



ACTUS
Advogados Associados

FLS. 6
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

“PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

Jean Pierre Magalhães, brasileiro, casado, autônomo, portador do RG nº 2008392641-7 SP/CE e CPF nº 761.247.203-30, residente e domiciliado na Rua da Paz, 1108, bairro Pirojá, na cidade de J. do Norte/CE.

pelo presente nomeia e constitui bastante procurador, THOMAZ ANTONIO NOGUEIRA BARBOSA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 20.787, e-mail: thomazbarbalha@yahoo.com.br, ANTÔNIO ALLAN LEITE SARAIVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 23.502, e-mail: allan.saraiva@hotmail.com, todos com escritório situado à Rua Zuca Sampaio, 649 em Barbalha/CE, onde recebe intimações e avisos, a quem confere os poderes para o foro em geral, com a cláusula “ad judícia”, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, agindo em conjunto ou separadamente, podendo, ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Barbalha-CE, 24 de novembro de 2016.

x Jean Pierre Magalhães

Rua Zuca Sampaio, 649, Santo Antônio, Barbalha - CE, CEP 63180-000
Tel.: (88) 3532-2203



ACTUS
Advogados Associados

FLS. 7
SECRETARIA
2ª VARA CÍVEL
J. DE MORAES CE

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RECURSOS

DECLARA nos termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para os devidos fins, de que são pobres na acepção jurídica do termo, não dispondo de condições econômicas para custear as despesas judiciais, sem sacrifício de seu sustento e de sua família.

Por ser a expressão da verdade, assumindo inteira responsabilidade pelas declarações acima sob as penas da lei, assino a presente declaração para que produza seus efeitos legais.

BARBALHA-CE, 24 de novembro de 2016

x Jean pierre magalhães

Rua Zuca Sampaio, 649, Santo Antônio, Barbalha - CE, CEP 63180-000
Tel.: (88) 3532-2203

<http://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?optconsultasemsinistro=true>

SINISTRO 3160539969 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JEAN PIERRE MAGALHAES

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO MBM SEGURADORA S/A #772

BENEFICIÁRIO JEAN PIERRE MAGALHAES

CPF/CNPJ: 76124720310

Posição em 24-11-2016 14:06:17

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
26/10/2016	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 488 - 11956 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **02/08/2016 10:00:08**
Data / Hora da Ocorrência: **03/07/2016 17:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CARLOS CRUZ**
Complemento:
Bairro: **VILA FATIMA** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEAN PIERRE MAGALHÃES**
Nascimento: **27/01/1976** CPF:
CNH: **01124708470** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DE LOURDES MAGALHÃES**
JOSÉ FRANCISCO MAGALHÃES
Endereço: **RUA DA PAZ, 1108**
Bairro: **PIRAJÁ** CEP:
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMM1566** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2NC4910FR006937 Renavam: **1043454052** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca:
/ Modelo: **HONDA/CB 300R** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível:
GASOLINA/ALCOOL Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JUNIO DOS SANTOS MAGALHAES**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

ADVERTIDO DAS PENAS COMINADAS NOS ARTIGOS 340 E 342, AMBOS DO CPB, RELATA O NOTICIANTE/VITIMA QUE NA DATA A CIMA MENCIONADO CONDUZIA A MOTO HONDA DE PLACA PMM 1566, NA AVENIDA CARLOS CRUZ, VILA FÁTIMA, QUANDO UM OUTRA MOTO QUE DESLOCAVA EM SENTIDO CONTRÁRIO, POREM "IMPINANDO", PERDERA O CONTROLE DA MOTO, COLIDINDO NA MOTO DO NOTICIANTE, INDO AO SOLO, ONDE SOFREU FRATURA NA CLAVÍCULA DIREITA, QUE FOI SOCORRIDO POR FAMILIARES AO HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI, ONDE TEVE ATENDIMENTO MÉDICO. QUE NÃO ANOTOU A PLACA DO OUTRO VEICULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, QUE APRESENTA COPIAS DOS SEGUINTE DOCUMENTOS: CNH, CRLV, COMPROVANTE DE ENDEREÇO, FICHA DE ATENDIMENTO DO HRC - PRONTUÁRIO DE Nº 134714, E NADA MAIS DISSE.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO CRUZ LANDIM - MAT.: 106255-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jean Pierre Magalhães

