



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Alexsson Plinio Rodrigues de Almeida Barbosa		
NACIONALIDADE	Brasileira	NATURAL	
RG	2003010211212	ESTADO CIVIL	Solteiro
CPF	012.628.143-24	PROFISSÃO	Contador
ENDEREÇO	Rua madre Eliza Baldo 94 Fundos		
BAIRRO	Servinhão	CEP	60741-450
MUNICÍPIO / UF	Fortaleza CE		
FONES	(85) 98722-4775 / 98515-3475 / 98873-7000		
E-MAIL			

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicia et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 01 de ~~Setembro~~ Setembro de 2018.

ALEXSSON CLAUDIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA
outorgante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Alysson Clelio Rodrigues de Almeida Barbosa Brasileiro(a),
solteiro, Porto de, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 2003010211212 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 012.628.143-24, residente e domiciliado na cidade de
Fortaleza, estado Ceará, na Rua
madre Eliza Baldo, Nº 34, Fundos / Servinha
 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), 01 de Setembro de 2018.

ALYSSON CLELIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA

Declarante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, Alexson Denio Rodrigues de Almeida Barbosa, brasileiro(a),
solteiro, Portador, portador(a) do RG nº
2003010211212, inscrito no CPF sob nº
012.628.413-24, residente e domiciliado no endereço
Rua: Madre Eliza Baldo 94 Funchos Severina

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, 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), 01 de Setembro de 2018.

ALEXSON DENIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA

Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:

TESTEMUNHA:

CPF:

NASC:



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO

na Cidade de Fortaleza, Estado Ceará, CEP _____, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza, 01, de Setembro, de 2018.

RALFSSON CINO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA
DECLARANTE



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>Alysson Elênio Rodrigues de Almeida Barbosa</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>Rua: Madre Eliza Baldo 34 Funchal</u>		Profissão: <u>Portador</u>
CPF nº: <u>012.628.43-24</u>	RG n: <u>2003010211212</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Servinha</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>
CEP: <u>60741-450</u>	Telefone: <u>(85) 98722-4775</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

Fortaleza, 01 de Setembro de 2018.

ALYSSON ELÊNIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Parágrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162º da Independência e 95º da República.

João Figueiredo / Ibrahim Arbi-Ackel / Hélio Beltrão

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

NOME
ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
2003010211212 SSPDC CE

CPF
012.628.143-24

DATA NASCIMENTO
15/04/1987

FILIAÇÃO
ALUISIO PEREIRA BARBOSA
MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA

PERMISSÃO
ACC
CAENAB
AB

Nº REGISTRO
03596884082

VALIDADE
03/07/2020

1ª HABILITAÇÃO
30/05/2005

SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
08/07/2015

ASSINATURA DO EMISSOR
IGOR VASCONCELOS PEREIRA
45157258120
CE148352022

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1155466712

PROIBIDO PLASTIFICAR
1155466712

Scanned by CamScanner



Nº de Inscrição:

002147300

DADOS DO CLIENTE

Nome: ALUISIO PEREIRA BARBOSA

End. Leitura: RU MAD ELIZA BALDO, 94, FUNDO, SERRINHA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60741-450

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Setor: 025

Quadra: 0137

Lote: 0075

Comp: 0001

Subsetor: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 002

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume(m³)	Média Semestral(m³)
ÁGUA	R16F132638	280	290	10	9

DATAS

Leitura Atual: 04/07/2018

Emissão: 04/07/2018

Lacre Água: 7484623

Leitura Anterior: 01/06/2018

Próxima Leitura: 03/08/2018

Lacre Esgoto:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 05/2018

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	533	533	126	533	533
Analisadas	554	554	553	552	552
Em conformidade	545	547	543	524	552

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COM:

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 20 m³.

Constatamos débito de R\$ 135,69. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
PARCELAMENTO DE DEB 2/18
PARCELAMENTO DE DEB 13/24
PARCELAMENTO DE DEB 24/24
ACRESC. IMPONT. ÁGUA TARI
MULTA DE 2%
JUROS DE 0,033% AO DIA

Valor (R\$)

48,80

65,42

-0,35

-1,38

0,02

2,22

0,10

HISTÓRICO DE VOLUME

Mês/Ano

NOV/17

DEZ/17

JAN/18

FEV/18

MAR/18

ABR/18

MAI/18

Água (m³)

8

6

13

9

8

12

4

Esgoto (m³)

0

0

0

0

0

0

0

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS:

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)
PIS	1,10
COFINS	5,48

SUBSÍDIO

Descrição	Valor (R\$)
VALOR DO SERVIÇO	143,43
VALOR DO SUBSÍDIO	28,60
VALOR TOTAL A PAGAR	114,83

