

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	ACELINO MAIA RIBEIRO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	LIM. DO NORTE - CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	2005012030432
Profissão	AUTÔNOMO	CPF nº	012.927.643-09
Endereço	ST RAMAL DE FLORES ,N 497		
Bairro	SEM BAIRRO	CEP	62900000
Município/UF	RUSSAS		
Telefone	(88) 99318 6962 / (88) 99750 2341		

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:

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, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, 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, 29 de ABRIL de 2019.

> Acelino maia Ribeiro
OUTORGANTE

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

> RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - Nº 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

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

E-mails:

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	ACELINO MAIA RIBEIRO		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	LIM. DO NORTE - CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	2005012030432
Profissão	AUTÔNOMO	CPF n°	012.927.643-09
Endereço	ST RAMAL DE FLORES ,N 497		
Bairro	SEM BAIRRO	CEP	62900000
Município/UF	RUSSAS		
Telefone	(88) 99318 6962 / (88) 99750 2341		

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. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei n° 1.060/50.

Fortaleza/CE, 20 de outubro de 2019.

➤ Acelino mais Ribeiro

DECLARANTE

➤ RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - N° 100 - 1° ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE

➤ RUA LARGO MAJOR JOÃO RIBEIRO - N° 35 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.811-695 - ITAPAJÉ/CE

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

E-mails:

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Acelino Maia Ribeiro, BRASILEIRO(A),
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº
INSCRITO NO CPF SOB O Nº 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."

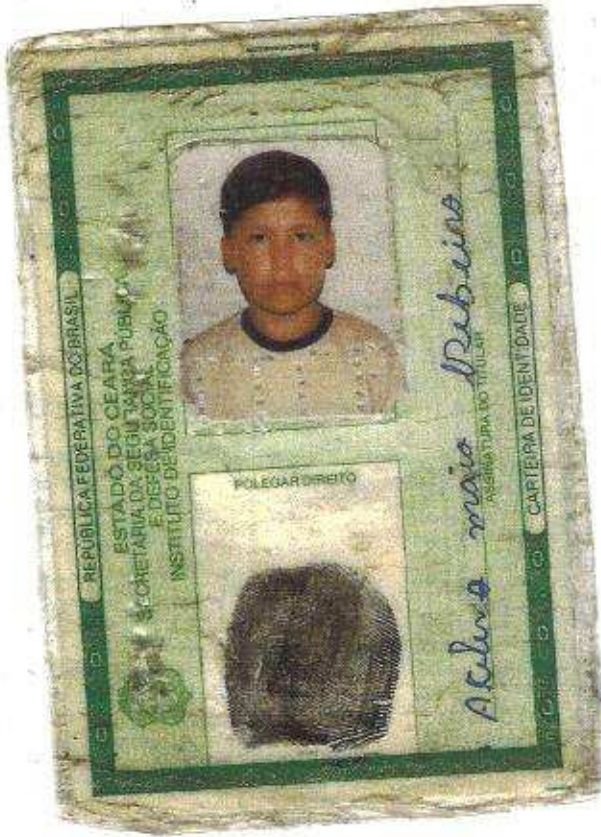
CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O
QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE 27, DE outubro DE 2019.

> Acelino Maia Ribeiro
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:



2159041

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 70.436 de 26 de abril de 2003

Companhia Energética de Ceará
Rua Padre Veloso, 100
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07041251/0001-70 | CGF 06.905.849-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 567327071

Rota 37 25006 84 037500 - 7 Data de Emissão 23/03/2019

Nome FRANCISCA LIDUINA DA SILVA MAIA
End. Postal ST RAHAL DE FLORES
SEM BAIRRO 2500-200 - RUSSAS - 62300000

Medidor 2830730 Poste 0000 0000
Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFASICO
RG/CPF/CNPJ 838549403-00 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Período Faturado
Mar/2019	24/04/2019	24/04/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda ao verso desta conta.

