

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	950240322510
Profissão	MONTADOR	CPF n°	66926971315
Endereço	RUA ANHANGA N° 118		
Bairro	PARQUE POTIRA II	CEP	60.000-000 61.650-520
Município/UF	CAUCAIA/CE		
Telefone	98644-5385 / 98747-6553		

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: saboyaebrandao@hotmail.com / 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, 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, 30 de OUTUBRO de 2018.

➤ João Marcelino F. da Costa
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 - ITAJÁ/CE

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

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

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	JOÃO MARCELINO FERNANDES DA COSTA		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	950040322510
Profissão	MONTADOR	CPF nº	669269.713-15
Endereço	R. ANHANGA Nº 118		
Bairro	PARQUE POTIRAI II	CEP	61.650-520
Município/UF	CAUCAIA/CE		

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 nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 30 de OUTUBRO de 2018.

➤ João Marcelino F. da Costa

DECLARANTE

➤ 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: saboyaebrandao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_cs@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, JOÃO MARCELINO FERNANDES DA COSTA
BRASILEIRO(A), SOLTEIRO (ESTADO CIVIL), MONTADOR (PROFISSÃO),
PORTADOR DO RG Nº 950240322510, INSCRITO NO CPF SOB O
Nº 669.269.713-15, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO
R. ANHANGA, Nº 118, PARQUE POTIRA

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 30 DE OUTUBRO DE 2018.

➤ João Marcelino F. da Costa
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

➤ 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: saboyaebrendao@hotmail.com brunop.brandao@yahoo.com.br marcelobrandao@hotmail.com thiago_es@hotmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR UF
 95024032510 SSP CE

CPF
 669.269.713-15

DATA NASCIMENTO
 23/06/1980

FILIAÇÃO
 PEDRO VIANA DA COSTA
 FILHO
 MARIA IDE FERNANDES DA COSTA

PERMISSÃO
 ACC CAENAL AD

Nº REGISTRO
 01530820662

VALIDADE
 06/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
 17/11/2000

OBSERVAÇÕES
 EXERCE ATIV REMUNERADA;

ASSINATURA DO PORTADOR
 JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 30/11/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
 IZOR VASCONCELOS PENTE

52666068456
CE150132425

DETRAN-CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1226476599

PROIBIDO PLASTIFICAR
1226476599

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, João Marcelino Fernandes do Couto,

RG nº 95024032510, data de expedição 17/11/00, Órgão Detran-CE,

CPF nº 669.269.712-15, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Anhangó</u>
Número	<u>118</u>
Apto / Complemento	<u>---</u>
Bairro	<u>Potira II</u>
Cidade	<u>Caucaia</u>
Estado	<u>Ceará</u>
CEP	<u>61650520</u>
Telefone de contato	<u>(85) 3099-2904</u>
E-mail	<u>---</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Caucaia-CE 16 de Julho de 2018

Assinatura do Declarante: João Marcelino F. do Couto

[illegible][illegible]

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Johnny Bezerra de Moraes,
 RG nº 2006009080960, data de expedição 05/04/2006
 Órgão SSP-CE, portador do CPF nº 051.033.753-89, com
 domicílio na cidade de Caucaia, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua George Guimarães, nº 2094,
 complemento -, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima João Marcelino Fernandes cujo o condutor era
João Marcelino Fernandes da Costa

Veículo: motocicleta
 Modelo: Honda / NXR 150 BROS ES
 Ano: 2013
 Placa: ORS 2542
 Chassi: 9C2KD0550DR352919
 Data do Acidente: 11/11/2017
 Local e Data: Caucaia - CE 05/06/18

Johnny Bezerra de Moraes
 Assinatura do Declarante

João Marcelino Fernandes da Costa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 118 - 1859 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **07/06/2018 10:50:47**
Data / Hora da Ocorrência: **11/11/2017 10:42:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA TORREON**
Complemento:
Bairro: **PARQUE POTIRA II** Município: **CAUCAIA/CE**
Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA**
Nascimento: **23/06/1980** CPF:
RG: **95024032510** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA IDE FERNANDES DA COSTA**
PEDRO VIANA DA COSTA FILHO
Endereço: **RUA ANHANGA, 118**
Bairro: **PARQUE POTIRA II** CEP:
Município: **CAUCAIA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **8755-2976**

