

PROIBIDO PLASTIFICAR

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1764808440

1764808440

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA E DEFESA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE IDENTIFICACAO

CE

NOME: JOHNNY DE BARROS SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF: 2003015072580 SSP CE

CF: 045.253.363-58 DATA NASCIMENTO: 12/11/1992

FILIAÇÃO: JOSE CORREIA DE SOUSA
ANTONIA LEVANTILDE DE BARROS SOUSA

FORMULADO: ACC: CATHA: A

Nº REGISTRO: 05480787619 VALIDADE: 09/04/2024 1ª EMISSÃO: 26/04/2012

OBSERVAÇÕES: SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO EMISSOR: Johnny de Barros Sousa

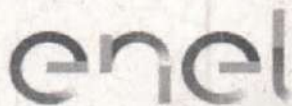
LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 12/04/2019

ASSINATURA DO TITULAR: [Assinatura]

CEI: 73203452624
CEI: 70254100

CEARA

DFACAL



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 576927226

Companhia Energética do Ceará

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

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

Esta é a segunda via de
JUN/2019

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
9275364 DV **7**

VENCIMENTO

25/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

92,48

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade * Tarifa = Valor (R\$)

Rota 03 01260 02 0145400

Medidor

Poste

Nome JOHNNY DE BARROS SOUSA

5370640

0000 Q76T

Endereço Postal

End. da Unidade

AV DEP PAULINO ROCHA 01001 AP 101 BL C SQ LESTE

Consumidora

CAJAZEIRAS FORTALEZA 60864311

RG / CPF / CNPJ

045.253.363-58

CGF

Classe

B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual - Leitura Anterior * Constante = Consumo (kWh) + Consumo Incl. = Consumo Faturado

36329

36226

1

103

0

103

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

07/06/2019

10/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

E134.F009.D507.75CC.2E29.7845.DC99.80FE

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

79,73

Aliquota

27%

Valor do Imposto

21,52

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES

0,52

MULTA MORATORIA

1,66

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP

10,57

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)

Compensado kg (CO₂)

Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

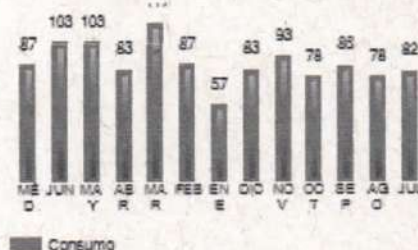
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,87

Conjunto DIAS MACEDO

Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	4,83	9,67	19,34	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,11	6,22	12,45	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,69			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente:

9275364-7

N° da Nota Fiscal: 576927226

Total a Pagar (R\$): 92,48

Data de Emissão:

02/07/2019

Referência: JUN/2019

N° de Controle: 0009275364 00013 4325 2 04

83820000000-2 92480031000-9 00092753640-4 00134325237-4





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
 Impresso nº 2019442359



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2155 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **02/07/2019 09:04:51**
 Data / Hora da Ocorrência: **28/11/2018 13:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA PEDRO PRIMEIRO**
 Complemento:
 Bairro: **CENTRO** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOHNNY DE BARROS SOUSA**
 Nascimento: **12/11/1992** CPF: **045.253.363-58**
 RG: **2003015072580** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **ANTONIA LEVANILDE DE BARROS SOUSA**
JOSE CORREIA DE SOUSA
 Endereço: **AVENIDA DEP PAULINO ROCHA, 1001 AP101 BL C SQ LESTE**
 Bairro: **CAJAZEIRAS**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.864-311**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99280-5482**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: NNX9091 Uf: CE Município: FORTALEZA Chassi:
9C6KE1250C0024986 Renavam: 429777167 Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: YAMAHA/XTZ 125E Ano Fabricação:
2011 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor: AZUL
 Proprietário: **SAMUEL GRANDI BRANDAO Situação: NÃO INFORMADO**
 Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NNX-9091-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA PEDRO PRIMEIRO; QUE UM VEICULO ÔNIBUS DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE VINHA NO MESMO SENTIDO DA VIA E LOGO ATRÁS E AO ULTRAPASSAR FECHADO A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA LOGO A FRENTE, FOI ENTAO, QUE VITIMA TENTOU DESVIAR E FOI COLIDIR COM UM OUTRO VEICULO ÔNIBUS DE PLACAS NAO ANOTADAS QUE ESTAVA LOGO AO LADO NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DA PARANGABA. E NADA MAIS DISSE.///
 OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019442359