MÊS/ANO

07/2018

VENCIMENTO

18/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

114,83

ONDE PAGAR SUA FATURA

I: 356615075297726 L: 1605 H: 10:37:19 R: 047 P: 001

Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de



Scanned by CamScanner



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3834 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **30/08/2018 13:39:13**
Data / Hora da Ocorrência: **22/06/2018 12:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA PARAGUASSU, 1345**
Complemento:
Bairro: **SERRINHA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA**
Nascimento: **15/04/1987** CPF: **012.628.143-24**
RG: **2003010211212** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA**
ALUISIO PEREIRA BARBOSA
Endereço: **RUA MADRE ELIZA BALDO, 94**
Bairro: **SERRINHA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.741-450**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98722-4775**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSJ7869** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2KD0560CR513860 Renavam: **503457760** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS KS** Ano
Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE**
ALMEIDA BARBOSA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
ENVOLVIDO

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OSJ-7869 NA RUA PARAGUASSU E QUE AO REALIZAR UMA CURVA PERDEU O CONTROLE DA MOTO, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA - MESSEJANA POR MEIOS PRÓPRIOS. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

x ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE A. BARBOSA

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Pág. 1 de 1

Impresso em: 30/08/2018 13:43:52





PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

fls. 29

Enfermeiro Barreto
COREN 28296
24133820208

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA.						Nº DO PRONTUÁRIO 5112955		Nº DO BE 297998	
CADSUS		NASCIMENTO 15/04/1987(31 ANOS)		SEXO M		RAÇA/COR PARDO			
NOME MÃE MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA		NOME RESPONSÁVEL NI						UF CE	
ENDEREÇO RUA MADRE ELISA BALDO 150 SERRINHA		MUNICÍPIO FORTALEZA							
CONTATO				CEP 60.741-450					
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE									
OCORRÊNCIA									
QUEIXA RETORNO PARA DR. MAX WENDEL					CLASSIFICAÇÃO DE RISCO				
SINTOMAS NI					MOTIVO RETORNO TRAUMATOLÓGICO				
					ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)				
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O ₂ NI%		PULSO NI		GLICEMIA NI	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS NEGA							
CLASSIFICAÇÃO AZUL		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO NADJA DE ÁREA LEÃO E SOUSA				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 24/08/2018 08:20:37			
ÁREA DE ATENDIMENTO 04 RETORNO TRAUMA					ÁREA ATENDIMENTO				
ATENDEMENTO MÉDICO									
At SE Paciente chegou tro. amarelo de fratura do maxilar lateral (L) há semanas, evoluí com consolidação visível.									
DIAGNÓSTICO Fratura do maxilar lat. (consolidação visível).									
CID		COD. PROCEDIMENTO 0303090200							
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X () OUTROS									
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES					
				(73)					
TIPO DE ALTA/SAÍDA									
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS									
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL									
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA							
		H. Max Wendell B. Lopes							

Impresso por NADJA DE ARÊA LEÃO E SOUSA em 24/08/2018 08:20:37

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas na Lei nº 9.131/86 e na Lei nº 12.740/12.

Penal

CONFERE COM ORIGINAL
28/12

04.385.197/2012-45
HOSPITAL DISTRICTUAL COMILSON
BARRIO DE OLIVEIRA

Av. Jornellista Tomás Carrizo, 1578
Mecate, San - CDP - C. 103-0340

ARIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

Cealà

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 20/04/2020 às 16:56 sob o número 022411338220208060003. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 02241133-82.2020.8.06.0003 e código 6515608.



**Prefeitura de
Fortaleza**

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA MESSEJANA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA		DADOS PESSOAIS		N° DO PRONTUÁRIO 5112955		N° DO BE 285365	
CADSUS		NASCIMENTO 15/04/1987(31 ANOS)		SEXO M		RACIA/COR PARDO	
NOME MAE MARIA RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA		NOME RESPONSÁVEL NI		MUNICÍPIO FORTALEZA		UF CE	
ENDEREÇO RUA MADRE ELISA BALDO 150 SERRINHA		CEP 60.741-450					
CONTATO							
OCORRÊNCIA							
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE							
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
QUEIXA VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO REFERE DOR E EDEMA EM TORNOZELO DIREITO.				MOTIVO ACIDENTE DE MOTO			
SINTOMAS NI				ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)			
PESO NI KG		PRESSÃO ARTERIAL NI/NI		SAT O2 NI%		PULSO NI	
TEMPERATURA NI °C		ALERGIAS ASS				GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO		RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO FRANCISCA CRISTIANE DA SILVA LIMA RAMOS				DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 22/06/2018 14:39:25	
ÁREA DE ATENDIMENTO 02 - EMERGENCIA TRAUMATOLOGICA							
ATENDIMENTO MÉDICO							
70 SE Fratura do malleolo lateral devido desvio. O paciente recebeu tratamento cirúrgico. → Rx do tornozelo D AP/ perfil DIAGNÓSTICO Fratura do malleolo lateral. SADY SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
MEDICAMENTO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÕES			
- anal.							
1) Curativos (suspenso!)		(200)					
TIPO DE ALTA/SAÍDA							
ALTA/SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL DATA E HORA DO ATENDIMENTO							
CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA CRM: 10488 Dr. Max Wendell B. Lopes Ortopedia e Traumatologia							

