. Atual	Letr. Anterior	Consumo	Consumo (kWh)	Consumo Ind.	Consumo Res.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
57	1011	914	1,00	97	3,00	97	6,59472
							66,41
02-02-18	01-01-18			29	01-18	97	66,41

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Item	Valor (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	66,41
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	11,51
DOACAO LBY - TEL 0800 055 5099	10,00
DOACAO UNICEF - TEL 0800 601 8407 1/1	1,00

VENCIMENTO **09/02/2018**

TOTAL A PAGAR (R\$) **88,92**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DO CONSUMO

Tarifa	20,00
Transmissão	1,00
Distribuição	12,41
Encargos Setoriais	1,00
Impostos (ICMS, IPTU, etc.)	20,45
TOTAL	66,41

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)
06	97
07	97
08	97
09	97
10	97
11	97
12	97
01	97
02	97
03	97
04	97
05	97
06	97

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

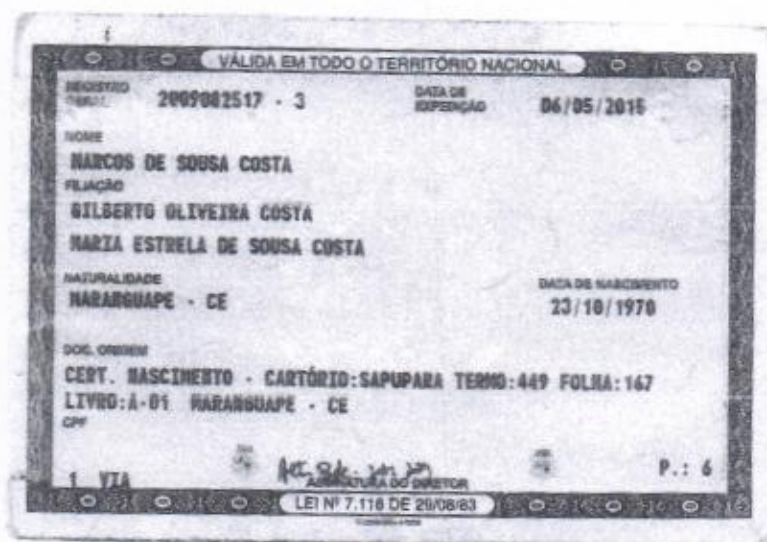
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Compensação Ecológica (%CO ₂)
41,92	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DE CLIENTE GRÁTIS DO 0800 055 5099.

Como os vizinhos e amigos a entre no combate ao mosquito transmissor de dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal

A DNE, agradece e parabeniza pela pontualidade nos seus pagamentos.



	MINISTÉRIO DA FAZENDA Receita Federal Cadastro de Pessoas Físicas	
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO		
Número 625.873.593-25		
Nome MARCOS DE SOUSA COSTA		
Nascimento 23/10/1970		
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO		



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 114 - 668 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/06/2017 09:26:57**
Data / Hora da Ocorrência: **12/12/2016 02:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA DR. MENDEL STEINBRUCH**
Complemento: **CEASA**
Bairro: **DISTRITO INDUSTRIAL** Município: **MARACANAÚ/CE**
Ponto de Referência: **SETOR DO MORANGO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **MARCOS DE SOUSA COSTA**
Nascimento: **23/10/1970** CPF: _____
RG: **20090825173** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA ESTRELA DE SOUSA COSTA**
GILBERTO OLIVEIRA COSTA
Endereço: **RUA JULIO MENDES, 160**
Bairro: **PAJUÇARA** CEP: _____
Município: **MARACANAÚ/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98709-4656**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE, QUE NO DIA 12/12/2016, POR VOLTA DAS 02H30MIN, QUANDO PROCURAVA ATRAVESSAR UMA VIA NO INTERIOR DA CEASA, PRECISAMENTE NO SETOR DOS MORANGOS, BAIRRO DISTRITO INDUSTRIAL, FOI ATROPELADO POR UM AUTOMÓVEL DE COR AMARELA, DO QUAL DESCONHECE PLACAS, MARCA E MODELO, PORQUANTO O MESMO SE EVADIU DO LOCAL; QUE POR CONTA DO ACIDENTE FICOU LESIONADO E FOI SOCORRIDO PELO SEU PATRÃO CHAMADO ALBERTO CARLOS MATOS DE LIMA, O QUAL LHE CONDUZIU PARA O IJF-CENTRO DE FORTALEZA/CENTRO, ONDE ALI FICOU INTERNADO ATÉ O DIA 26/12/2016. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 14. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