VISTO DO DELEGADO(A):

LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Junio dos Santos Magalhães,
RG nº cnh: 0079879932 data de expedição 01/08/2013,
Órgão Detran/ce, portador do CPF nº 619.025.003-34, com
domicílio na cidade de Juazeiro do Norte, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua da Paz, nº 38,
complemento Romeirão, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Jean Pierre Magalhães, cujo o condutor era
Jean Pierre Magalhães.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CB 300 R
Ano: 2015/2015
Placa: PMM 1566/CE
Chassi: 9C2NC4910FR00693
Data do Acidente: 03/07/2016
Local e Data: Juazeiro do Norte-CE, 02/08/2016

Junio dos Santos Magalhães
Assinatura do Declarante
(Com reconhecimento de firma por autenticidade ou verdadeira)

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
(Sem reconhecimento de firma)

CARTÓRIO VIANA - 3º OFÍCIO
Rua São Pedro, 751 - Centro - Juazeiro do Norte/CE - CEP: 63010-010
Fone: (88) 3511-0929 / 3587-1857
Belª. Lúcia Maria de Figueiredo Viana - Titular

Reconheço (POR AUTENTICIDADE) a firma de: JUNIO DOS
SANTOS MAGALHÃES, DOU FE. Juazeiro do Norte-Ceará,
02/08/2016

LIBRACIO RODRIGUES SOARES

FLS. 11 124

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
HOSPITAL REGIONAL DO CARIRI - HRC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL SAÚDE



SECRETARIA
GOVERNO DO CEARÁ
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JEAN PIERRE MAGALHAES Prontuário: 134714 Admissão: 03/07/2016
Data Nasc.: 27/01/1976 Idade: 40 ano(s) 6 mes(es) e 5 dia(s) Telefone:
Mãe: MARIA DE LOURDES MAGALHAES
Sexo: Masculino RG: 20083926717 Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP: Bairro: ROMEIRAO
Endereço: DA PAZ 1108

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador: Emilia Patrícia Leite Saraiva Horário: 19:30
Queixa: refere dor no ombro d apos queda de moto
Fluxograma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES
Discriminador: DOR MODERADA
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 5 Pulso/FC:

ATENDIMENTO

Médico: MARCOS AURELIO JEREMIAS LEITE CRM: 11639 Nº 330636 P.A.:
Acidente: Sim Agressão: Não Peso:
Elxo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico:
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFERINDO DOR EM OMBRO DIREITO. NEGA VOMITOS OU DESMAIO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
03/07/2016 19:30:00	PROBLEMAS EM EXTREMIDADES	DOR MODERADA	AMARELO	Emilia Patrícia Leite Saraiva

COMPROVANTE DE ATO
DECLARATÓRIO CONFORME
CIRCULAR DIREOP 004/2014

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX OMBRO D LATERAL/ ESCAPULAR (0204040116)	03/07/201 21:52	Não	Realizado

PRESCRIÇÃO

Médico: MARCOS AURELIO JEREMIAS LEITE CRM: 11639 03/07/16 21:52

Prescrição	Horário:
TRAMAL 100MG + SF 100ML EV	

FLS. 12 1844

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
JULIANO TEIXEIRA

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 48592 Registro: 3262 Data/Hora: 06/07/2016 07:33
 Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES
 Mãe: MARIA DE LOURDES MAGALHAES
 Nasc: 27/01/1976 RG: 20083926717 CPF: 761.247.203-10 Sexo: Masculino
 Idade: 40 anos, 5 meses e 9 N° 1108 Bairro: ROMEIRAO
 Endereço: RUA DA PAZ UF: CE
 Cidade: JUAZEIRO DO NORTE Carteira:
 Convênio: PARTICULAR
 Fone: 88988197432 - 0
 Profissão: VIGILANTE Atendente: SILVANY FERREIRA
 Tipo de Acomod.: Apartamento Bloco: POSTO III Quarto: APT - 004 Leito: 004
 Médico Responsável: 005943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Historia Clinica ou resumo :

Paciente com fratura no
 braço direito após acidente automotivo.
 Internado para cirurgia.

