

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Jonathan Carneiro de Sousa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Taxista</u>	Carteira de Identidade: <u>20082834703</u>	
CPF nº: <u>61132994306</u>	Residência: <u>R. 65, conj. Joe Walter, 160</u>		
Bairro: <u>P. Joe Walter</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>Mará</u>	CEP: <u>60750790</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), 21 de 10 de 2019.

x Jonathan Carneiro de Sousa
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Jonathas Carneiro de Sousa,
brasileiro(a), Solteiro, Taxista, portador(a) da Carteira de
Identidade/RG nº 20082839703, inscrito(a) no CPF/MF sob o
nº 61132994306, residente e domiciliado(a) na Rua
R. 65, conj. José Walter, nº 160, Complemento casa,
Cep nº 60750-790 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), 21 de 10 de 2019.

x Jonathas Carneiro de Sousa



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 - 544 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/01/2018 10:39:58**
Data / Hora da Ocorrência: **06/12/2017 02:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PERIMETRAL**
Complemento:
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO MOTEL PIRAMIDE**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JONATHAS CARNEIRO DE SOUSA**
Nascimento: **02/06/1997** CPF: **611.329.943-06**
RG: **20082834703** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **JOELNA LILIAN DE ABREU CARNEIRO**
FRANCIVALDO COSTA DE SOUSA
Endereço: **RUA 65 , 160**
Bairro: **PREFEITO JOSE WALTER**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.750-790**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98738-3256**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PNI5719** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGKS69R0GG134295** Renavam: **1067257117** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **CHEV/PRISMA 1.4AT LT** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL/GAS NATURAL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **FRANCISCO DE ASSIS DOS PASSOS** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE, PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA PNI-5719-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. PERIMETRAL, QUANDO COCHILOU EM CIMA DA MOTO, VINDO A PERDER O CONTROLE DA MOTO E FOI SE CHOCAR COM UM POSTE NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; 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 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:

Jonathas Carneiro de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CÂNDIDA BRUM - MAT.: 126913-1-9



DECLARAÇÃO

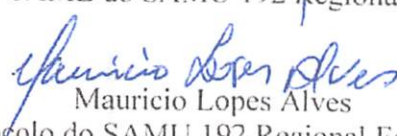
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Jonathas Carneiro de Sousa**, no dia **06/12/2017**, às **03h**, na **Avenida Perimetral**, no **Bairro Prefeito José Walter**, vítima de acidente de trânsito.

Documento requerido pela Sra. **Joelna Lilian de Abreu Carneiro**, Processo nº **P021849/2018**.

Fortaleza, 24 de janeiro de 2018.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Mauricio Lopes Alves
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

SUS

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

Prefeitura de
Fortaleza

Sigs - Prefeitura Municipal de Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE: JONATHAS CARNEIRO DE SOUSA
RUBENS
700408404415642
NOME: JOELMA LILIAN DE ABREU CARNEIRO
RUA H 1189, JOSE WALTER(PARQUE MONTENEGRO)
CEP: 55801628
Jardim: (ma)
NASCIMENTO: 02/06/1997(20 ANOS)
SEXO: M
RAÇA/COR: PARDO
MUNICÍPIO: FORTALEZA
UF: CE
CEP: 60.110-110
GLUCEMA: TEMPERATURA: PRESSÃO ARTERIAL: SINAIS VITAIS: DATA E HORA DO ACOULHAMENTO: 14/12/2017 10:34

ÁREA DE ATENDIMENTO

IMAGEM: MÉDICO ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGISTA, MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR
NOME DO MÉDICO: ROBERTO MENDES RODRIGUES (CRM: 4600)

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO: *fratura de fêmur*
CD: COD PROCEDIMENTO

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO: *fratura de fêmur + fixação*

TIPO DE ATUALIZAÇÃO

ASVALIA: *Dr. Roberto Mendes Rodrigues*
CRIM 4600

DESTINO DO CORPO: () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO () ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DATA E HORA DO ATENDIMENTO: *14/12/2017 10:34*

REGISTRO

Impresso por MARIA EDVANEY DE OLIVEIRA MARIANO em 14/12/2017 às 10:34:31
Cadastrado por JOSE MARDONIO NOGUEIRA em 06/12/2017 03:38:30
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.