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2155 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Johnny de Barros Sampa

VISTO DO DELEGADO(A) :

Maria das Gracas
MARIA DAS GRACAS FERREIRA UCHOA - MAT.: 166161-1-7





DECLARAÇÃO



SAMU
192
REGIONAL FORTALEZA

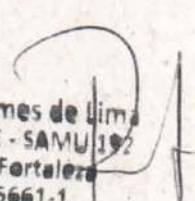
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Johnny de Barros Sousa** - C.P.F. - **045.253.363-58**, no dia **28/11/2018**, às **14h35min**, na **Rua Pedro Primeiro**, no **Bairro Centro**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P686329/2019**.

Fortaleza, 21 de Maio de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



SERVICO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA – SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de Fortaleza

P- 686329/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO:	PONTO DE APOIO: C. 5 A	Nº DA OCORRÊNCIA: 0498
DATA: 11/11/2018	TURNO: not	EQUIPE:
NOME: Johnny de Barros Souza	IDADE: 26	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua / Pedro promeiro, 897	BAIRRO: Centro	
REFERÊNCIA:	QTY: 1. 23	QUJ: 13. 32
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão - Amolux / moto	QUY:	QUU:

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

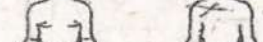
RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR: _____

 Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☒ EUPNEICO ☐ TAQUIPNEICO ☐ BRADIPNEICO ☐ AGÔNICA/AUSENTE	☐ NORMAL ☐ ALTERADA: _____ 	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____ 	☒ NORMAL ☐ ALTERADA: _____

 Grinapio	PULSO		PELE		ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMEN EXTERNO
	☐ NORMOCÁRDICO ☐ TRAQUICÁRDICO ☐ BRADICÁRDICO	☒ CHEIO ☐ FILIFORME ☐ IMPALPÁVEL	☒ CORADA ☐ PÁLIDA ☐ CIANÓTICA	☐ SUDOREICA ☒ SECA ☐ QUENTE ☐ FRIA	☒ ≤ 2 seg ☐ > 2 seg	☐ SIM ☒ NÃO
	LOCAL:					

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)			
ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
D Neurológico	ESPONTÂNEA ☐ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5	OBEDECE A COMANDOS
	À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA
	NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL
	TOTAL: 15	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL
PÚPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)			
☐ ALTERADAS			

	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
E Epistaxio		<i>luxação em dorso do E</i>	

SAMPLA

FC:	PA:	FR:	GLUC:	OXIM:	TEMP:
5	110/68	20		99%	



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

apto 101 c-lote 1000 zebras
Rua Bate R Ab. República Paulino Rocha 100 Condomínio
11-2883-5482

VEÍCULO: USB-06 PONTO DE APOIO: UFC Nº DA OCORRÊNCIA: 0498
DATA: 28/11/18 TURNO: NT EQUIPE: Fernanda + Onilton
NOME: Johny de Jesus Souza IDADE: 26a SEXO: masculino
ENDEREÇO: Rua Pêlo Primeiro 897 BAIRRO: Centro
REFERÊNCIA: QTY: 14.05 QUS: 14.35/14.43 QUR: 15.05 QUU: 15.20
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Onibus moto

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO ☐ PRESENTE ☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO ☐ AUSENTE ☐ AUSENTE
☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS POR:

A
Vias aéreas

B
Respiração

PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO			
☐ AGÔNICA/AUSENTE			

C
Circulação

PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☐ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☒ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
☐ CHEIO	☐ SUDOREICA		
☐ FILIFORME	☒ SECA		
☐ IMPALPÁVEL	☐ QUENTE		
	☐ FRIA		