Dados do(s) Veículo(s)

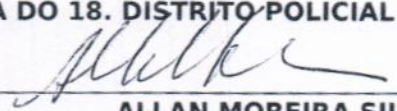
1) Placa: **ORS2542** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi:
9C2KD0550DR352919 Renavam: **532467515** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2013** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **PRETA** Proprietário: **JOHNY BEZERRA DE MORAIS** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o noticiante sob as penas dos artigos 340 e 342, do CPB, que na data, hora e local informados estava conduzindo a motocicleta descrita acima, de propriedade JOHNY BEZERRA DE MORAIS, quando outra motocicleta colidiu na lateral de sua motocicleta, fazendo que caísse; QUE devido a queda QUEBROU O CALCANHAR ESQUERDO COM FRATURA EXPOSTA, sendo submetido a tratamento cirúrgico em 11/11/2017; QUE condutor do veículo causador do acidente se evadiu do local; QUE apresentou nesta delegacia Registro de atendimento Emergencial nº 5536669, oriundo do Instituto Dr. José Frota; E nada mais disse.

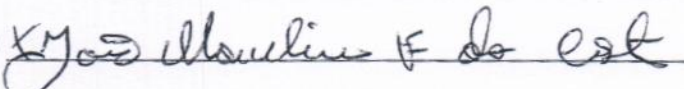
DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 18. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :


ALLAN MOREIRA SILVEIRA - MAT.: 30118340

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :


LUCAS SILVA MACHADO - MAT.: 300547-1-7



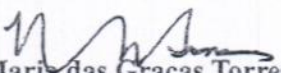
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



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. **JOÃO MARCELINO FERNANDES DA COSTA**, portador do RG 95024032510 inscrito no CPF 669.269.713-15, no dia 11/11/2017, às 10h42, no município de Caucaia/CE, na rua Torreón, no bairro Potira II, vítima de colisão moto com moto, sendo transferido encaminhado para o **Hospital I.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, 24 de Novembro de 2017


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 12/04/2018 10:35:52

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 11/11/2017 11:14:04	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 706205594137760	NOME: JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA			Registro: 5536669	
CPF: 66926971315	RG: 95024032510	D. NASC: 23/06/1980	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA IDE FERNANDES DA COSTA			NOME DO PAI: PEDRO VIANA DA COSTA FILHO		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: ANHANGA		Nº: 118	BAIRRO: PARQUE POTIRA (JUREMA)	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 33152425, 985525902	MUNICÍPIO: CAUCAIA	UF: CE	CEP: 61650520	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: PEDRO		PARENTESCO: IRMAO		TELEFONE:	
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, Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas					
QUEIXAS: PACIENTE VÍTIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM FRATURA EXPOSTA EM REGIÃO DO CALCANEIO ESQUERDO					
OBSERVAÇÕES:					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica	Escala de Dor: Forte	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 :5536669

NOME: JOÃO MARCELINO FERNANDES DA COSTA

DATA DE NASCIMENTO:23/06/1980

PAI:PEDRO VIANA DA COSTA FILHO

MÃE: MARIA IDE FERNANDES DA COSTA

DATA DE ATENDIMENTO: 11/11/2017

DATA DE SAÍDA:13/11/2017

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 11/11/2017, ÀS 11h14min, COM FRATURA EXPOSTA DE CALCANEIO ESQUERDO. SUBMETIDO A TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE CALCANEIO ESQUERDO NO DIA 11/11/2017 PELO DOUTOR MARCELO BRUNO, TRAUMATOLOGISTA, SUBMETIDO A TRATAMENTO ANTIBIOTICOTERAPICO, EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS, RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA 13/11/2017.

“DECLARAÇÃO DIGITADA EM 07/04/2018”

Dr. Omar Azevedo Aguiar Filho
Médico

MÉDICO RESPONSÁVEL EM TODAS AS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/RAE /NUAME / IJF

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RECEITUÁRIO

Nome:

João Marcelino da Costa

BE/Prontuário:

Solicitado fisioterapia
p/o pé E (30rs)
H D: fratura de calcâneo
em consolidação

Data:

14/12/17


Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC: 5263

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

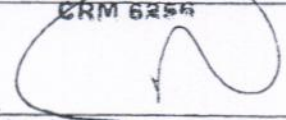
MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

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 Servico de Traumatologia-Ortopedia.

