

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <i>Regis de Lima Pinto</i>		Nacionalidade: <i>Brasileiro</i>	
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>Motoboy</i>	Carteira de Identidade: <i>94002286228</i>	
CPF nº: <i>465.467.583-34</i>	Residência: <i>R. Vasco de Ayaide, 526</i>		
Bairro: <i>Menezes</i>	Cidade: <i>Fortaleza</i>	Estado: <i>ce</i>	CEP: <i>60841-395</i>

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, instância 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), 04 de Janeiro de 2019.

X *Regis de Lima Pinto*
Outorgante

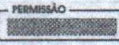
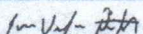
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Regis de Lima Pinto, brasileiro(a),
coronado, no tobo, portador(a) da Carteira de Identidade/RG nº
94002286228, inscrito(a) no CPF/MF sob o nº 465.467.583-34, residente e
domiciliado(a) na Rua Vasco L. Faria, nº 526,
Bairro: Menejana, Cep nº 60841-3015,
Fortaleza -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.

Fortaleza (CE), 04 de junho de 2019.

X Regis de Lima Pinto

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO				
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1548557203		NOME REGIS DE LIMA PINTO	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 94002286228 SSPDS CE	
		CPF 465.467.583-34	DATA NASCIMENTO 05/06/1973	
		FILIAÇÃO PEDRO PINTO SOBRINHO ELISA LIMA PINTO		
		PERMISSÃO 	ACC 	CAT. HAB. AD
	Nº REGISTRO 03321771701	VALIDADE 13/11/2022	1ª HABILITAÇÃO 05/07/2004	
PROIBIDO PLASTIFICAR 1548557203	OBSERVAÇÕES EAR;			
	ASSINATURA DO PORTADOR 			
	LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 23/11/2017		
	ASSINATURA DO EMISSOR  58640450584 CE162280904			
CEARÁ				

Loterias CAIXA

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Rota 14 01220 50 046200 - 0 Data de Emissão 21/03/2018

Nome MARIA JUSCILENE ROCHA LIMA

End. Postal RU VASCO DE ATAIDE 00526

MESSEJANA - FORTALEZA - 60841395

Medidor 2405318 Poste 0631 C65E

Classe 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 574105423-49 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Mar/2018	21/03/2018	19/04/2018	Conjunto	Jan. 2018	EUSD 34,97
			Mês	DICRI = 0,00 P	

ICMS			Padrão Individual					
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual		
			Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
102,55	27,00%	27,68	DIC	4,95	9,91	19,82	0,00	0,00
			FIC	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00
			DMIC	2,77		0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

601F.BD01.9204.7456.7A00.0494.5BF8.5BDC

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fet.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
33052	32898	1,00	152	0,00	30	0,2251	7,05
					76	0,40481	28,33
					52	0,60723	31,58
21/03/18	20/02/18		29 DIAS		152		66,99

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	66,99
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	9,60
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,35
PIS-COFINS COMPLEMENTAR TARIFA BAIXA RENDA	1,59

VENCIMENTO 10/04/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 88,53

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	27,82
Transmissão	7,56
Distribuição	15,50
Encargos Setoriais	5,54
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	39,22
TOTAL	78,18

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

164	152	160	180	158	162	172	158	167	163	181	165
-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg(CO₂) 13,69 Compensado kg(CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (%CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUINTE DO DÍGITO VERIFICADOR.

Chame os vizinhos e ajude a combater a dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

(85) 98795.0000

(85) 98774.0318

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 013401141855

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD. RENAVAM - R.N.T.R.C. - EXERCÍCIO
PPT 01 00336538499 0000000000 2017

NOME
REGIS DE LIMA PINTO
FONTELEZA /CE

CPF / CNPJ
46546758334
PLACA ANT / UF
/CE

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/MAD APLIC.
MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN KS
CAP / POT / OIL
2P/OCV/124CC

COMBUSTÍVEL
GASOLINA
ANO FAB. ANO MOD.
2011 2011
COR PREDOMINANTE
PRETA

VENO / COTAS
1º XXXXXXXX
2º XXXXXXXX
3º XXXXXXXX

FAIXA L.P.V.A.
PARCELAMENTO / COTAS
XXXXXXX, XX
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
XXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX XXXXXXXX

LOCAL
FORTALEZA
DATA
14/06/2017

Igor Ponte
Superintendente DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 013401141855 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