LOCAL: _____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

D
Nível de consciência

ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3
TOTAL: _____	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2
		NENHUMA ☐ 1

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS

E
Exposição

ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: 95 PA: 110/60 FR: 20 GLIC.: OXIM.: 99 TEMP.: _____

Acidente de colisão moto onibus, consequente orientação nega nínica
do no MSE na altura do espinheis com moxuel fraturas que
sua iconização na altura do cotovelo o mesmo foi atendido e
remetido pela USB 76 até o IJF Centro onde ficou aguardando
remetido para outro Unidade a USB 76 estava em outro atn.
sumo e se encontrava com um paciente que iria para o
IJF Centro a USB 06 foi até o IJF Centro onde o paci se encontra
e depois fazer a curatela do mesmo para o Johny de Jesus

CONTRAN		DENATRAN	
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - CE CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO Nº 013547282950		EXERCÍCIO 2017	
VIA 01	COD RENAVAM 429777167	RNTC 0000000000	EXERCÍCIO 2017
NOME SAMUEL GRANDI BRANDAO FORTALEZA/CE			
PLACA 01552620336			
CHASSI 9C6KE1250C0024986			
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.			
GASOLINA			
MARCA/MODELO YAMAHA/XTZ 125E			
CATEGORIA 2P/0CV/124CC			
PARTEIC AZUL			
VENO/COPIAS 1ª			
PREMIO TARIFARIO (R\$) 00/00/0000			
DATA DE PAGAMENTO 20/10/2017			
LOCAL FORTALEZA			
DATA 20/10/2017			

CE Nº 013547282950		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO 2017		DATA EMISSÃO 20/10/2017	
ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA			
www.seguradorailder.com.br SAC DPVAT 0800 022 1204			
VIA 01	CHASSI 9C6KE1250C0024986	PLACA 01552620336	EXERCÍCIO 2017
RENAVAM 429777167	MARCA / MODELO YAMAHA/XTZ 125E	PLACA NNX9091	EXERCÍCIO 2017
ANO FAB 2011	PREMIO TARIFARIO 00/00/0000	DATA DE COTAÇÃO 00/00/0000	DATA DE COTAÇÃO 00/00/0000
CUSTO DO BILHETE (R\$) 00/00/0000	CUSTO DO SEGURO (R\$) 00/00/0000	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 00/00/0000	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$) 00/00/0000
PAGAMENTO ☒ COTA UNICA	☐ PARCELADO	DATA DE COTAÇÃO 00/00/0000	DATA DE COTAÇÃO 00/00/0000
LOTE/DO SEGURO DPVAT MOTOR: E3D2E032820			
JUN-2017			

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>Samy Costa</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo?		Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
☐ Sim	☐ Não	Unid. Interação/ENF/LEITO	
JUSTIFICATIVA			
EXAMES RADIOLOGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Clavícula AP
☐ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Antebraço AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/P	☐ Tornozelo AP/P
☐	☐	☐	☐ Pé AP/OBL
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MID
			☐ MIE
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:			
		Data / /	Hora: h minutos

AGENDAMENTO DE EXAMES		EXAMES
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
PROCEDIMENTOS		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		
Data: / / às :		

**Prefeitura de Fortaleza**
Secretaria de Saúde

NÚCLEO AMBULATORIAL

Nome: Jaqueline de Barros Sousa
Registro geral: 5592741
Nº Carteira SUS: _____
Diagnóstico: _____
Médico: Teodor

Neumodlogia
ESPECIALIDADE

Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061 -
Fortaleza, Ceará, Brasil. (85) 3255-5010 - (85) 3255-5185