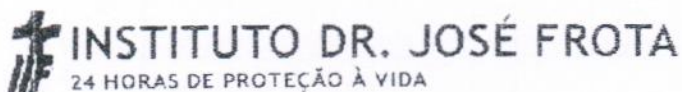
NOME:	JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA		
LEITO:			
DATA DE INTERNACAO:	11 11 2017	DATA DA ALTA:	13/11/2017
BE/PRONT:	5536669	CIDADE DE ORIGEM:	CAUCAIA
IDADE:	37		
DIAGNOSTICOS:	FRATURA DE CALCANEIO ESQ (OPERADA)		
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO:			
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:			
STAFF DO LEITO:	STAFF INDEFINIDO		
RESIDENTE DO LEITO:	RESIDENTE INDEFINIDO		

Dr. Ângelo Luz
 Cirurgia do Joelho

CRM 6256

Ass: 	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para Dr. ____
Data: 13/11/17	Dispensa do trabalho por: 30 (trinta)
Imprimir	

OrtoGestor - Projeto Ortopedia na Web

**INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA**

24 HORAS DE PROTEÇÃO À VIDA

Laudo Médico/Resumo de Alta -

Servico de Traumatologia-Ortopedia

No. HOSPGESTOR: 35371

LEITO:

NOME: JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA

DATA DE INTERNACAO: 11/11/2017

DATA DA ALTA: 13/11/2017

BE/PRONT: 5536669

CIDADE DE ORIGEM: CAUCAIA

NASCIMENTO: 23061980

IDADE: 37

DIAGNOSTICOS: FRATURA DE CALCANEIO ESQ (OPERADA)

CONDUTAS E CUIDADOS POS-

OPERATORIOS:

TELEFONE:

CELULAR:

STAFF QUE OPEROU NA

EMERGENCIA:

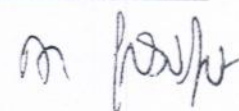
STAFF DO LEITO: STAFF INDEFINIDO

RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO

Mapa de Cirurgias

Dias Int.	#	Hora	Leito	Cirurgião	Residente	Material
-----------	---	------	-------	-----------	-----------	----------

Observação	Status da marcação
------------	--------------------

Ass.: 	Retornar dia: ____/____/____ Hora: ____ para
Data: 13/11/17	Dr. 
Imprimir	

HospGestor - Sistema de Gestao de Residencias Medicas

- 017- 11/11/17 na Wgência

AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA



Reg. Geral 5536669

Reg. de Amb. _____

Reg. Radiológica _____

Nome João Marcelino Fernandes de Azevedo

Diagnóstico _____

Data _____ Médico Josefa

Auxiliar _____

Redução sob Anestesia _____

Realizada _____ após o acidente _____

Voltar em	<u>30/11/17</u>	às	<u>700</u>	horas
Voltar em	<u>23.11.2017</u>	às	<u>07:00h (autorizados)</u>	horas
Voltar em	<u>14/12/17</u>	às	<u>7h</u>	horas
Voltar em	<u>14/12/17</u>	às	<u>7h</u>	horas
Voltar em	<u>11/01/18</u>	às	<u>7h</u>	horas
Voltar em	<u>12/01/18</u>	às	<u>700</u>	horas
Voltar em	<u>14/06/18</u>	às	<u>7h</u>	horas
Voltar em	<u>16/08/18</u>	às	<u>700</u>	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas



SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>João Marcelino Fernandes da Costa.</u>		Nº AIH/RAE: <u>5536669</u>	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid: Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.
JUSTIFICATIVA			
<u>Revisão -</u>			
EXAMES RADIOLÓGICOS			
☐ Crânio ☐ Tórax __AP/P ☐ Punho __AP/P ☐ Escanometria dos MII ☐	☐ Face ☐ Ombro __AP/P ☐ Mão __AP/OBL ☐ Perna __AP/P ☐	☐ Coluna Cervical __AP/P ☐ Braço __AP/P ☐ Bacia AP ☐ Joelho __AP/P ☐	☐ Clavícula __AP ☐ Antebraço __AP/P ☐ Quadril AP/AXIAL ☒ Tornozelo __AP/P ☐ ☐ Coluna Dorsal AP/P ☐ Cotovelo __AP/P ☐ Fêmur __AP/P ☐ Pé __AP/OBL ☐
EXAMES LABORATORIAIS			
☐ Hemograma ☐ Cloro ☐ PTTA ☐	☐ Glicemia ☐ Sódio ☐ Lipase ☐	☐ Uréia ☐ Plaquetas ☐ Amilase ☐	☐ Creatinina ☐ Cálcio ☐ Colinesterase ☐ ☐ Potássio ☐ TAP ☐ Sumário de Urina ☐
ULTRA-SONOGRAFIA			
☐ Fast	☐ Abdome Total	☐ Tórax	☐ MSD ☐ MSE ☐ MID ☐ MIE
OUTROS EXAMES			
Assinatura e Carimbo do Solicitante:		Data: <u>21/06/18</u>	Hora: <u>8h35</u> minutos

AMPLIATÓRIO DE EGRESSOS - INC.

REGISTRADO NO E-SUS

DATA: 21/06/18 HORA: 8h35

Assinatura: _____

Dr. Italo Neri

Ortopedia e Traumatologia

CREMIO 12-1

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>João Marcelino Silva</u>		
Paciente Externo?	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade.
☐ Sim ☐ Não		

JUSTIFICATIVA

Núcleo Ambulatorial
11/01/2018 08:41

0040

Sem prioridade
Instituto Dr. José Frota - UF

EXAMES RADIOLÓGICOS

☐ 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

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

Data / /

Hora: h minutos

Dr. Pedro Paulo
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12203

533666

Nome: João Marcelo Pereira da Silva N° AIH/RAE: 533666
 Paciente Externo? ☐ Não ☒ Sim Unid. Internação/ENF/LEITO Idade: Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

JUSTIFICATIVA

Rele apê do colar, vs

EXAMES RADIOLÓGICOS

☐ 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
☐ Escatometria 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
☐ PT/TTA	☐ Lipase	☐ Amilase	☐ Colinesterase	☐ Sumário de Urina
☐	☐	☐	☐	☐

ULTRA-SONOGRAFIA

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

OUTROS EXAMES

Assinatura e Carimbo do Solicitante: João Marcelo Pereira da Silva
 Data: 19.11.19 Hora: 12:40 minutos

RECEITUÁRIO

Nome:

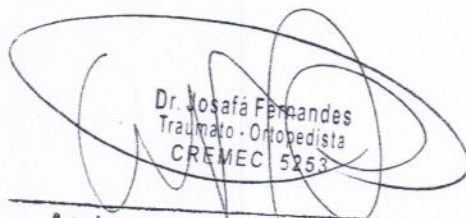
João Marcelino F. da Costa BE/Prontuário:

- Paciente de alta da
traumatologia -

11

Data:

14/01/18


Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

MA 000.883 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

24 horas de proteção à vida

fls. 33

Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a)

por Marcelino F. da Costa

Foi atendido (a) neste Hospital no dia ____ / ____ / ____, às ____ : ____ h.

Tendo como causa do socorro

fratura no calcâneo I

Observações:

parafusamento lateral
por 60 (Sessenta) dias.

Fortaleza, 14 de 12 de 200 17

Médico de Plantão – CRM:

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC 5253

CPF:

Meus doc\Arq Word\CPL\ Boletim de Emergência Reg.doc



Boletim de Emergência Reg.:

O Sr.(a)

João Marçalino F. da Costa

Foi atendido (a) neste Hospital no dia ____/____/____, às ____:____ h.

Tendo como causa do socorro

fratura no calcâneo E
em tratamento.

Observações:

Afastamento laboral
por 60 (sessenta dias)

Fortaleza, 12 de 04 de 200 18

Médico de Plantão - CRM:

Dr. Josafá Fernandes
Traumato - Ortopedista
CRM/MEC - 5253

CPF:

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE Dr. Josafá Fernandes Traumatolo - Ortopedista CREMEC - 5253	
Paciente:		<i>João Magalhães T. da Silva</i>	
Endereço:		<i>Parque Politécnico - Camocim</i>	
Prescrição:		<i>1 Cipro 500mg 3Rx</i> <i>Paracetamol 1 comp. de 12/12h</i>	
Data: <i>23/11/17</i>		Dr. Josafá Fernandes Traumatolo - Ortopedista CREMEC - 5253 <i>[Assinatura]</i>	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR	
Nome:		Data: / /	
Nº Ident.: UF:		Fornecedor:	
Endereço:		Carimbo e Assinatura	
Nº: Bairro:			
Cidade: UF:			
CEP: Tel.:			