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 14/06/2017

VIA 01 CPF / CNPJ 46546758334 PLACA OCU3104

RENAVAM 00336538499 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 CILINDRE 09 Nº CHASSI 9C2JC4110ER/78440

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81,29 DEVATAN (R\$) 9,03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90,33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,15 IOF (R\$) 0,7 TOTAL SEGURO/PELO SEGURO (R\$) 135,5

PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 06/06/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

MOTOR: JC41E1B778440

04420





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1610 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/04/2018 09:31:59**
Data / Hora da Ocorrência: **15/12/2017 16:20:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ISABEL BEZERRA**
Complemento:
Bairro: **PARQUE SANTA MARIA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PÍZZARIA DOIS IRMAO**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **REGIS DE LIMA PINTO**
Nascimento: **05/06/1973** CPF: **465.467.583-34**
RG: **94002286228** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **ELISA LIMA PINTO**
PEDRO PINTO SOBRINHO
Endereço: **RUA VASCO DE ATAÍDE, 526**
Bairro: **MESSEJANA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.841-395**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 3274-2476**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCG3104** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110BR778440 Renavam: **336538499** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
PRETA Proprietário: **REGIS DE LIMA PINTO** Situação: **NÃO**
INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OCG-3104-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. ISABEL BEZERRA; QUE UM ANIMAL(CACHORRO) ATRAVESSOU A VIA E NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR, ATROPELOU O MESMO(CACHORRO), VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E ACONTECEU A QUEDA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE, A VITIMA FOI SOCORRIDA POR UM POPULAR QUE PASSAVA NO LOCAL, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO FROTINHA DE MESSEJANA. E NADA MAIS DISSE.//
OBS:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO ART. 340 DO CPB.
PRAZO PREVISTO 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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE REGIS DE LIMA PINTO		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 05/06/1973 (4 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 5090062	Nº DO SE 247907
NOME MÃE ELISA LIMA PINTO	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO M	NACIONALIDADE PARDO
ENDEREÇO RUA ROSA DE ATAÍDE 557 MESSEJANA	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CONTATO (85) 98566-0647	CEP NI		
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
QUEIXA QUEDA DE MOTO TRAUMA NO MÍDI JOELHO D		CLASSIFICAÇÃO DE RISCO	
SINTOMAS NI		MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	
		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NÃO SABE INFORMAR	GLICÊMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA CELIA DO NASCIMENTO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 15/12/2017 20:21:58	

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

Queixa de um joelho apresentando dor e edema no joelho e tornozelo direito.
Rx: fratura plavalto tibial
do braço: neurológico normal CP: vital gemca
diagnóstico: contusão

SOLICITADO:
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
Rx joelho D (AP Perfil)		
Rx tornozelo (AP Perfil)		

ALTA SAÍDA
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL
DATA E HORA DO ATENDIMENTO

TIPO DE ATENDIMENTO
DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL
COM 1375

Impresso por MARIA CELIA DO NASCIMENTO em 15/12/2017 20:21:58

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299
F-renal.

CONFERE COM ORIGINAL

05/01/18

regis de lima pinto

04.835.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578
Messegana - CEP 60.861-810

Fortaleza



REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS			
NOME DO PACIENTE REGIS DE LIMA PINTO		Nº DO PRONTUÁRIO 5090862	Nº DO BE 247907
CADUS	NASCIMENTO 05/06/1973 (4 ANOS)	SEXO M	NACIONALIDADE PARDO
NOME MÃE ELISA LIMA PINTO		NOME RESPONSÁVEL NI	
ENDEREÇO RUA ROSA DE ATAIDE 557 MESSEJANA		MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE
CONTATO (85) 98566-0647		CEP NI	
OCORRÊNCIA			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA QUEDA DE MOTO TRAUMA NO MIM JOELHO D		MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLOGICA	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 5 (ADULTO)	
SINAIS VITAIS			
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NÃO SABE INFORMAR	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA CELIA DO NASCIMENTO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 15/12/2017 20:21:58	
ÁREA ATENDIMENTO			
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - URGÊNCIA TRAUMATOLOGICA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
Queixa de um joelho com dor e edema no joelho e tornozelo direito. Rx: fratura plavalto tibial do braço: neurológico normal CP: itala gincão intubação			
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIO-X () OUTROS			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
Rx joelho D (AP Perfil)			
Rx tornozelo (AP Perfil)			
TIPO DE ALTA/SADT			
ALTA/SADT () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () OBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS			
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO			
CARTÃO DE ATENDIMENTO DO MÉDICO ESPECIALISTA			

Impresso por MARIA CELIA DO NASCIMENTO em 15/12/2017 20:21:58

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 Penal.