**Prefeitura de
Fortaleza**

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

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE JOHNNY DE BARROS SOUSA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	Nº DO PRONTUÁRIO 360585	Nº DO BE 247819	
NOME MAE ANTONIA LEVANILDE DE BARROS SOUSA	NASCIMENTO 12/11/1992(26 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR INDIGENA
ENDEREÇO AVENIDA DEPUTADO PAULINO ROCHA 1001 1001 AP1001 CELESTE COND MORADA DOS BOSQUE CAJAZEIRAS	NOME RESPONSÁVEL NI	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO	CEP NI		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DA DO ACIDENTE	OCORRÊNCIA		
CUBEXA	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
TRAZIDO PELO SAMU USB 06. PACIENTE REFERE PROVÁVEL FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA. ESCORIAÇÃO EM BRAÇO ESQUERDO.	MOTIVO COLISÃO MOTO X ÔNIBUS	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
SINTOMAS NI	SINAIS VITAIS		
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.	GLUCEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO PATRICIA ALVES MAIA	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 28/11/2018 15:14:04	
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	ÁREA ATENDIMENTO		
ANAMNESE	ATENDIMENTO MÉDICO		
VÍTIMA DE COLISÃO MOTO-ÔNIBUS. APRESENTA LAC E DEFORM. BADE EM CLAVÍCULA ESQUERDA. RX. COM FRATURA DE CLAVÍCULA A ESQUERDA. CD: TIPOIA. ANALGESIA CURATIVO. Dr. Marcos L. B. Silva Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15.171/1707 10018 Dr. Marcos L. B. Silva Ortopedia e Traumatologia CREMEC 15.171/1707 10018			
DIAGNÓSTICO	DOO PROCEDIMENTO	CD	
SADT SOLICITADO () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X CLAVÍCULA () AP () OUTROS			
PREScrição MÉDICA	AFRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
PROFENID 100mg IM	15:48		
TIPO DE ALTA/SÁIDA			
() 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 patricia alves maia em 28/11/2018 às 15:14:08

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.

johnny de barros souza

HOSPITAL DISTRITAL Mª JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

pp. Phansa
Mônica Saba
Mat.15984

Especialidade:	<u>TO</u>	Retorno:	<u>09/01/19</u>	às <u>13.00</u>	Profissional:	<u>Teden</u>
Especialidade:	<u>TO</u>	Retorno:	<u>30/1/19</u>	às <u>13.00</u>	Profissional:	<u>Teden</u>
Especialidade:	<u>TO</u>	Retorno:	<u>13/3/19</u>	às <u>13.00</u>	Profissional:	<u>Teden</u>
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	<u>Teden</u>
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	
Especialidade:		Retorno:	<u>/ /</u>	às <u>:</u>	Profissional:	

TRAUMATOLOGIA – CIRURGIA GERAL – NEUROCIRURGIA –
PEQUENA CIRURGIA – PRÉ ANESTÉSICO – ACUPUNTURA

CIRURGIA PLÁSTICA – NEFROLOGIA – CIRURGIA VASCULAR
– DOR – CITRAFE – ENFERMAGEM



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

JOHNNY DE BARROS SOUSA

ATESTO PARA FINS DE PERÍCIA MÉDICA EM PARA
CONCESSÃO DE SEGURO-DPVAT QUE A PESSOA
SUPRACITADA ESTÁ DE ALTA AMBULATORIAL NO IJF TENDO
SIDO ACOMPANHADO POR:

- CONVALESCENÇA PÓS-OPERATÓRIA
- FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

ENCAMINHO PARA PERÍCIA MÉDICA.

CID-10: Z54.0; S42.0

FORTALEZA 20 DE MARÇO DE 2019

Augusto Tadeu
Ortopedia
CRM/CE 9460

DR. AUGUSTO TADEU
CRM/CE 9460



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

JOHNNY DE BARROS SOUSA

SOLICITO:

- FISIOTERAPIA (S/CARGA) _____ 10 SESSÕES

FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA

FORTALEZA, ____ DE ____ DE 2019

DR. AUGUSTO TADEU
CRM/CE 9460

Imprimir



Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: JOHNNY DE BARROS SOUSA

LEITO:

DATA DE
INTERNACAO: 10/12/2018

DATA DA ALTA: 12/12/2018

BE/PRONT: 5592741

CIDADE DE
ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 26

DIAGNOSTICOS: Fratura da clavícula (OPERADA)

CONDUTA RETORNO EM 15 D PARA AMBULATORIO DR TADEU - RETORNAR
DECIDIDA ANTES SE INTERCORRENCIAS - RETIRAR OS PONTOS APOS 15 DIAS
PARA CADA - TROCAR CURATIVO A CADA 2 DIAS - MANTER CURATIVO SEMPRE
LESAO: LIMPO - NAO MOLHAR CURATIVO - MANTER EM TIPOIA

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:STAFF DO
LEITO: 37RESIDENTE
DO LEITO: RESIDENTE
INDEFINIDOAss: Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 12, 12, 18

Dispensa do trabalho por:

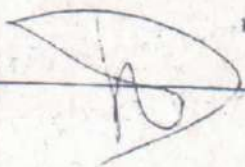
12 P Lier

HG Residência - Projeto Gestão de Serviços e Residência Médica

12/12/2018 13

<https://www.jf2sistema.com.br>

Ass.: _____



Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Dr. _____

Data: 12/12/18



Resumo de alta

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

NOME: JOHNNY DE BARROS SOUSA

LEITO:

DATA DE
INTERNACAO: 10/ 12/2018

DATA DA ALTA: 12/12/2018

BE/PRONT: 5592741

CIDADE DE
ORIGEM: FORTALEZA

IDADE: 26

DIAGNOSTICOS: Fratura da clavícula (OPERADA)

CONDUTA
DECIDIDA: RETORNO EM 15 D PARA AMBULATORIO DR TADEU - RETORNAR
PARA CADA
LESAO: ANTES SE INTERCORRENCIAS - RETIRAR OS PONTOS APOS 15 DIAS
- TROCAR CURATIVO A CADA 2 DIAS - MANTER CURATIVO SEMPRE
LIMPO - NAO MOLHAR CURATIVO - MANTER EM TIPOIA

STAFF QUE
OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO
LEITO: 37

RESIDENTE
DO LEITO: RESIDENTE
INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcação
-----------	---	------	-------	-------	------------	----------	------------	--------------------



Prefeitura de
Fortaleza

Instituto Dr. José Frota
Secretaria Municipal de Saúde

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>WANNY DE BARROS SILVA</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo?	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	
☐ Sim	☐ Não	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.	
JUSTIFICATIVA			
<u>PM-op</u>			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical AP/P	☐ Coluna Dorsal AP/P
☐ Tórax AP/P	☐ Ombro AP/P	☐ Braço AP/P	☐ Cotovelo AP/P
☐ Punho AP/P	☐ Mão AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Fêmur AP/P
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna AP/P	☐ Joelho AP/P	☐ Pé AP/OBL
☐	☐	☐	☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase
☐	☐	☐	☐ Sumário de Urina
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MID
			☐ MIE
			☐
OUTROS EXAMES			
<u>- E.C.G.</u>			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data / /	Hora: h minutos



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

JUSTIFICATIVA

Nome: <u>Salvador da Silva</u>	Nº AIH/RAE:
Paciente Externo? ☒ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO
Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

EXAMES RADIOLOGICOS

☐ Crânio	☐ Face	☐ Coluna Cervical __ AP/P	☒ Clavícula __ AP	☐ Coluna Dorsal AP/P
☐ Tórax __ AP/P	☐ Ombro __ AP/P	☐ Braço __ AP/P	☐ Antebraço __ AP/P	☐ Cotovelo __ AP/P
☐ Punho __ AP/P	☐ Mão __ AP/OBL	☐ Bacia AP	☐ Quadril AP/AXIAL	☐ Fêmur __ AP/P
☐ Escanometria dos MMII	☐ Perna __ AP/P	☐ Joelho __ AP/P	☐ Tornozelo __ AP/P	☐ Pé __ AP/OBL

EXAMES LABORATORIAIS

☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina	☐ Potássio
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio	☐ TAP
☐ PTTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase	☐ Sumário de Urina