JONATHAS CARNEIRO DE SOUSA

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ESTE JOE COMA COM ERE COM ORIGINAL

Mat. 763
Emanuella Monteiro



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FICHA DE REGISTRO DE PROCEDIMENTO
AM, Cód. de País nº 1137 - Parto - CEP 05.720-900 - Fortaleza-Ce
Telefone (081) 3251-2211 - Fax (081) 3251-7219

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:
318853

Paciente: **JONATHAS CARNEIRO DE SOUSA**

Data da Operação: **26 / 12 / 2017** Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: **Dr. Paulo César Barros Machado**

2º Auxiliar: **Paulo César Barros Machado**
Médico - Ortopedista
CRM 4977

Instrumentador: _____

1º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Anestesista: **Dra. Marcia Maferrera Maia**

Tipo de Anestesia: **Bloqueio do Plexo Braquial direito**

Diagnóstico Pré-operatório: **Fratura da extremidade distal do Rádio do**
rebra

Tipo de Operação: **- Tratamento Cirúrgico de fratura dos ossos do**
antebraço direito + artroscopia do punho direito

Diagnóstico Pós-operatório: **1 - COD - 307.20.09-5**
2 - COD - 307.21.08-3

Relatório Imediata Patologista: _____

Exatidão Radiológica no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- 1- A. Med. sup. tra. A. sup. + b. sup.
- 2- Abordagem, redução e fixação de fratura intra-articular do rádio, após "artroscopia" do punho com placa volar
- 3- De b. volar
- 4- Sutura e Curto

HOSPITAL DISTRITAL MARA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Paulo César Barros Machado
Médico - Ortopedista
CRM 4977

11.763

PRONTUÁRIO

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1g	AMPOLA		RANTIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAINA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAINA 0,5% PESADA	AMPOLA				
BICARBONATO DE SODIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO				
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CERTRAXONA 1g	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO				
CETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLORETO DE POTASSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA				
DESLANOSIDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
DIPIRONA	AMPOLA				
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA				
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
IPILON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAINA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAINA 2% S/ADRENALINA	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA				
NALOXONA	AMPOLA				

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/12/2019 às 10:45, sob o número 01993436820198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 019934343-68.2019.8.06.0001 e código 5A4C872.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

PROTINA DE PARANÁ
AV. Osório de Faria nº 1127 - Parangaba - CEP 60.718-000 Fortaleza-Ce
Telefone: (85) 3131-7321 - Fax: 3131-7315