CONFERE COM ORIGINAL

05/01/18

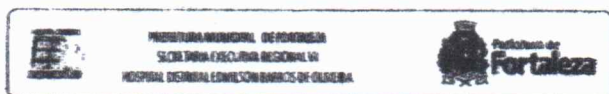
regis de lima pinto

04.885.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tormaz Coelho, 1578
Messegana - CEP 60.804-810

Fortaleza

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 04/01/2019 às 15:16, sob o número 01004747020198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0100474-70.2019.8.06.0001 e código 4244DD5.



REGISTRO EMERGÊNCIA	MATRÍCULA NO HOSPITAL
---------------------	-----------------------

PACIENTE Pedro de Lima Pinto	
DATA OPERAÇÃO 26 / 12 / 17	ENFERMARIA
LEITO	
Dr. Romulo Morano	Dr. Leandro
2ª AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
ANESTESISTA Dr. BIANCHI	TIPO DE ANESTESIA
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Fratura do plexo tibial Shatzler V	
TIPO DE OPERAÇÃO Tratamento cirúrgico da fratura do plexo tibial ID	
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO O normal	
RELATÓRIO IMEDIATO PATOLOGISTA	
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO	
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO	

Dr. Romulo Morano
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho - Medicina do Esporte
CRM: 5301 - TEOT/SSOT: 10105

CONTÉM COM ORIGINAL
05/01/18

04.835.187/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Mossoró - RN - CEP: 59.654-810
Fortaleza **Rodrigues**

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

VIA DE ACESSO - TÁTICO E TÊC	LIGADURAS	DRENAGEM	SUTURA	MATERIAL EMPREGADO	ASPECTOS VISCERAIS
1) Ferimento em decúbito dorsal sob anestesia 2) Assépsia iatrogênica + curativo + encurtamento 3) Incisão em fossa medial - posterior de plexo D. anterior 4) Redução cirúrgica com auxílio do aparelho e posicionamento do membro 5) Fixação interna - lateral do plexo D. com 2 pontos de sutura e observação intraoperatória, repositores e drenagem lateral com "2-0" 6) Elongamento de tendão posterior e alongamento de spl + lateral + 2000 pontos com fio de Fischer e curativo com rolo 7) Fixação do tendão com placa em "L" e parafusos 8) Redução do membro lateral com "2-0" 9) Tensão do membro 10) Curativo com curativo, rotina de encurtamento 11) Curativo de drenagem 3-2 12) Curativo 13) Curativo de tala - tubo					

Dr. Romulo Morano
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho - Medicina do Esporte
CRM: 5301 - TEOT/SSOT: 10105



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE <i>Regis de Lima Pinto</i>	6 - Nº PRONTUÁRIO <i>5010862</i>
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO NASCIMENTO <i>05/06/1973</i>
9 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL <i>Elisa Lima Pinto</i>
11 - TELEFONE DE CONTATO	12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO) <i>Rua Rosa de Sotelo 4 - SST</i>
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Fortaleza</i>	14 - Cód. IBGE MUNIC
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Vitruva de queda de moto lamentando dor e edema no joelho direito e tornozelo direito. Rx: fratura plavalt</i>
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Acima cited</i>
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>exame físico e de imagem</i>
20 - DIAGNÓSTICO FINAL <i>Fratura plavalt tibial</i>
21 - CID 10 PRINCIPAL
22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Suturacao</i>	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO CNS ☐ CPF ☐	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>07225227036</i>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO <i>15/12/17</i>
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL DO CONSELHO	33 - Nº BILHETE <i>01513</i>

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRÁNSITO	35 - CNPJ DA SEGURADORA	36 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	41 - CDBR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	43 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO	45 - DATA DO DOCUMENTO	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
	47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

AUTORIZAÇÃO

49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
50 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO
51 - DATA DO DOCUMENTO
52 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA</i>

Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 60.864-810

Fortaleza

Ceará

Orat. NDCDO-NAME-AIH-005

 Prefeitura de Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA	
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA	Prontuário Único (1)	Data 15/12/2017 20:12	
		Prontuário 5090862	
Dados Pessoais			
Nome do Paciente regis de lima pinto		Nascimento 05/06/1973	Idade 44 anos
Nome Mãe elisa lima pinto		Sexo M	
Profissão		Situação Conjugal	
Escolaridade			
Documento de Identificação 465.467.583-34(CPF)		CadSus 708008357092926	Naturalidade Fortaleza-CE
Endereço Rua Vasco de Ataíde 526		Bairro Messejana	Município/Estado Fortaleza/CE
CEP 60.841-395		Telefone(s) (85) 98566-0647	