Exames complementares:

Hemograma, Glicose, coagulograma.
 R. do ombro

Diagnostico :

fratura plavicular

() Agudo () Crônico () Tempo de Evolução ____ () Meses () Anos

Previsão de Alta: ____/____/____

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Indisciplina ()

Hora:

Transferido ()

Óbito: ____

Causa: ____

Data: ____/____/____

Dr. Francisco Petronio Sampaio
 Traumatologista
 CRM 5945 CPF: 247.331.803-49

Médico Solicitante

Paciente/Responsável



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3262

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

Data Inicial: 06/07/2016

Bloco: POSTO III Enf/Apt: AP Leito: 004

Carteira:

1 - EVOLUÇÃO MÉDICA

1.1 - HISTORICO DO PACIENTE

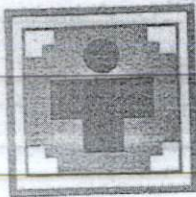
PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO COM CONSEQUENTE FRATURA NA CLAVÍCULA, INTERNADO PARA CIRURGIA, APRESENTA DORES, EDEMA, IMPOTÊNCIA FUNCIONAL DO OMBRO.



Dr. Francisco Petronio Sampaio
Traumato-Ortopedista
CRM 5943 CPF: 247.331.830-45

FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM-CE-5943

06/07/2016 14:07:24



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente:

Nº do Registro:

Idade: 45

Data: 06/7/2016

Convênio:

Leito:

Cirurgião: D. F. Ribeiro

Anestesista:

	Pré-Medicação	Dose	Hora	Efeito:
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				

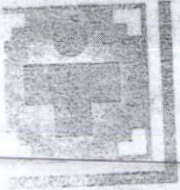
		10	15	30	45	11	15	30	45	12	15	30	45	13	15	30	45	14	15	30		
A G E N T E S	N20																					
	02																					
Liquidos Venasos																						
PA V	°C	240																				
PULSO	°	38	220																			
		36	200																			
ANES X		34	180																			
		32	160																			
OP. O		30	140																			
TEMP.	Δ	120																				
		100																				
ASPIR. A		80																				
		60																				
RESP. O		40																				
		20																				
	Exponl.																					
	Assist.																					
	Contro.																					
SIMBOLOS																						

AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A. <i>Almoxarica - 30ml</i>		<i>Bl - supina do lado direito</i>
B. <i>337</i>	<i>4ml</i>	
C. <i>Colofony - 255</i>		
D. <i>...</i>		
E. <i>...</i>		
F. <i>...</i>	<i>2ml</i>	
G. <i>Propofol</i>		
LÍQUIDOS		
<i>Derivado de ...</i>		
<i>SA - 10ml</i>		
TOTAL <i>500ml</i>		

CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA
 NASO/OROTRAQUEAL - CEGA
 BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO
 SOB - MÁSCARA
 DIFICULDADE TÉCNICA
 TEMPO DE ANESTESIA
60

ANOTAÇÕES

Laringo - Espasmo - Excesso Secre.	Hemorragia - Arritmia
------------------------------------	-----------------------



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI.**

BOLETIM DE CIRURGIA

FLS. 15

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Paciente:

Exame:

o PET

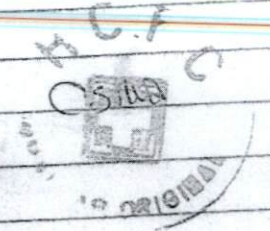
REG. Nº

AGNOSTICOS:

fratura na clavícula

IRURGIAS REALIZADAS:

osteossintese



CÓDIGO AMB:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

4. Paciente de 36 anos
masculino, branco, solteiro,
de origem portuguesa, residente em
Cariri, Ceará. Foi admitido no Hospital das Clínicas e Fraturas do Cariri com diagnóstico de fratura fechada da clavícula esquerda. Foi realizada a osteossintese com placa e parafusos. O paciente evoluiu bem e foi alta para casa com medicação analgésica e curativo.