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Jonathas Carneiro de Sousa

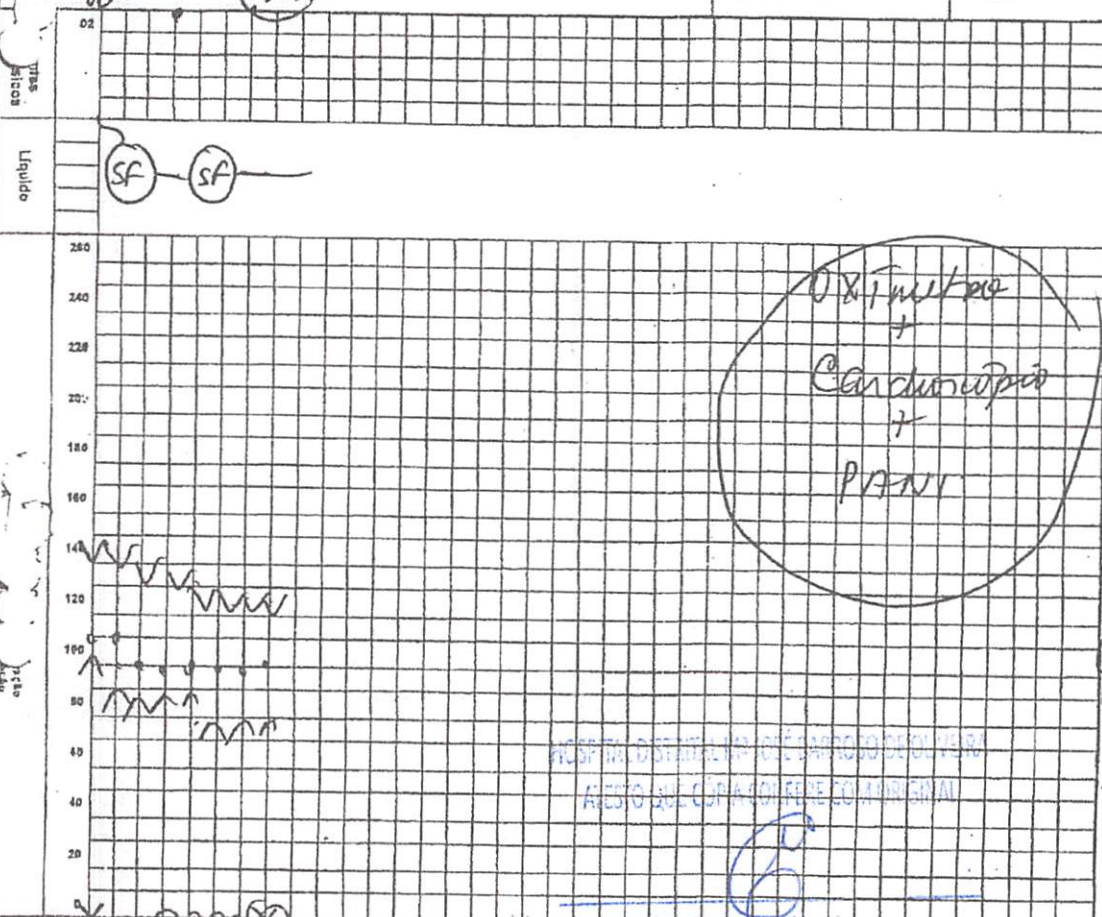
Prontuário Nº.: 318853

Enfermaria: _____ Leito: _____

Data: <u>26/12/2017</u>	Pres. Arterial: <u>140x90mmHg</u>	Pulso: <u>90 bpm</u>	Respiração: <u>20 IR/min</u>	Temperatura: <u>Afebril</u>	Peso: <u>108 kg</u>	Altura: <u>2 170</u>
Tipo Sanguíneo: _____	Hemácias: <u>5.140.000</u>	Hemoglobina: <u>14,7</u>	Hematócrito: <u>45,0</u>	Glicemia: <u>103 mg/dl</u>	Uréia: _____	Outros: _____
Urina: <u>plaquetas 317.000/mm³</u>						

Ap. Respiratório: <u>ndn</u>	Asma: <u>Nega</u>	Bronquite: <u>Nega</u>
Ap. Circulatório: <u>ndn</u>	Eletrcardiograma: <u>ndn</u>	
Ap. Digestivo: <u>ndn</u>	Dentes: <u>completo</u>	Pescoço: <u>curto</u>
Estado Mental: <u>lúcido</u>	Atarácicos: <u>nega</u>	Corticóides: <u>nega</u>
Histórico Pré-operatório: <u>Fratura da extremidade distal do</u>	Alergia: <u>Nega</u>	Hipotensores: <u>Nega</u>
Estado Físico: <u>I</u>		Risco: <u>I</u>

Antecedentes: <u>nega</u>	Aplicadas às: _____	Efeito: _____
---------------------------	---------------------	---------------



INDUÇÃO

Sedat.: _____ Exat.: _____ Tosses: _____

Laringo espasmo: _____ Lenta: _____

Núuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

- MANUTENÇÃO**
- 1) Verificação do material anestésico e fonte de O₂ + monitorização.
 - 2) Venoclus - abocax - 22 ml
 - 3) Bloqueio do plexo braquial duplo ex. Xilocaina 2% c/ ad.
 - 4) Kejazol - 20g + furo.
 - 5) cetoprofeno - 100 mg
 - 6) dexametasona - 4 mg
 - 7) ENC. à SRPA

Anestesia Balanf: ☐ sim ☐ não

Não, por qual? _____

DESPERTAR

Reflexos em B.O.: _____

Obstr.: CO2 Exat.: _____

Núuseas: _____ Vômitos: _____

Outros: _____

Com cânula: _____

Para o leito: ☐ sim ☐ não

CONDIÇÕES:

Agentes: <u>Xilocaina 2% c/ad; Kejazol; cetoprofeno; dexametasona</u>
Técnica: <u>Bloqueio Plexo braquial Duplo</u>
Operação: <u>Tratamento cirúrgico de fratura dos ossos do antebraço + artrotomia do punho direito.</u>
Cirurgiões: <u>Dr Paulo Cesar</u>
Anestelistas: <u>Drª Marcia Maria Ferreira</u>
Observações: <u>na Marília</u>

Marcia Maria Ferreira Martins
Médica
CRM: 4590

Perda Sanguínea: _____

PRESCRIÇÃO MÉDICA / RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

SAME - Serviço de Arquivamento Médico e Estatístico

ATENÇÃO: Toda informação registrada deverá vir seguida, obrigatoriamente, da assinatura e carimbo do profissional responsável pela informação.