ULTRA-SONOGRAFIA

☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD	☐ MID	☐ MSE	☐ MIE
-------------------------------	---------------------------------------	--------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------

OUTROS EXAMES DE EGRESSOS - JUF

REGISTRADO NO E-SUS

DATA: 30/12 HORA: 18 : 00 H

[Assinatura]
Dr. José Frota
Instituto Dr. José Frota

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

Data: / / Hora: h minutos

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

paciente consciente, alerta, vítima de acidente de trânsito, com lesões múltiplas, porém capazes, geloso antes da chegada, refere dor nas costas, pernas e braços, com dificuldade de movimentação (torção) e náuseas.

M^{te} das Graças S. Florença
Enfermeira
COREN-CE 001431051

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:☐ LIBERADO☐ RECUSA☐ REMOVIDO POR TERCEIROS☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →☐ NO LOCAL☐ DURANTE O-TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM☐ NÃO

ASS. DO RESPONSÁVEL:

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

EM: / / às

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às _____ hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



C.F.B. CHAVES - ME

Av: Osório de Paiva, 1210 - PARANGABA
CEP: 60.720.000 - FORTALEZA - CEARÁ
Fone/Fax: (85) 3047.3377 - 3047.7877 - Fortaleza/CE
C.N.P.J 22.622.981/0001-41 - C.G.F.06.456.891-1
e-mail: erikahospitalar11@hotmail.com

RECIBO

R\$ 45.00

Recebemos do (s) Sr(s) Johnny de Barros Souza.

a quantia de Quarenta e cinco reais

referente a tempo de trabalho suspenso 17

pelo que firmamos o presente recibo, dando-lhe plena e total quitação.

Fortaleza, 28 de setembro de 2018
Marilene

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

Prefeitura de
Fortaleza**RECEITA**

TIPÓIA VOLPEAU

DATA: ____/____/____

CRM-MÉDICO(A)

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
AV: OSÓRIO DE PAIVA N° 1127 PARANGABA FORTALEZA-CE
TEL: (85) 313-17322 EMAIL: secret dg.hdmjbo@sms.fortaleza.ce.gov.br



RECEITUÁRIO

NOME: JOHNY BARROS DE SOUSA

USO ORAL

1. tipoia

Fortaleza, 12/12/2018

Assinatura e carimbo Médico



RECEITUÁRIO

NOME: JOHNY BARROS DE SOUSA

USO ORAL

1. DIPIRONA 1G..... 30 COMPRIMIDOS

Tomar 01cp, de 6/6h se dor.