DANIEL ALVES DE MORAIS - MAT.: 133999

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

AURELIO DE ARAUJO PEREIRA - MAT.: 014383-1-x



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Registro de Atendimento Emergencial

Emitido em: 23/08/2018 14:03:34

Por: UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 12/12/2016 04:45:28	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 889004817975875	NOME: MARCOS DE SOUSA COSTA			Registro: 5482866	
CPF:	RG:	D. NASC: 23/10/1970	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA ESTRELA DE SOUSA COSTA			NOME DO PAI: GILBERTO OLIVEIRA COSTA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JULIO MENDES DE BARROS		Nº: 160	BAIRRO: PAJUCARA	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 986503468	MUNICIPIO: MARACANAU	UF: CE	CEP: 61932190	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: IRACEMA		PARENTESCO: IRMA		TELEFONE: 986503468	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidentes com pedestre. Pedestre traumatizado em colisão com um automóvel (carro, pickup ou caminhonete)					
QUEIXAS: Vítima de atropelamento por carro com trauma sangrante em tornozelo D. Orientado.					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Trabalho	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:		



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO :5482866

NOME: MARCOS DE SOUSA COSTA

DATA DE NASCIMENTO:23/10/1970

PAI:GILBERTO OLIVEIRA COSTA

MÃE: MARIA ESTRELA DE SOUSA COSTA

DATA DE ATENDIMENTO: 12/12/2016

DATA DE SAÍDA:26/12/2016

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ATROPELAMENTO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 12/12/2016, ÀS 04h45min, COM FRATURA DE TORNOZELO DIREITO.

SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO NO DIA 12/12/2016 PELO DOUTOR ANSELMO MARTINS, TRAUMATOLOGISTA, SUBMETIDO A TRATAMENTO ANTIBIOTICOTERAPICO, SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE TORNOZELO DIREITO NO DIA 22/12/2016 PELO DOUTOR LUIZ HOLANDA, TRAUMATOLOGISTA, EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 26/12/2016.

“DECLARAÇÃO DIGITADA EM 09/06/2018”

Dr. Osmar Azevedo Aguiar Filho
Médico
CRM 5403

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

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Laudo Médico/Resumo de Alta - Serviço

de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 30435

LEITO: 1224

NOME: MARCOS DE SOUSA COSTA

DATA DE INTERNACAO: 12/ 12/ 2016

DATA DA ALTA: 26/12/2016

BE/PRONT: 5482866

CIDADE DE ORIGEM: MARACANAÚ

NASCIMENTO: 23101970

IDADE: 46

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE TORNOZELO DIR (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: 1. TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS 2. NAO PISAR ATE O RETORNO 3. RETORNO AO AMBULATORIO DO DR. LUIZ HOLANDA EM 2 SEMANAS

TELEFONE:

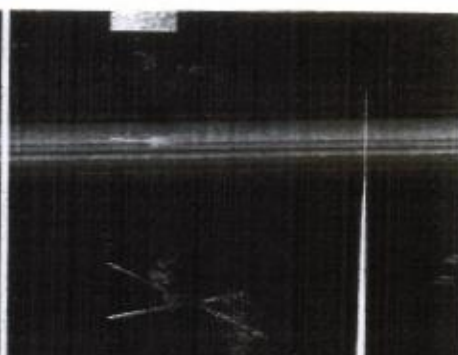
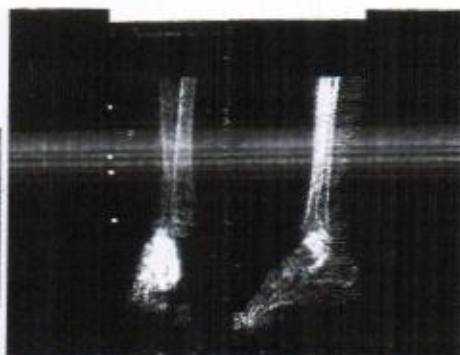
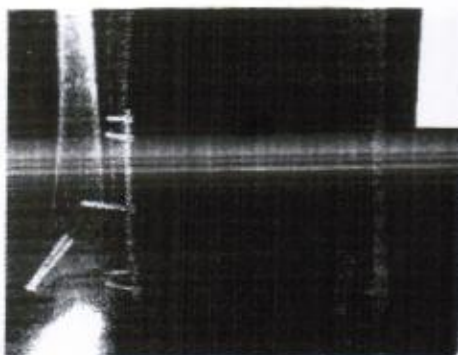
CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA

EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: LUIZ HOLANDA

RESIDENTE DO LEITO: IGOR MOTA



Mapa de Cirurgias

Dias	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material
Int.						

Observação	Status da marcação

MAPA DO DIA 22/12/2016 - Quinta-Feira

14	4	A	1224	LUIZ HOLANDA	IGOR MOTA	+ CX BASICA TO PARA MMSS + CX PARAFUSOS CANULADOS 3,5 MM + CX PEQUENOS FRAGMENTOS + KIT BÁSICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACA BOCA DO + TREPANO PNEUMÁTICO MACON
----	---	---	------	-----------------	-----------	---

MARCADA

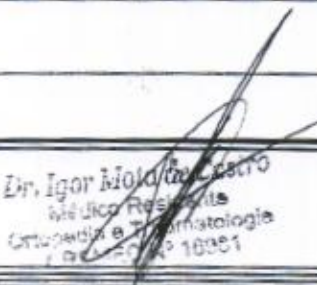
FRATURA DE TORNOZELO DIR BE: 5482866

Marcado por:
HALINE MAGALHAE em:
21-12-2016 16:37:01


INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA
Atestado - Serviço de Traumatologia
Ortopedia

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 DE SOUSA COSTA		
LEITO:	1224		
DATA DE INTERNACAO:	12 12 2016	DATA DA ALTA:	26/12/2016
BE/PRONT:	5482866	CIDADE DE ORIGEM:	MARACANAU
IDADE:	46		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE TORNOZELO DIR (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:	1. TOMAR MEDICACOES PRESCRITAS 2. NAO PISAR ATE O RETORNO 3. RETORNO AO AMBULATORIO DO DR. LUIZ HOLANDA EM 2 SEMANAS		
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	LUIZ HOLANDA		
RESIDENTE DO LEITO:	IGOR MOTA		

Ass:  Dr. Igor Mota Médico Residente Ortopedia e Traumatologia RG 10951	Retornar dia: <u>14 de 2016</u> Hora: _____ para Dr. <u>Luiz Holanda</u>
Data: <u>26 / 12 / 16</u>	Dispensa do trabalho por: <u>90 (Nove十天) dias</u>
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web



ATESTADO MÉDICO

NOME: MARCOS ANSELMO COSTA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE ACIMA É
ACOMPANHADO NO AMBULATORIO DE TRAUMATOLOGIA DO
IJF DEVIDO A FRATURADO DE TORNOZELO DIREITO EM EM
DEZEMBRO DE 2016

FRATURA CONSOLIDADA

RECEBE ALTA MEDICA DESTE AMBULATORIO

CID 10: S92

Dr. Pedro Rafael
Médico
CREMÉC 18005

Pedro Rafael
Médico
CREMÉC 18005

Fortaleza, 24 DE AGOSTO DE 2017.

SINISTRO 3180317566 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARCOS DE SOUSA COSTA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE
INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO MARCOS DE SOUSA COSTA
CPF/CNPJ: 62587359325

Posição em 22-10-2018 09:46:04

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

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
21/10/2018	Negativa Técnica - Sem sequelas	