	Glicemias	Insulinas	Rubrica
11:			
16:			
20:			
06:			

SINAIS VITAIS			
HÁRIO:	12:30		
P.A.:	120x80		
TEMP.º:	36		
P / MIN.:			
M.V. / MIN.:			

fls. 15

NOME: Jonath Carneiro de Sousa IDADE: 20 ENF.: e LEITO: 118 Nº. PRONTUÁRIO: _____

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA / ASSINATURA	HORÁRIO DE APLICAÇÃO DOS MEDICAMENTOS	OBSERVAÇÃO	RUBRICA (Ent. / Dieta)
27/12/17	<u>Ant. Luna</u>		<u>consciente orientado</u>	
	<u>regul. de med. 665</u>		<u>aceita bem a dieta</u>	
	<u>Regul. de med. 665</u>		<u>higienizado eliminações</u>	
	<u>Regul. de med. 665</u>		<u>presente referiu dor</u>	
	<u>Regul. de med. 665</u>		<u>medicada conforme</u>	
	<u>Regul. de med. 665</u>		<u>prescrição, as 9:20</u>	
	<u>Regul. de med. 665</u>		<u>Saiu de alta hospitalar</u>	
	<u>Regul. de med. 665</u>		<u>as 11:20</u>	
	<u>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</u> Ortopedia - Traumatologia CRM 4600			
	<u>Dr. Roberto Mendes Rodrigues</u> Ortopedia - Traumatologia CRM 4600			

Antonia D. Luna
Tec. Enfermagem
COREN 141827

HOSPITAL GERAL DE FORTALEZA - CENTRO DE CLÍNICA

ATESTO QUE CÓPIA CONFORME ORIGINAL

Eraquiel Monteiro

Mel. 703

Emanuel Monteiro
Mat. 763

CRM - MÉDICO (A)

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE
SAME

Nome:

Jonathas Carneiro de Sousa

Prontuario

Enform.

Lehto

Data Internacional

Diagnóstico

118

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA

EVOLUÇÃO

23/12/17 13:50h cliente 10° DPM por HD° fratura luxação
punks 60 + tala gessada, segue comente
sintodo, VPHB, eufreico em gr ambiente, apênd
acuto dieta opitada realizando conforto de tala
aguarda conduta medica

Sílvia Carla de Almeida
 ENFERMEIRA
 COREN-CE 419485

25

12

(7)

Ensoel

Paulo César Barros Machado
Médico Ortopedista
CRM 4977

2511217

25/12/11
paciente com H.D. de fratura
luxação proximal do fêmur
estável, consensual, orelhas
e verbalizando ruídos
eliminações presentes
cuidados de enfermagem
realizado fôca de talo gessada - 1589

26/12/17 Jonathan encaminado ao ec an of farm

Residencia Monte de Santana
COREN-CE 306109 - ENF

7/10

17

A7

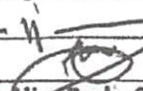
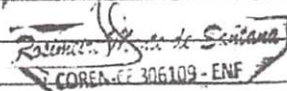
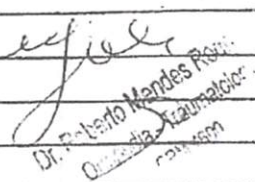
Opportunität nun in der Vorlesung, die

HOSPITAL DISTITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERIR COM ORIGINAL

Paula César Barros Machado
Médico - Ortopedista
CRM 4977

Emanuel Monteiro
Mat. 763

Prontuário e

DATA	EVOLUÇÃO
20/12/2017	X.E.S. 20a. H2 = 37 de antebraço, braço luxacionário, orientado V/PA, hemodinamicamente estável, deambulando, dieta, eliminando. Hoje sobre cuidados de enfermagem. Examinado p/o médico
	 Maria Alice Rocha Oliveira Enfermeira COREN-CE 454.339
20/12/2017	J.E.S. 20a. 07 Admitido na clínica Trauma-12h tórax proveniente da Emergência com fratura de punho D 7 luxação comento antebraço, antebraço, fêmur, expunção, fratura de tala, fratura de espinha promontório cervical
21/12	# Trauma. Lateral Punho 10/11/2017 ATENDIDA URGENTE  Dr. Antonio Luiz V. Gonçalves Ortopedia - Traumatologia Cirurgia do Quadril CRM 12444 TEOT 14047
21/12/17	Jonathan, 20 anos, consuetudo, antebraço, expunção. Segue aguardando cirurgia  Roselma Mendes da Costa Enfermeira COREN-CE 306109 - ENF
22/12	Acute Regio  Dr. Roberto Mendes Porto Ortopedia - Traumatologia CRM 12444