45.080.207 Versão 1 - 01/ DEZ/1 0 - Via Única - Formato A5 (145x210).

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	
Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001		2ª Via - PACIENTE	
Paciente: <u>João Marcelino Fernandes da Costa</u>			
Endereço: <u>Antônio 118 - Penha</u>			
Prescrição: <u>Ciprofloxacino 500mg</u> <u>Lqo 12hr por 10 dias</u>			
Data: <u>13/11/17</u>		Carimbo e Assinatura do Médico <u>Dr. Angelo Luz</u> Cirurgião do Joelho CRM 42554	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR	
Nome:		Data: <u>1 / 1</u>	
Nº Ident:		Fornecedor:	
UF:			
Endereço:			
Nº:	Bairro:		
Cidade:	UF:		
CEP:	Tel.:	Carimbo e Assinatura	

AS.080.207 Versão 1 - 01/ DEZ/10 - Via Única - Formato A5 (148x210).

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por BRUNO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/01/2019 às 15:05, sob o número 01042931520198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0104293-15.2019.8.06.0001 e código 42D692F.

RECEITUÁRIO

Nome: _____

BE/Prontuário: _____

Flamioe 500mg _____

Lsp 121h

Naudipma Lg _____

Lsp 61h

Data: _____

13/11/12

Assinatura e Carimbo do Médico

PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-081 - Fone: 255-5000

MA 000.803 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148x210).

CLIENTE: JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA

IDADE : 37 a, 4 m, 26 d

TELEFONE :

DATA : 19/11/2017

Dr.(a) : JOSE MOACIR F. BEZERRA FILHO

PEDIDO: 351287-00

Entrega: EMERGENCIA - MEDIO RISCO 3

Leito: MR3

IMP: 19/11/2017 16:29 - TADEU - SoftL@b

PAG: 1 de 3

HEMOGRAMA COMPLETO

ERITROGRAMA

	Valores encontrados		Valores de referência
Hemácias	3,68	mm3	Homens...: 4.4 a 5.8 milhões/mm3 Mulheres: 3.8 a 5.2 milhões/mm3
Hemoglobina	13.3	g/dl	Homens...: 13.5 a 17.0 g/dl Mulheres: 11.3 a 15.2 g/dl
Hematócrito	36.8	%	Homens...: 39 a 50 % Mulheres: 35 a 47 %
V.C.M.	100	fL	80 a 96 fL
H.C.M.	36.1	pg	27.0 a 31 pg
C.H.C.M.	36.1	g/dl	32.0 a 36 g/dl
R.D.W.	12	%	12.0 a 16 %
H.D.W.	2,07	g/dl	2.2 a 3.2 g/dl

LEUCOGRAMA

Contagem Total dos Leucócitos	10.150	/mm3	Até 1 mês...: 5.000 a 20.000/mm3 1 a 7 anos...: 5.500 a 15.000/mm3 7 a 12 anos...: 4.500 a 13.000/mm3 Adultos....: 3.600 a 10.000/mm3	
Diferencial	%	/mm3	%	/mm3
Neutrófilos	70,6	7.165	37 a 75	1.400 a 6.500
Mielócitos	0	0	-	-
Metamielócitos	0	0	0 a 1	-
Bastões	0	0	0 a 5	-
Segmentados	70,6	7.165	37 a 75	-
Eosinófilos	1,4	142	0.5 a 11	0 a 700
Basófilos	1	101	0 a 3	0 a 400
Linfócitos	18,1	1.839	20 a 55	1.200 a 4.000
Monócitos	8,9	903	2.5 a 11	0 a 1.000
Plaquetas	372.000	/mm3	150.000 a 450.000	mm3
M.P.V.	7,1	fL	7.2 a 11.1	fL
P.C.T.	0,26	%	0.12 a 0.36	%
P.D.W.	43,6	%	25.0 a 65.0	%

Obs: Ausência de granulações tóxicas nos Neutrófilos (AGTN)

Hemácias Macroscíticas

Linfócitos sem atípicas (LSA)

Plaquetas normais em número

Data de Coleta:

Método: Citometria a laser - Automatizado Advia 120, com revisão de lâmina.