Composto **LIBRETO DO MÊS**

Mês: Jan 2019 **ESD 24,9%**

DIC(1) = 16,00 P

ICMS	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	18,44	0,00	41,76	0,70	0,00	0,00
FIC	7,52	15,04	30,08	1,00	0,00	0,00
DMIC	5,50			0,70		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual Leit. Anterior Const. Consumo kWh Cons. Ind. Cons. Res. Tarifa (R\$ kWh) Valor (R\$)

FP	742	720	1,00	154	1,00	11,4	2,2796	54,70
	23/03/19	21/02/19		30 DÍG		11,4		54,70

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	54,98
MULTA MORATORIA REF 12/2018	1,08
JURDS DO MÊS	0,29

VENCIMENTO 10/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 56,35

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	29,82
Encargos	2,08
Distribuição	16,54
Encargos Setoriais	4,43
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,89
TOTAL	54,98

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

153	154	190	149	154	145	113	153	164	155	171	154	140
MED	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Capacidade Ecológica (% CO ₂)
60,12	0,00	0

CONTAS EM ATRASO

	DEBITOS ANTERIORES	
	Mês/Ano	Valor R\$
Pravio Aviso	02/2019	71,14
Total		71,14

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constata-se em nossos controles contábeis em atraso. Devido ao não pagamento da dívida, há a possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias após a emissão desta, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PRATICA DO CREDITO E CADASTRO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: FAT MÉDIA-LEIT BIMESTRAL - RT 06 RES 414

Consta desta fatura R\$ 1,89 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,61% e COFINS: 2,04%

Para saber mais: 1001-2005 - ANEEL - Legis. nº. 10.437/03 - 10.432/03

Caro Cliente, constam quitados as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com validade vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.007/2009. Este declarava substituir quitações anteriores.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e esaj.ijce.jus.br, protocolado em 03/03/2020 às 12:30, sob o número 02150902420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.ijce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0215090-24.2020.8.06.0001 e código 6161708.



Com o original Flores, Co. Dou fe. Out 2017
Em tempo
José Genivaldos Santos - Titular
José Genivaldos Santos - Substituto
VÁLIDO SOMENTE COMO SELO DE AUTENTICIDADE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013356980300

DETRAN - CE IDENTIFICADOR DE REGISTRO E LICENÇA/VEÍCULO

VIA 01 00852086997 0000000000 2017

RAFAELIBO EDVALDO DE MATTOS

LIMOEIRO DO NORTE

20257163367

PLACA AUT/UF

922K0080508007642

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

CONTRAN
LIMOEIRO DO NORTE
IGOR POZZO
Superintendente DETRAN-CE
11/05/2017



CE Nº 013356980300 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

01 20257163367

HONDA/CG 150 TITAN E

922K0080508007642

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

2004

00906
HMX4073
00852086997
128538 0081

RECEBI O CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENÇA.

013356980300
RECIBO CE Nº

ASSINATURA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3082 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **24/10/2017 11:08:40**
Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2016 06:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO SÃO RAIMUNDO**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **LIMOEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência: **DEPÓSITO DE CONSTRUÇÃO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ACELINO MAIA RIBEIRO**
Nascimento: **28/02/1993** CPF:
RG: **2005012030432** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA LIDUINA DA SILVA MAIA**
ACELINO RIBEIRO DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA SITIO RAMAL DE FLORES , 497**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **RUSSAS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9318-6962**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: HWX4073 Uf: **CE** Município: **LIMOEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2KC08505R007642 Renavam: **852086997** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano
Fabricação: **2004** Ano Modelo: **2005** Combustível: **GASOLINA** Cor:
AZUL Proprietário: **RAIMUNDO EDVALDO DE MATOS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **NORMAL**