Dr. Francisco Petrólio Sampaio
Tratamento Cirúrgico
CRM 6543 CPF: 247.331.803-46

CIRURGIÃO

1º AUXILIAR

2º AUXILIAR



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Prontuário: 485/92
Sexo: Masculino
Clínica: Cirúrgica

Registro: 3262
Idade: 40a 5m 9d
Entrada: 06/07/2016 as 07:33 Internado: 6h 40m 37s

Conta: 3262

- Prescrição Médica Nº: 1129

Médico: FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
Convênio: PARTICULAR
C.I.D.: - NAO INFORMADO

Localização: 3, 004, 004

Registro



fls. 16

Itens de prescrição	Qtde/dose	Unidade	Velocidade	Doses	Via acesso	Frequência	Infusão	Horários
1 DIETA BRANDA CONFORME ACEITACAO Observações: APOS RECUPERACAO ANESTESICA	1	Refeições		4	VO			11:00; 14:00; 17:00; 19:30;
2 ESQUEMA Observações: Iniciar agora! SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - FR Velocidade de infusão	500	ML	11 gotas/minu	1	EV	Contínua	Gravitacio	14:13; 500; 11;
3 CEFALOTINA SODICA 1GR - FRS/AMP	1	FRS		3	EV	06/06 22 04		12:00; 18:00; 00:00;
4 TRAMADOL 50MG/ML - AMP (1ML) Itens manipulados SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML - FR	1	AMP		1	EV	12/12 20 08		18:00;
5 DAPIRONA SODICA 1G/2ML - AMP Itens manipulados AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML	1	AMP		3	EV	06/06 18 24		12:00; 18:00; 00:00;
6 OMEPRAZOL 40MG - AMP Itens manipulados AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML	1	AMP		1	EV	18 06		15:00;
7 TENOXICAM 20MG - FRS/AMP (2ML) Itens manipulados AGUA DESTILADA ESTERIL 10ML	1	FRS		1	EV	12/12 18 06		18:00;
8 GENTAMICINA 80MG/ML - AMP (2ML) Observações: UMA X AO DIA Itens manipulados SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML - FR	3	AMP		1	EV	18 06		15:00;
9 JELCO HEPARINIZADO				1		Contínua		15:00;
10 CUIDADOS DE ROTINA				1		Contínua		15:00;
11 SINAIS VITAIS Pressão Arterial Diastólica				1		Contínua		15:00;

Vigência: 06/07/2016 as 06:00
até: 07/07/2016 as 05:59

Emitido em:
06/07/2016 às 14:13

FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO
CRM 5943

Dr. Francisco Petronio Sampaio
Traumato-Ortopedia
CRM 5943 CPF 247.331.803-49

JUAZEIRO DO NORTE, 06 de julho de 2016.

Farmacêutico(a) ou Técnico responsável/ Carimbo

Enfermeiro(a) ou Técnico responsável/ Carimbo

FLS. 16
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

FLS. 17 1344

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
NORTE - CE

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Data: 06/07/2016

Nº Registro: 3262

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Carteira:

Convênio: PARTICULAR

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

CLIENTE ADMITIDO NESTE LEITO PARA TRATAMENTO CIRURGICO PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA, VEIO ACOMPANHADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, PELE INTEGRAL, É DIABÉTICO, HIPERTENSO, ETILISTA, ALÉRGICO, A AS, NEGA TABAGISMO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE, REALIZADO ECG, AGUARDA PARECER CARDIOLOGICO, EXAMES LAB, AGUARDA RESULTADO.