Material:

Data de Liberação: 19/11/2017 15:53

Liberado por: FRANCISCA GOMES SILVA


Dra. Francisca Gomes da Silva
CRF 1572

Participa do PNCQ (Programa Nacional Controle Qualidade)

Este resultado pode não ser definitivo, devendo ser correlacionado com dados clínicos.

Seu médico determinará se exames complementares serão necessários.

CLIENTE: JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA

DADE : 37 a, 4 m, 26 d

TELEFONE :

DATA : 19/11/2017

Dr.(a) : JOSE MOACIR F. BEZERRA FILHO

PEDIDO: 351287-00

Entrega: EMERGENCIA - MEDIO RISCO 3
IMP. 19/11/2017 16:29 - TADEU - SoftL@b

PAG: 3 de 3

Leito: MR3

URÉIA

RESULTADO: 20 mg/dl

Valores de Referência

13-43 mg/dl

Data de Coleta: 19/11/2017 15:14:5

Método: Cinética - Automatizado Konelab 60I

Material: SORO

Data de Liberação: 19/11/2017 16:15:4

Liberado por: SUZANA MARIA SOARES DE OLIVEIRA PINHEIRO

CREATININA

RESULTADO: 0,9 mg/dl

Valores de Referência

Homens: 0,7-1,3 mg/dl

Mulheres: 0,6-1,1 mg/dl

Data de Coleta: 19/11/2017 15:14:5

Método: Cinético - Automatizado Konelab 60I

Material: SORO

Data de Liberação: 19/11/2017 16:15:4

Liberado por: SUZANA MARIA SOARES DE OLIVEIRA PINHEIRO

PROTEÍNA C REATIVA

RESULTADO: <3,28 mg/L

Valores de Referência

Inferior a 6,0 mg/L

Data de Coleta: 19/11/2017 15:14:5

Método: Aglutinação de Partículas de Látex

Material: SORO

Data de Liberação: 19/11/2017 16:15:4

Liberado por: SUZANA MARIA SOARES DE OLIVEIRA PINHEIRO

Dra. Suzana Ma. Soares de O. P.
CRF 809

Participa do PNCQ (Programa Nacional Controle Qualidade)

Este resultado pode não ser definitivo, devendo ser correlacionado com dados clínicos.

Seu médico determinará se exames complementares serão necessários.

Núcleo Ambulatorial

12/04/2018 08:04

0041Sem prioridade
Instituto Dr. José Frota - IJF**SOLICITAÇÃO DE EXAMES**

Nome: <u>João Marcelo Faria</u>		
Paciente Externo?	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:
☐ Sim ☐ Não		

JUSTIFICATIVA**EXAMES RADIOLÓGICOS**

☐ 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	☐ Gama-GT	☐ Sumário de Urina
☐	☐	☐	☐	☐

ULTRA-SONOGRAFIA

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

OUTROS EXAMES

Dr. Antônio Magalhães
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 19.187

Assinatura e Carimbo do Solicitante:

Data / /

Hora: h minutos

AMBULATÓRIO DE EGRESSOS - IJF
RECEBIDO NO E-SUS
DATA: 12/04/2018 HORA: 08:32
Recepcionista: [assinatura]



Av. Humberto Monte, 1440 - Parquelândia - CEP: 60450-000
Telefone: (85) 3283.4784 / 98800.0778

RECEITUÁRIO

LAUDO.

Paciente João Mar-
celino Fernandes de Ces-
ta do Colarço expor-
te 11/11/2017. Submetido a
tratamento cirúrgico com
manutenção fixação + pro-
toterapia, e encontros com
60% de independência para
uso de prótese por des-
a mobilização e limitação
de movimentos e dor. A mi-
nistrar fisioterapia.

João Batista Gomes da Silva
Médico
CRM 5155 CPF: 226.115.023-31

Fortaleza, 15/09/18.

VÍTIMA JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE****INDENIZAÇÃO** Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** JOAO MARCELINO FERNANDES DA COSTA**CPF/CNPJ:** 66926971315**Posição em 22-10-2018 08:58:55**

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

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
23/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50