Histórico

O DECLARANTE INFORMA QUE FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 12/06/2016, POR VOLTA DE 06h:00, NO SÍTIO SÃO RAIMUNDO, DISTRITO DE LIMOEIRO DO NORTE/CE; QUE A VÍTIMA ESTAVA NA GARUPA DA MOTO TITAN PLACA HWX4073/CE, PILOTADA POR KYRBI KARMICHAEL DE SOUSA XAVIER, PESSOA HABILITADA, ESTANDO AMBOS INDO EM DIREÇÃO A LOCALIDADE DE FLORES, RUSSAS/CE, QUANDO O VEÍCULO DERRAPOU NA AREIA DA PISTA ASFALTADA, OCASIÃO EM QUE O PILOTO NÃO CONSEGUIU CONTROLAR A MOTO, TENDO O GARUPEIRO CAÍDO E BATIDO NUM MURO; QUE ALGUNS MINUTOS DEPOIS O GARUPEIRO FOI SOCORRIDO PELO SAMU, QUANDO AINDA ESTAVA DESACORDADO; QUE O PILOTO NÃO FOI ENCAMINHADO PARA O HOSPITAL POIS NÃO TEVE NADA DE GRAVE; QUE O GARUPEIRO DEU ENTRADA NO HOSPITAL DEOCLECIO LIMA VERDE NO MESMO DIA, POR VOLTA DE 06h:42min, TENDO SIDO ENCAMINHADO NA MESMA MANHÃ PARA O INSTITUTO JOSÉ FROTA EM FORTALEZA, COM FRATURA NO RÁDIO, ENTRE OUTRA LESÕES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:
JOSE MARCOS MOURA DE OLIVEIRA - MAT.: 30100719

Acelino maia Ribeiro
Essente copia confere o original. Dou fé, s. Ce. 27 OUT 2017
MINH
MINISSR-015

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e esaj.ijce.us.br, protocolado em 03/03/2020 às 12:30 , sob o número 02150902420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.ijce.us.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0215090-24.2020.8.06.0001 e código 6161708.



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 491 - 3082 / 2017

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Acácio mário Ribeiro

VISTO DO DELEGADO(A) : BRUNO ANTONIO DE SOUZA VARELA - MAT.: 19837319

A presente cópia confere com o original. Dou fe. Flores, Ce. da verdade. Em tese.

27 OUT 2017

VALIDO PARA CONFIRMAÇÃO E COMPROVAÇÃO DE AUTENTICIDADE

Jose Goncalves de Sousa - Delegado Policial
Matada Jucimar Gonçalves - Substituta



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** prestou atendimento ao Sr. **ACELINO MAIA RIBEIRO**, portador do RG 2005012030432 e inscrito no CPF 012.927.643-09, no dia 12/06/2016, às 6h12, no município de Limoeiro do Norte/CE, na zona rural, vítima de queda de moto, sendo encaminhado para o Hospital Municipal Dr. Deoclecio Lima Verde e depois transferido para o Hospital L.J.F. Centro - Instituto Dr. José Frota - Fortaleza - CE. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 09 de Maio de 2017


 Maria das Graças Torres
 ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - Ce Fone: (85) 3433 7434 Fax: (85) 3260 2061
 E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MÉDICO

PRONTUÁRIO: 4925507

NOME: ACELINO MAIA RIBEIRO

DATA DE NASCIMENTO: 28.02.1993

PAI: ACELINO RIBEIRO DE OLIVEIRA

MÃE: FRANCISCA LIDUINA DA SILVA MAIA

DATA DE ATENDIMENTO: 12.06.2016

DATA SAÍDA: 21.07.2016

MOTIVO: RELATO DE ACIDENTE DE MOTO COM SINAIS DE FRATURA OSSO FRONTAL, LACERAÇÃO E - GLASGOW = 15 - ISOCÓRIO.

-TC CRÂNIO: FRATURA - AFUNDAMENTO AO NÍVEL DO SEIO FRONTAL + FRATURA NASOETIMOIDAL.

• INDICADO: TRATAMENTO NEUROCIRURGICO CONSERVADOR.

• RX JOELHO: LUXAÇÃO JOELHO D.

• RX PUNHO E = FRATURA DIAFISÁRIA DO PUNHO E.

- PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

1. LIMPEZA CIRÚRGICA JOELHO E + REDUÇÃO DA LUXAÇÃO + FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR.

2. DESBRIDAMENTO CIRURGICO DE MÃO E + SUTURA EVIDENCIOU FRATURAS FALANGE DISTAL DO 2º QDE E PROXIMAL DO 3º QDE.

3. REVISÃO DO FIXADOR POR TER APRESENTADO QUEBRADURA DE 1 PINO.

4. OSTEOSSÍNTESE DE RÁDIO, COM REDUÇÃO DO RÁDIO - ULNAR DISTAL.

LAUDO MÉDICO DIGITADO EM 20.12.2016 (FRED/R).

Dr. Frederico Cesar S. Lima
CRM 4127-5/16

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

ASS: PACIENTE OU RESPONSÁVEL



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 26/01/2017 9:48:4

Registro de Atendimento Emergencial

Por: JOSE URBANO DA MOTA COELHO

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 12/06/2016 11:58:47	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 70000808657103	NOME: ACELINO MAIA RIBEIRO		Registro: 4925507		
CPF:	RG:	D. NASC: 28/02/1993	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇACOR:
NOME DA MÃE: FRANCISCA LIDUINA DA SILVA MAIA		NOME DO PAI: ACELINO RIBEIRO DE OLIVEIRA			
TIPO DE LOGRADOURO: Sítio	ENDEREÇO DO PACIENTE: canal de flores		Nº: 01	BARRIO: zona rural	
COMPLEMENTO:	TELEFONE CONTATO:	MUNICÍPIO: Russas	UF: CE	CEP: 82900000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: amb usb 61 cond aldirberio		PARENTESCO:		TELEFONE: 993186982	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	COSIDO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Acidente de transporte sem colisão. Inclui: capotamento, queda ou projeção de uma motociclista					
QUEIXAS: Vítima de queda de moto há cerca de 6 horas. Nega perda da consciência ou vômitos. Consciente, orientado. Laceração em couro cabeludo, escoriações pelo corpo, fratura em MIB. Encaminhado de Limão					
OBSERVAÇÕES: TCE - grau moderado					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros	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:			

SERVIÇO DE PROTOCOLO - M
PELO SISTEMA E-SUS
DATA DE RECEBIMENTO
26/01/2017
José Urbano da Mota Coelho



NOME: ACELINO MAIA RIBEIRO

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ACOMPANHADO NO AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA POR FRATURA DO ANTEBRAÇO ESQUERDO.

APRESENTA DOR RESIDUAL, LIMITE DA FLEXO DORSAL DO PUNHO E LESÃO DO TENDÃO DO SEGUNDO QUIRODACTILO DA MÃO ESQUERDA. FRATURA CONSOLIDADA.

PACIENTE DE ALTA AMBULATORIAL.

CID:S52

19/10/17

Handwritten signature of Marcelo Pereira Brandão. Below the signature is a circular digital stamp with the text: "Marcelo Pereira Brandão", "CRM: 17627", and "R. 17627".

No. HOSPGESTOR: 28389

LEITO: 1725

NOME: ACELINO MAIA RIBEIRO

DATA DE INTERNACAO: 12/ 06/ 2016

DATA DA ALTA: 21/07/2016

BE/PRONT: 4925507

CIDADE DE ORIGEM: RUSSAS

NASCIMENTO: 28021993

IDADE: 23

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE RADIO - DIAFISE ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-OPERATORIOS: - RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO
 AMBULATORIAL - CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS -
 ANALGESIA

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA
EMERGENCIA:

STAFF DO LEITO: AUGUSTO TADEU


RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Mapa de Cirurgias

MAPA DO DIA 30/06/2016 - Quinta-Feira

39 13 A 1115 JOSAFIA RESIDENTE
 SEGUIR FERNANDES INDEFINIDO FIXADOR EXTERNO LINEAR

REALIZADA 

REPOSICIONAMENTO DE FIXADOR EXTERNO BE:4925507

Marcado por:
 HALINE MAGALHAE em:
 07-07-2016 11:42:48

MAPA DO DIA 19/07/2016 - Terça-Feira

39 4 07:30 1725 AUGUSTO RESIDENTE
 TADEU INDEFINIDO BÁSICO CX
 + CX BASICA TO PARA MMSS + CX
 PEQUENOS FRAGMENTOS + KIT
 OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS
 E SACABOCADO + TREPANO
 PNEUMATICO MACON