Fortaleza 12/12/2018

Assinatura e carimbo Médico

 Prefeitura de Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 232872					
Data e Hora da Emissão		03/12/2018 08:35:20		Competência		12/2018		Código da Verificação		771196868	
Número RPS		199186		No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		Fortaleza - CE	
Dados do Prestador de Serviços											
Razão Social/Nome		Clínica Médica E Odontologica Saude Inclusão Medicina (fátima)									
Nome Fantasia		SIM Fátima									
CNPJ/CPF		09.407.153/0001-22		Inscrição Municipal		232778		Município		Fortaleza- CE	
Endereço e Cep		Rua Eusebio de Sousa, 375, Bairro de Fátima, Por Trás do Jornal O Povo 60.050-110									
Complemento		Por Trás do Jornal O		Telefone		33116060		E-mail		contabilidade@clnicasim.com	
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		Johnny de Barros Sousa									
Nome Fantasia											
CNPJ/CPF		045.253.363-58		Inscrição Municipal				Município		Fortaleza - CE	
Endereço e Cep		av deputado paulino rocha , 1001 - CEP:60000-000									
Complemento				Telefone				E-mail		jjjohnny92@gmail.com	
Discriminação dos Serviços											
Johnny de Barros Sousa 04525336358 Servicos Medico Prestados NF referente atendimento 1853550 / 2494353 Período de fechamento 03/12/18a 03/12/18											
Código dos Serviços / Atividade											
4.03 / - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares											
Detalhamento Especifico Construção Civil											
Código da Obra						Código ART					
Tributos Federais											
PIS		0.00		COFINS		0.00		IR(R\$)		0.00	
INSS(R\$)		0.00		CSLL(R\$)		0.00					
Detalhamento de Valores - Prestador de Serviços				Outras Retenções				Cálculo do ISSQN devido do Município			
Valor dos Serviços R\$		109.00		Natureza de Operação				Valor dos serviços R\$		109.00	
(-) Desconto Incondicionado		0.00		1 - Tributação no município				(-) Deduções Permitidas em lei			
(-) Desconto Condicionado				Regime Especial Tributação				(-) Desconto Incondicionado			
(-) Retenções Federais		0.00		0 - Nenhum				Base de Cálculo		109.00	
Outras retenções		0.00		Opção Simples Nacional				(X) Alíquota %		3.00	
(-) ISS Retido		0.00						ISS a reter		() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido		109.00		Incentivador Cultural				(=) Valor do ISS R\$		0.00	
				1 - Sim							
Avisos		1 - Uma via desta nota fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, com a utilização do Código de Verificação.									
Impresso em: 10/12/2018 08:44:32				Página 1				JULIANA.D			
								CFIS00352			



Clínica SiM

Atestado Médico

O(a) Sr.(a) Johnny de Barros Sousa, compareceu a esta Clínica no dia 03/12/2018 às 08:26 para

- ☒ Consulta/Avaliação
- ☐ Acompanhar familiar
- ☐ Realização de exame
- ☐ Retorno de Consulta

Outrossim, comunicamos que o(a) mesmo(a) deverá ficar afastado das atividades acima destacada por **1 (Um dia(s))** a contar desta data 03/12/2018.

CID: t119

3 de dezembro de 2018

Dr. Bruno Mota Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Tornozelo
CRM 12736 - TESTE 15/03/18

Dr. Bruno Mota Albuquerque



Receita Médica

Paciente: Sr. Johnny de Barros Sousa

Endereço: Av Deputado Paulino Rocha , 1001 Cajazeiras Fortaleza Ce

fratura clavícula terço medio

1 diaria hospitalar

1 medico ortopedista e anestesista

material ortopedico:

1 placa compressao dinamica de pequenos fragmento
6 parafusos corticais 3.5mm

Dr. Bruno Mota Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Membro Superior
CREMEC 11736 - FORT 15657

Dr. Bruno Mota Albuquerque (CRM 11736)

03/12/2018

Telefone: 33116060

Rua Eusebio de Sousa, 375 - Bairro de Fátima - Fortaleza - CE - CEP 60050110

www.clinicasim.com

Diretor Técnico Médico: Dra. Tania Maria Xavier Cruz (CRM - CE 3616)