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emmanuel Monteiro
Rat. 703

CRM - MÉDICO (A)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/12/2019 às 10:45, sob o número 01993436820198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0199343-68.2019.8.06.0001 e código 5A4C872.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HDMJBO-Frotinha de Parangaba

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE SAME

Nome: Jonathas Carneiro				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
			/ /	

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

DATA	EVOLUÇÃO
14/12/2017	X.C.S. 20 a. admitido na emergência p/ NO de F.F. de pinheirais. Evolui com contusão, lacerado, WPK, hemodinamicamente estável, sem lesão, praia de lesão, eliminando (+). Nada alterado e confortável. Segue sob os cuidados
15	Receita feita
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
16	Receita feita
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
17	Receita feita
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
18/12/17	Permitir entrar
19	Receita feita
	Dr. Roberto Mendes Rodrigues Ortopedia - Traumatologia CRM 4600
	Daniel Ayres Mendes Batista Médico Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 13633
20/12/17	Permitir entrar
	Daniel Ayres Mendes Batista Médico Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 13633

HOSPITAL DE FORTALEZA
ATESTADO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Enfermeira: Monteiro
11/11/2017

Prontuário



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO DE PARAGUAIÁ
AV. Odeir de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 68.720-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7332

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - ORIOFOR - SUS - PNF

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

2317103686359

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ
07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

ENDEREÇO DO PACIENTE

BAIRRO

MUNICÍPIO

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

SEXO

CONDIÇÃO

NOME DA MÃE

1. ☐ MASC

3. ☐ FEM

2. ☐ SEGURADO

4. ☐ CONJUGE

6. ☐ FILHO

8. ☐ OUTRO DEP.

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

C. INT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

DATA DA EMISSÃO

1 / 1

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor no sistema de Pulo D
e no corpo com lesões de
trauma contuso.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão no Pulo D.

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Rx de Pulo D.

DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão no Pulo D

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

2. ☐ OBSTÉTRICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

6. ☐ PEDIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Pulo D

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

ATESTADO QUE CÓPIA COMEÇA

1699

14

12

21

Emanuel Monteiro

11-1-752

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 4600

HDMJBO - Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

Prefeitura de
Fortaleza**RECEITA**

Longos C. de Bump
 p: informe f. de a. Ret.
 conceito de pre. tempo
 para o d. de. A. Avaliação
 de at. or. to. p. d. de. rem.
 e. que. los.

DATA: 26 / 02 / 18

Paulo César Barros Machado
 Médico - Ortopedista
 CRM 4977

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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JONATHAS CARNEIRO DE SOUSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 20082934703 SSP CE

CPF
 611.329.943-06

DATA NASCIMENTO
 02/06/1997

RELAÇÃO
 FRANCIVALDO COSTA DE SOUSA
 JOELNA LILIAN DE ABREU CARNEIRO

PERMISSÃO
 ACC CATHAB
 AH

Nº REGISTRO
 06345487104

VALIDADE
 16/10/2020

1ª HABILITAÇÃO
 13/01/2016

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO:

Jonathas Carneiro de Sousa
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 19/01/2017

For V. - J. M.
 ASSINATURA DO EMISSOR

77695915646
CE157705161

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1409478694

PROIBIDO PLASTIFICAR
1409478694

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013130441920

VIA **COD. RENAVAM** **RNTRC** **EXERCÍCIO**
DIE001 **1067257117** **00000000000** **2016**

FRANCISCO DE ASSIS DOS PASSOS

FORTALEZA/CE

PLACA **PNI5719**
PLACA ANT./UF **9BCK569R0G6134295**
CHASSI

ESPECIE TIPO **COMBUSTIVEL**
PAS/AUTOMOVEL/NAO APLIC. **GAS/ALC/GN**

MARCA / MODELO **ANO FAB.** **ANO MOD.**
CHEV/PRISMA 1.4AT LT **2018** **2016**

CAP / POT / CIL **CATEGORIA** **OR. PREDOMINANTE**
5P/106CV/1400CC **ALUGUEL** **BRANCA**

1º **2º** **3º**
VENC. COTA UNICA **VENC. COTAS**
******* **1º** **ISENTO**
FAIXA IPVA **PARCELAMENTO / COTAS** **2º** **CONF**
******* ******* **3º** **CERT**