04.885.197/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA
 Av. Jornalista Tomaz Coelho, 1578
 Messejana - CEP: 60.842-021
 Fortaleza

[Assinatura]



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE: REGIS DE LIMA PINTO			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO: 37
INÍCIO DO TRATAMENTO: 18/12/17	DATA DA ALTA: 28/12/17	DATA DO RETORNO: 05/01/18	MÉDICO(A) PARA RETORNO: Dr. Romulo

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Operado

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL: Infecção
ACESSÓRIO 1:
ACESSÓRIO 2:
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS: NO

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cepha

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AINH + AIB

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA: 28/12/17	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO:
-----------------------	---------------------------------



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE <i>Raps</i>			
PRONTUÁRIO	UNIDADE	ENFERMARIA	LEITO <i>40</i>
INÍCIO DO TRATAMENTO <i>08/01/18</i>	DATA DA ALTA <i>10/01/18</i>	DATA DO RETORNO <i>19/01/18</i>	MÉDICO(A) PARA RETORNO <i>A. Roub</i>

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Operad

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL <i>Trofia joelho</i>
ACESSÓRIO 1
ACESSÓRIO 2
EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS <i>L</i>

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

AINA + ATB

CONDIÇÕES DA ALTA: ☐ CURADO ☒ MELHORADO ☐ PIORADO ☐ ÓBTOS ☐ OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA

10 / 01 / 18

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



AV. Jornalista Tomaz Coelho Nº 1578 - Messejana - fone - 3105.15.60

ATESTADO MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 266489

Atestamos para fins legais que Pedro de Lima Brito

Foi atendido neste hospital no dia 23.05.18 às _____

1. Necessita de 888462 dias de afastamento de suas atividades profissionais,
a partir desta data por motivo de doença ou agravo à sua saúde.

2. Necessita de _____ () dias de afastamento das atividades escolares por motivo de
doença.

3. Encontra-se () APTO () INAPTO a prática do componente curricular de educação
física no período de _____ a _____

4. Paciente foi atendido neste hospital às _____ hs, podendo retomar ao trabalho.

5. Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade _____

6. Paciente concorda com a posição do diagnóstico:

fratura

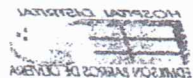
fratura do plavão

Obs:

Segue em reabilitação
Retornar em 18/05/18

Fortaleza 23 de 03 de 18

Dr. Romulo Morano
Traumatologia
CRM 8501



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA

SECRETARIA DE SAUDE



Fortaleza

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

AV. JORNALISTA TOMAZ COELHO 1578 - MESSEJANA - FONE - 31051560

RECEITUÁRIO

NOME DO

PACIENTE:

Robis de Lima Pinl.

Fratura de pleurotórax.

Fisioterapia Motora Para Reabilitação

de João D.

(70 Sessões)

Genitor do ADM

(Sen. Pisan)

Gráfica HDEBO - Messejana

Fortaleza, 05 de 01 de 2018.

Dr. Romulo Morano
Traumatologia
CRM: 8501

Ass.atura e carimbo do profissional

Uso exclusivo do HDEBO - Messejana

Dr. Miqueias Da Silva Torres

CREFITO – 188289-F

CPF: 011.902.783-67

LAUDO

Declaro para os devidos fins que o paciente Regis de Lima Pinto , RG: 94002286228, relata ter sofrido acidente de transito no dia 15/12/2017, onde sofreu uma fratura em joelho direito.

Realizou tratamento cirurgico, medicamentoso, fisioterapico e apresenta-se de alta.

Relata sofrer com dores na perna direita e falta de força na perna direita.

Foi observado uma dificuldade para deambular, apresentando uma marcha claudicante e uma sequela funcional para o movimento de flexão do joelho direito em 50%.

Regis de Lima Pinto

Fortaleza/ Ceará - 09/08/2018

Dr. Miqueias da Silva Torres
CPF: 011.902.783-67
CREFITO 188289-F

SINISTRO 3180417350 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA REGIS DE LIMA PINTO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO REGIS DE LIMA PINTO
CPF/CNPJ: 46546758334

Posição em 04-01-2019 15:28:53

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
05/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50