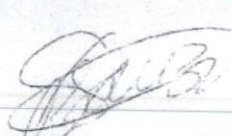
SSV

PA: 140/100MMHG

P: 76

T: 36,5

R: 20



SILVANIA FERREIRA DE SOUZA
COREN-CE-136242
06/07/2016 08:49:13

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

PACIENTE: JEAN PIERRE MAGALHAES

IDADE: 40a 5m 9d

CONVÊNIO: PARTICULAR

MÉDICO: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

BLOCO: POSTO 3 -

ACOMODAÇÃO: APT -

LEITO: 004

DATA ENTRADA: 06/07/2016

EVOLUÇÃO E PRESCRIÇÃO MÉDICA

1 - PRESCRIÇÃO MÉDICA

1.1 - PRESCRIÇÃO
SORO GLICOSADO 500ML IV



FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

5943

06/07/2016 08:50:38

FLS. 19124

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
DO NORTE - CE

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIPIRANGA

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

CLIENTE ADMITIDO NESTE LEITO PARA TRATAMENTO CIRURGICO PROCEDENTE DE SUA RESIDENCIA. VEIO ACOMPANHADO, CONSCIENTE, ORIENTADO, HIDRATADO, PELE INTEGRAL. É DIABETICO, HIPERTENSO, ETILISTA, ALÉRGICO, A AS. NEGA TABAGISMO. FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTE, REALIZADO ECG, AGUARDA PARECER CARDIOLOGICO. EXAMES LAB. AGUARDA RESULTADO, PUNÇIONADO A V P MSE, SOROTERAPIA, AFERIDO SSVV EM REPOUSO NO LEITO. AGURADANDO CHAMADO DO CC.

PA = 140 X 100 MMHG

TEMP = 36.5°C

P = 76BPM

R = 18RPM



CICERA MARIA DA SILVA
COREN-CE-704272
06/07/2016 11:13:53



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

Nº Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- EVOLUÇÃO

1.1 - DESCRIÇÃO

AS 14:20 CLIENTE EVOLUINDO BEM NO 1º D.P.O DA CLAVÍCULA [D] CONSCIENTE, LÚCIDO E ORIENTADO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, AFEBRIL EUPNÉICO, NORMOTENSO, MANTENDO REPOUSO NO LEITO+JELCO HID. MSE, COM BOA ACEITAÇÃO ALIMENTAR, FUNÇÕES FISIOLÓGICA PRESENTE, ACOMPANHADO, AFERIDO SSVV PA=130X80 T=37°C MEDICADO E SEGUE EM OBS DA ENFERMAGEM



MARIA BERNADETE DA CRUZ
COREN/CE 109930
07/07/2016 14:21:04

FLS. 21

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NOTES CE

HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CAIRIRI

N.º Registro: 3262

Data: 06/07/2016

Paciente: JEAN PIERRE MAGALHAES

Convênio: PARTICULAR

Carteira:

Médico: 5943 FRANCISCO PETRONIO SAMPAIO

EVOLUÇÃO TÉCNICO DE ENFERMAGEM

1 - EVOLUCAO

1.1 - DESCRICAO

CLIENTE 40 ANOS, EVOLUINDO BEM AO P.O DE CLAVICULA, CONSCIENTE, ORIENTADO, CORADO HIDRATADO, COOPERATIVO, CALMO, VERBALIZANDO, RESPIRANDO AR AMBIENTE, REPOUSO NO LEITO, ACOMPANHADO, ACIETANDO BEM A DIETA OFERECIDA, HIPERTENSO, AFEBRIL, EUPNEICO, SSVV AFERIDOS, MEDICADO CONFORME PRESCRIÇÃO MEDICA, JELCO HIDROLIZADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, HIGIENE SATISFATORIA, SEM QUEIXAS NO PRESENTE MOMENTO

P.A: 130X70 mmhg

Tº: 36.7°C

R: 20 rpm

P: 81 bpm

SEGUE AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM

SARA DIAS BARROSO
COREN-CE-967402
07/07/2016 21:37:02

FLS. 22 *NSM*
 SECRETARIA
 DA 2ª V.ª
 J. DO N.º



**HOSPITAL DAS
CLINICAS
E FRATURAS DO CARIRI**

**Avenida Padre Cicero KM 02 Bairro: Triângulo
Juazeiro do Norte CE
PABX: (88) 2101.3150 - FAX: (88) 3571.4517**

NOME DO CLIENTE: JEAN PIERRE MAGALHAES

**EXAME
SOLICITADO:**

RAIOS X DA CLAVICULA

DATA
06/07/2016

IDADE
40 ANOS

MEDICO:

PETRONIO

CRM:

5943/CE

CONVÊNIO

PARTICULAR



*Fratura do 1/3 médio
da clavícula, com placa
de osteossíntese.*

Eduardo Lopes
DR. EDUARDO LOPES
 CRM: 721

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

Políg. Direto

JEAN PIERRE MAGALHÃES

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2008392671 - 7

DATA DE EXPEDIÇÃO 27/11/2010/EL J. DO NORTE - CE

NOME JEAN PIERRE MAGALHÃES

FILIAÇÃO JOSÉ FRANCISCO MAGALHÃES

MARIA DE LOURDES MAGALHÃES

NATURALIDADE JUAZEIRO DO NORTE - CE

DATA DE NASCIMENTO 27/01/1976

DOB. ORDEM CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 13.703 FOLHA: 129

LIVRO: 66 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF 761.247.203-10

RG: ANT: 282592094

P.: 98

1 VTA

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 29-08-83

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome JEAN PIERRE MAGALHAES

Nº de Inscrição 761247203-10

Data do Nascimento 27/01/78

761247203-10

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, vedada a exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na legislação vigente.