Impresso por francisca cristiane da silva lima ramos em 22/06/2018 14:39:25

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.

OBS: Paciente recebeu tratamentos em vários
meses sendo informado das consequências
das delecções.

Alisson Bruno da S. Alves
alysson clinio rodrigues de almeida barbosa

CONFERE COM ORIGINAL
10/11/18

04 SET. 2018

04,395,197/0012-45

HOSPITAL DISTRITAL EDILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. J. J. ... 1078
... 204 \$10



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



RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Atestado Médico

ATESTO PARA OS DEVIDOS: FIZ QUE ALYSSON
CLÊNIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA SOFREU
FRATURA DO MALLEÓLO LATERAL DIREITO EM 22/06/18.
RECEBO TRATAMENTO CIRÚRGICO E BROWER COM CON-
SOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA. ENCONTRA-SE DE
ALTA DEFINITIVA.

Fortaleza, 24/08/2018

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

ASS: _____

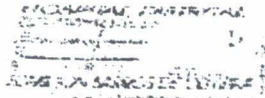
Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 10107

Assinatura do Profissional

MAIO 2012 - Gráfica HDEBO - Enferm. - Receituário-003

Fortaleza-CE, _____ de _____ 20____

«Uso exclusivo do HDEBO-(Frotinha de Messejana)»



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



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

ATESTADO MÉDICO

OLETIM DE EMERGÊNCIA Nº 285.365

testamos para fins legais que ALYSSON CLAUDIO RODRIGUES DE ALMEIDA
BARBOSA

foi atendido neste hospital no dia 22/06/18 às 14:40

1. Necessita de sessenta (60) 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 ____/____/____ à ____/____/____
4. Paciente foi atendido neste hospital às _____ hs, podendo retornar ao trabalho.
5. Paciente encaminhado para acompanhamento na especialidade _____

6. Paciente concorda com a posição do diagnóstico: _____

Obs: - Fratura do manguito lateral D

Fortaleza, 22 de 06 de 2018

Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 10107

Carimbo e Ass. Do Profissional

LIBIA

04 SET. 2018



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



RECEITUÁRIO

NOME DO
PACIENTE:

Alysson Barbosa

uso oral

①

Fraxox 500g

1 cx.

para o consumo de 12

em 12 horas por 7 dias.



Dr. Max Wendell B. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 10107

Assinatura do Profissional

«Uso exclusivo do HDEBO-(Frotinha de Messejana)»

Fortaleza-CE 022 06

2018

MAIO2012-GráficaHDEBO-Enferm.-Receituário-003

AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA



Reg. Geral: _____

Reg. Ambulatorial: _____

Reg. Radiológica: _____

Nome: Mysson Círio Rodrigues de Almeida BarbosaDiagnóstico: Frat. do manguito lat. DData: 22/06/18 Médico: Jr. Max Wendell B. Lopes

Ortopedia e Traumatologia

Auxiliar: _____ CREMEC: 10107

Redução sob anestesia: _____

Realizada: _____ após o acidente: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

Voltar em: 06/07/18 às 07:00h (25m) horas

Voltar em: 10/08/18 às 07:00h (65m) horas

Voltar em: _____ às _____ horas

Voltar em: _____ às _____ horas

Voltar em: _____ às _____ horas

Voltar em: _____ às _____ horas

Voltar em: _____ às _____ horas

Voltar em: _____ às _____ horas

Voltar em: _____ às _____ horas

Voltar em: _____ às _____ horas

Voltar em: _____ às _____ horas

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

EMERG/PRONTUÁRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA

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

NOME

AUSSON CHAVES DE OLIVEIRA

IDADE

31

SEXO

M

COR

B

P

A

PESO

ALTURA

CLINICA

LEITO

MÃE

DADOS CLÍNICOS:

EXAMES SOLICITADOS:

- Rx do tornozelo D AP (perfil (SI 6250))

DATA:

10/08/18

ASSINATURA E CARIMBO

CREMEC: 10102
Grupo de Traumatologia
Dr. Max Wendell B. Lopes

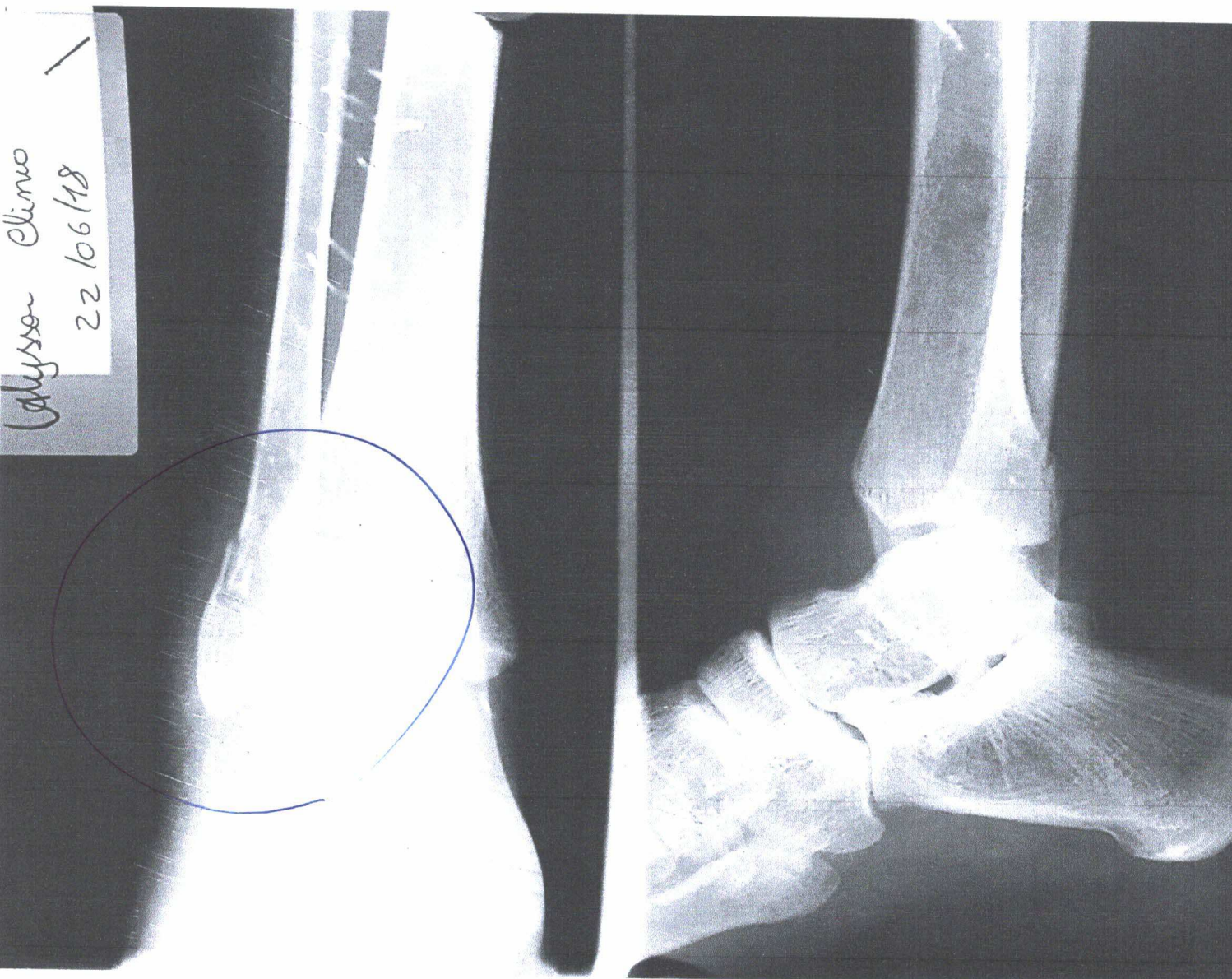
LIRIA CORRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018

Voltar em: 06/07/18 às 07:00h (2 sor) horas
 Voltar em: 10/08/18 às 07:00h (6 sor) horas
 Voltar em: 24/08/18 às 7h (8 sor) horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas
 Voltar em: _____ às _____ horas

 DIRETORA DE SEG. LTDA.

04 SET. 2018



LIRIA CORRETORA DE SEC. LTDA.

04 SET. 2018

S: _____

SINISTRO 3180408821 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO** RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA**CORRETORA** DE SEGUROS LTDA - ME**BENEFICIÁRIO** ALYSSON CLINIO RODRIGUES DE ALMEIDA BARBOSA**CPF/CNPJ:** 01262814324**Posição em 02-04-2020 16:07:49**

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

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
26/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75