PREMIO TARIFARIO (R\$) **IOF (R\$)** **PREMIO TOTAL (R\$)** **DATA DE PAGAMENTO**
00/00/0000

OBSERVAÇÕES
CIL: 309188 - INTRANSE. ICMS/TAX/PARA
PLEGI/DEF.FIS; *****

LOCAL **10/01/2017**
FORTALEZA **Igor Fortes**
Fortaleza/CE

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

CE Nº 013130441920 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**
2016 **10/01/2017**

VIA **RENAVAM** **CPF / CNPJ** **PLACA**
01 **32628153300** **PNI5719**

MARCA / MODELO **CHEV/PRISMA 1.4AT LT**

ANO FAB. **CHASSI** **9BCK569R0G6134295**

PREMIO TARIFARIO
FNS (R\$) **DENATRAN (R\$)** **CUSTO DO SEGURO (R\$)**

CUSTO DO BILHETE (R\$) **IOF (R\$)** **TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)**

COTA UNICA **PAGAMENTO** **PARCELADO**
00/00/0000

LOTE / DOSE **PROPRIETARIO** **DPVAT**
MOTOR: HCJSA1627 09.248.698.0001-04
309188



Nº de Inscrição:

000583840

DADOS DO CLIENTE

Nome: FRANCIVALDO COSTA SOUSA
End. Leitura: RU 65 C/ JOSE WALTER, 100, A. PREFEITO JOSE WALTER
Cidade: FORTALEZA
End. Entrega:
Cidade:
Local: 001 Setor: 000 Quadra: 0177 Lote: 0265 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00

(85)987740318
(85)988994932

ECONOMIAS

Residencial: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volumen(m³)	Media Semestral(m³)
ÁGUA	0110401177	119	151	3	3

DATAS

Leitura Atual: 03/01/2018 Emissão: 03/01/2018 Lacre Água: 3006031
Leitura Anterior: 02/11/2017 Próxima Leitura: 02/02/2018 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 11/2017

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	5-11	5-11	1-6	5-11	5-11
Analisadas	556	556	556	556	556
Em conformidade	553	541	533	546	555

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 7 m3 | META: 10 m3.
Constatamos débito de R\$ 43,25. Caso pago, desconsiderar.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME
ÁGUA	23,10	Mês/Ano
ESGOTO	18,40	Água (m³)
MULTA DE 0,07	0,07	Esgoto (m³)
JUROS DE 0,033 POR DIA	1,03	
		FEV/17 1 3
		MAR/17 2 2
		ABR/17 1 0
		MAI/17 1 0
		JUN/17 1 0
		JUL/17 3 2
		AGO/17 4 2
		SET/17 3 2
		OUT/17 3 2
		NOV/17 3 2
		DEZ/17 1 0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSIDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,11	VALOR DO SERVIÇO	70,16
COFINS	2,07	VALOR DO SUBSIDIO	26,72
		VALOR TOTAL A PAGAR	43,44
MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)	
01/2018	16/01/2018	43,44	

ONDE PAGAR SUA FATURA: 1: 352251055209079 L. 0320 H: 09:44 - 19 R. 076 P: 001

Bancos: Bradesco, BNPar, Itaú, Br. - Bancos do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Italo, etc. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.gov.br.
Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 288 1919. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE 352251055209079 0320
Inscrição: 000583840 Código do Responsável: Mês/Ano: 01/2018
Local: 001 Setor: 000 Quadra: 0177 Lote: 0265 Comp: 0000
Subsetor: 00 Subquadra: 00
Cidade: FORTALEZA Vencimento: 16/01/2018 Total (R\$): 43,44

82690000000 9 43440009600 5 00958384000 5 03006022015 6



Dr. Miqueias Da Silva Torres

CREFITO – 188289-F

CPF: 011.902.783-67

LAUDO

Declaro para os devidos fins que o paciente Jonathas Carneiro de Sousa , Rg.:20082834703, relata ter sofrido acidente de transito no dia 06/12/2017 onde sofreu uma fratura da extremidade distal do radio direito.

Relata sentir falta de força no punho direito e dor na região do punho direito.

Foi observado uma sequela funcional para flexão do punho direito em 50% e extensão do punho direito em 50%

Realizou tratamento fisioterapico, medicamentoso e cirurgico, encontrando-se de alta no momento.

Pat. Jonathas Carneiro de Sousa

Fortaleza/ Ceará - 09/08/2018

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

Miqueias da Silva Torres

SINISTRO 3180300237 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JONATHAS CARNEIRO DE SOUSA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JONATHAS CARNEIRO DE SOUSA
CPF/CNPJ: 61132994306

Posição em 12-12-2019 10:37:41

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
05/10/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50