Assinatura

JEAN PIERRE MAGALHAES

SERVIDOR

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 06/11/95



FLS. 24 1522
SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 761.247.203-10

Nome da Pessoa Física: JEAN PIERRE MAGALHAES

Data de Nascimento: 27/01/1976

Situação Cadastral: REGULAR

Data da Inscrição: 04/11/1995

Digito Verificador: 00

Comprovante emitido às: 10:17:01: do dia 24/08/2016 (hora e data de Brasília).

Código de controle do comprovante: 33E9.EF5D.927F.69C5

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.

Este documento não substitui o "Comprovante de Inscrição no CPF".

(Modelo aprovado pela IN/RFB nº 1.548, de 13/02/2015.)

SECRETARIA
DA 2ª VILA CHUIREPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADESDETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 011937832730

VIA COD RENAVAM RNTC EXERCÍCIO

01 1937832730 002003000 2015

JUNTA DOS EDITORES MECANIZADOS

JULIENE LO MONTE

PLACA ANT/UF PLACA

01 1937832730 002003000

PLACA ANT/UF CHASSI

01 1937832730 002003000

ESPECIE/FC COMBUSTÍVEL

01 1937832730 002003000

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD

HONDA/CB 300R 2015 2015

CAP/FC/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE

01 1937832730 002003000

COTA ÚNICA VENC COTA ÚNICA VENC COTAS

01 1937832730 002003000

FAIXA/PVA PARCELAMENTO/COTAS

01 1937832730 002003000

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

01 1937832730 002003000

DOCUMENTO DE PORE E CONFIRMAÇÃO

01 1937832730 002003000

DOCUMENTO PARA TRANSFERÊNCIA

01 1937832730 002003000

LOCAL DATA

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

01 1937832730 002003000

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE MATERIAL ESTREITO OU FOR SUACARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO SEGURO DPVAT

CE Nº 011937832730 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

61902 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEM N° 61902

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

WWW.DPVATSEGUROOBRIGATORIO.COM.BR

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2015 26/08/2015

VIA CPF/CNPJ PLACA

01 61902500034 002003000

RENAVAM MARCA/MODELO

1943454003 HONDA/CB 300R

ANO FAB ANO MOD

2015 15 002003000

PREMIO TARIFARIO

FNS (R\$) DENATRA (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)

PAGAMENTO DATA DE COTAÇÃO

COTA ÚNICA PARCELADO 00/00/0000

PROPRIETARIO

LOTE/SEGURADORA LIDER-CEP-VAT

MOTOR: 0049 DNF 032-R 300/0001-04

WWW.SEGURADORAIDER.COM.BR

052-2014

::Consulta de Veículo

Alba 'Outros' FLS. 26 1312
 SECRETARIA
 DA 2ª VARA CÍVEL
 J. DO NORTE - CE

ATENÇÃO: As informações obtidas através de consulta a este site não servem como certidão de regularidade.

Dados do Veículo

Placa	PMM1566
Código RENAVAM	01043454052
CPF/CNPJ do Proprietário	619.025.003-34
Nome do Proprietário	JUNIO DOS SANTOS MAGALHAES
Tipo	MOTOCICLETA
Espécie	PASSEIRO
Carroceria	NÃO APLICAVEL
Categoria	PARTICULAR
Combustível	ALCOOL/GASOLINA
Marca/Modelo	HONDA/CB 300R
Ano Fabricação	2015
Ano Modelo	2015
Cor	VERMELHA
Lotação	2
Capacidade de Carga	*
Potência	*
Cilindradas	291

Indicadores de Situação do Veículo

Restrição-1	NAO HA
Restrição-2	NAO HA
Restrição-3	NAO HA
Restrição-4	NAO HA
Existe Ocorrência de Roubo Furto Ativa?	Não
Existe Comunicação de Venda?	Não
Existe Restrição Judicial RENAJUD?	Não
Existe Multa Interestadual?	Não
Existe Recall?	Não

Para obter detalhes das restrições ou informações adicionais procure o DETRAN do seu veículo.