MARCADA 

FRATURA DE RADIO - DIAFISE ESQ BE:4925507

Marcado por:
 HALINE MAGALHAE em:
 18-07-2016 10:38:36

PREFEITURA MUNICIPAL DE LIMOEIRO DO NORTE
HOSPITAL REGIONAL DR. DEOCLECIO LIMA VERDE
FICHA INDIVIDUAL DE ATENDIMENTO

DIGITADO

Nº Atendimento: 1549 CNS: 70008088957103 Data do Atend.: 12/06/2016 as 06:42:47
Nome do Paciente: ACELINO MAIA RIBEIRO Data de Nasc.: 28/02/1993
Endereço: ARRAIAL SN LIMOEIRO DO NORTE Op: LUZIVANIA
Convênio: SUS PSF: ARRAIAL Tipo Atend.: AMBULATORIAL - INDIVIDUAL
Sexo: M Idade: 23a 3m 12d Estado Civil: Profissão: Escolaridade: 6

Peso: () kg
Sinais Vitais: P.A.: Sist. (90) Diast. (50) FC: () bpm FR: () irpm Temp: () °C

Proc.: 0301060061 ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Motivo do atendimento (Queixa principal + Anamnese) - AC/AP = nl
- Úmida de mte.
- Lacerção em corpo colunado 2L tme
- Ex 3.5.2016 em gestao E?
- Ex de ovos nascis.
- Abd = ml / digm, algo de dor no dif. fronsent. a
- glos grav = 14
- palpção profunda.

Hipótese Diagnóstica Provável / Atendimento Data 1º Sintomas
Poli-traumático

Procedimentos complementares solicitados: () Patologia Clínica () Radiologia () Exame Prevencao
Razo X crânio / gulo () / Linox / coluna cervical / gulo / catenula ()
() Ultrassom Obstetrico () Outros

Demais Procedimentos Realizados Ass. Executor Conselho Classe
2 exames rax
Se o paciente ficou em observação MARQUE AQUI ()

Encaminhamentos / Destino do Paciente: () Urgência Emergência () Internação domiciliar
() Atend. Especializado () Internação Hospitalar () Observação 12h () PSF
() Alta () Adm. Medicamentos () Observação 6h () Outros procedimentos
() Transf. de emergência () Abertura de partograma () Indicação de Cesariana

Parceria com Departamento Municipal de Transito:
FOI ACIDENTE DE TRANSITO? Se positivo assinale o tipo de conducao da vítima:
(X) SIM () NAO (X) MOTO () CARRO () BICICLETA () OUTROS

Gardenia
Assinatura do Paciente ou Resp.

Felipe Pereira
Médico
CRM-CE 17.488
CRM-MA 1007
Assinatura do Profissional Executor

- 1) SF 2500 ml EV. SDR 500 500 500 500
- 2) Bifurcação + AN EV. OK 1:46 Sulfamida 2x1750
- 3) O2 rate CO 3L/min.
- 4) Insu na GR 65U (7:15)
- 5) Repetir item 4) de PA < +20x80.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e esaj.ijce.jus.br, protocolado em 03/03/2020 às 12:30, sob o número 02150902420209060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.ijce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0215090-24.2020.8.06.0001 e código 6161708.

Ass.: Dr. George Wallace F. Alves Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CREMEX 16670	Retornar dia: <u>4 SEMANAS</u> Hora: _____ para Dr. _____
Data: <u>23/10/16</u>	
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e esaj.ijce.jus.br, protocolado em 03/03/2020 às 12:30 , sob o número 02150902420208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.ijce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0215090-24.2020.8.06.0001 e código 6161708.

SINISTRO 3190374107 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA ACELINO MAIA RIBEIRO****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev Previdência****S/A-Filial Fortaleza-CE****BENEFICIÁRIO ACELINO MAIA RIBEIRO****CPF/CNPJ: 01292764309****Posição em 18-06-2019 12:35:56**

Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências que impedem a conclusão do processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, no mesmo local onde você deu entrada, para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Pendente	