 Prefeitura de Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA DE FINANÇAS NOTA FISCAL ELETRÔNICA DE SERVIÇO - NFS-e				Número da NFS-e 15791					
Data e Hora da Emissão		06/12/2018 07:32:48		Competência		12/2018		Código da Verificação		457409416	
Número RPS		16591		No. da NFS-e substituída				Local da Prestação		Fortaleza - CE	
Dados do Prestador de Serviços											
Razão Social/Nome		Clinica Medica E Odontologica Saude Inclusao Medicina Sa (Via Sul)									
Nome Fantasia		SiM Via Sul Shopping									
CNPJ/CPF		09.407.153/0008-07		Inscrição Municipal		478195		Município		Fortaleza- CE	
Endereço e Cep		Av Washington Soares, 4335, Edson Queiroz, 60.833-005									
Complemento				Telefone		3311-6060		E-mail		contabilidade@clinicasim.com	
Dados do Tomador de Serviços											
Razão Social/Nome		Johnny de Barros Sousa									
Nome Fantasia											
CNPJ/CPF		045.253.363-58		Inscrição Municipal				Município		Fortaleza - CE	
Endereço e Cep		av deputado paulino rocha , 1001 - CEP:60000-000									
Complemento				Telefone				E-mail		jjohnny92@gmail.com	
Discriminação dos Serviços											
Johnny de Barros Sousa 04525336358 Servicos Medico Prestados Período de fechamento 06/12/18a 06/12/18											
Código dos Serviços / Atividade											
4.03 / - Atividade médica ambulatorial com recursos para realização de exames complementares											
Detalhamento Especifico Construção Civil											
Código da Obra						Código ART					
Tributos Federais											
PIS		0.00		COFINS		0.00		IR(R\$)		0.00	
INSS(R\$)		0.00		CSLL(R\$)		0.00					
Detalhamento de Valores - Prestador de Serviços				Outras Retenções				Cálculo do ISSQN devido do Município			
Valor dos Serviços R\$		128.00		Natureza de Operação				Valor dos serviços R\$		128.00	
(-) Desconto Incondicionado		0.00		1 - Tributação no município				(-) Deduções Permitidas em lei			
(-) Desconto Condicionado				Regime Especial Tributação				(-) Desconto Incondicionado			
(-) Retenções Federais		0.00		0 - Nenhum				Base de Cálculo		128.00	
Outras retenções		0.00		Opção Simples Nacional				(X) Alíquota %		3.00	
(-) ISS Retido		0.00		2 - Não				ISS a reter		() Sim (X) Não	
(=) Valor Líquido		128.00		Incentivador Cultural				(=) Valor do ISS R\$		0.00	
				1 - Sim							
Avisos 1 - Uma via desta nota fiscal será enviada através do e-mail fornecido pelo Tomador dos Serviços. 2 - A autenticidade desta Nota Fiscal poderá ser verificada no site, com a utilização do Código de Verificação.											
Impresso em: 10/12/2018 08:46:21				Página 1				JULIANA.D		CFIS00352	

SINISTRO 3190420970 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOHNNY DE BARROS SOUSA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOHNNY DE BARROS SOUSA
CPF/CNPJ: 04525336358

Posição em 12-08-2019 13:57:21

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/07/2019	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA – ADVOGADO - OAB/CE Nº. 24.805
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End.

Profissional: Rua Barão do Rio Branco, nº 1782, Altos, Centro – Fortaleza - CE

**EXCELENTÍSSIMO (A) SENHOR (A) DOUTOR (A) JUÍZ (A) DE DIREITO DA 30ª
VARA CÍVEL DA COMARCA DE FORTALEZA-CE**

AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)

PROCESSO Nº 0161763-04.2019.8.06.0001

JOHNNY DE BARROS SOUSA, já qualificado nos autos em epígrafe, por intermédio de seu advogado, vem respeitosamente à presença de Vossa Excelência, em AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT) que move em face de **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.**, também qualificada nos autos em epígrafe, requerer JUNTADA DE PROCURAÇÃO AD JUDICIA E DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA, em anexo.

Nestes Termos,
Pede DEFERIMENTO.

Fortaleza/CE, 21 de Agosto de 2019.

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA
ADVOGADO OAB/CE 24-805

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Johnny de Barros Sousa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Estudante</u>	Carteira de Identidade: <u>2003015072580</u>
CPF nº: <u>025.253.363-58</u>	Residência: <u>Av. Dep. Paulino Rocha, 1001, AP 101</u>	
Bairro: <u>Cajazeiras</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>60869-311</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: **KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR**

PODERES:

Amplos poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instancia ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 12 de Agosto de 2019

x Johnny de Barros Sousa
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Johnny de Barros Souza, brasileiro(a),
Solteiro, Estudante, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
2003015072580, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 075.253.363-58 residente e
domiciliado(a) na Rua Av. De P. Burlino Rocha, nº 1001,
Alto, Bz C, Bairro: Cajazeiras, Cep nº 60867 - 311,
-CE, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira,
não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem
prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº
1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Caracara (CE), 12 de Agosto de 2019.

x Johnny de Barros Souza