FLS. 27 *mu*SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA**

Eu, **JEAN PIERRE MAGALHAES**, portador(a) do RG nº **2008392671-7**, expedido por **SSP-CE**, expedido em **27/11/2012**, CPF nº **761.247.203-10**, na qualidade de favorecido(a) beneficiário(a), venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito **segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:**

Logradouro	RUA DA PAZ
(Rua/Avenida/Praça)	
Número	1108
Apto/Complemento	
Bairro	PIRAJA
Cidade	JUAZEIRO DO NORTE
Estado	Ceará
CEP	63.034-240
Telefone	(88) 8819-7432
e-Mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Juazeiro do Norte - Ce, 23 de Agosto de 2016
Local / Data

Jean Pierre Magalhães
JEAN PIERRE MAGALHAES

FLS. 28 NSU

SECRETARIA
DA 2ª VARA CÍVEL
J. DO NORTE - CE

Nº DO CLIENTE
4110832-9

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

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

COELCE
Grupo Enel

Para regularizar seu atendimento, utilize o nº acima e o endereço que aparece em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - JUAZEIRO DO NORTE 439180024

Rota 12 13000 22 128000 - 6 Data de Emissão 19/07/2016

Nome ANA CRISTINA LEITE MATOS MAGALHAES

End. Postal RU DA PAZ 01108

PIRAJA - JUAZEIRO DO NORTE - 63034240

Medidor 7414283 Poste 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 620173573-91 CGF

Nome do Responsável

DADOS

Mês de Referência	Data de Apuramento	Previsão Próxima Leitura
Jul/2016	19/07/2016	19/08/2016

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Viés a legenda: JUAZEIRO DO NORTE

Conjunto Ma/2016 EUSD 19,72

Mês DICRI= 0,00 P

ÍNDICE

Base de Cálculo (RS)	Aliquota	Valor do Imposto	Pedrso Individual			Apuração Individual			
			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual	
ISENTO			DIC	5,07	10,13	20,30	0,00	0,00	0,00
			FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
			DMIC	2,86			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E140.2800.1260.3562.83FD.8599.0084.F622

ÍNDICE DE QUALIDADE DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (RS/kWh)	Valor (RS)
25500	25076	1,00	124	0,00	30	0,17231	5,16
					70	0,29540	20,67
					24	0,44310	10,65
19/07/16	17/06/16		32 DIAS		124		36,48

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MES	VALOR (RS)
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	36,48
	1,28

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUICOMPROVANTE DE PAGAMENTO
ARRECADACAO DE CONVENIO21/07/2016 10:18:47
DATA DE EFETIVACAO: 21/07/2016
CONVENIO: 000611735
OPERADOR: RAMONREPRESENTACAO NUMERICA
8389000000005 377600310008
000411083201 006839682793CONVENIO: COMPANHIA ENERGETICA
PAGO EFETUADO EM: 21/07/2016

VALOR: 37,76

COD. OPERACAO: 000057679

OPERACAO REALIZADA COM SUCESSO

CAIXA AQUI
É A CAIXA EM TODO O BRASILSAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações
reclamações, sugestões e elogios)Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br

VENCIMENTO 26/07/2016 **TOTAL A PAGAR (RS)** 37,76

COMPOSICAO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	22,05
Transmissao	0,55
Distribuição	1,75
Encargos Setoriais	3,91
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	3,16
TOTAL	37,76

HISTORICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

121	124	123	131	115	110	111	118	123	129	128	120	120
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

RED Jul Jun Mai Abr Mar Fev Jan Dez Nov Out Set Ago

CONSUMO CONSCIENTE EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelce.	Emitido kg(CO ₂)	Compensado kg(CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
	53,59	0,00	0%

Informações importantes e avisos de vencimento

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 3,16 referente a PIS e COFINS.
(Art. 9 Rev. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.639/03)