



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA FAZER B.O. DE

XÉROX DO PROTOJUTUÁRIO DO PRIMEIRO ATENDIMENTO - ✓

LOCAL DO ACIDENTE

XÉROX DO VEÍCULO - (O PROPRIETÁRIO TEM QUE
ESTAR PRESENTE COM A CÓPIA DA CNH E DOCUMENTO
DO VEÍCULO) ✓

XÉROX DA CNH ✓

XÉROX DA DECLARAÇÃO DO SAMU - (SE FOR
SOCORRIDO PELO SAMU) ✓

XÉROX DO ENDEREÇO ONDE MORA X

DE QUEM SOCORREU NA HORA DO ACIDENTE - (A
PESSOA QUE SOCORREU DEVE ESTAR PRESENTE) 275

EM CASO DE ATROPELAMENTO, A VÍTIMA TEM QUE
FAZER DUAS TESTEMUNHAS - (TRAZER O "RG" E AS
TESTEMUNHAS DEVEM ESTAR PRESENTES)



(c_administrativo.php)

Pacientes ▾ Envio de imagens (c_busca_paciente_especial_ajax_enviodireto.php)

Mapa de cirurgia (c_busca_mapa.php)

Organização ▾

Educação ▾

Comunicados ▾

Recentes ▾

Dados

Evolução

Imagens

Sessão

Organizador

Questionário

Marcar Cirurgia

Marcar cirurgia

Hospital:

Inst Dr José Frota

Data da cirurgia:

06/01/2020

Data provável da alta:

06/01/2020

Hora:

07:30

Nome:

JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Leito:

Prontuário:

Salvar

Dr. Gustavo Henrique Silva Borges
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CREMEC 111111

Sala Ped.
Re. Fiver
Assuta Buds
neu en
TRIZ
RX

0

Tempo de sala:

0

h

Status da cirurgia:

MARCADA ▼

Status do paciente:

AGUARDA CIRURGIA - MAR ▼

Procedimentos:

[Editar/Adicionar/Incluir procedimentos \(procedimentos.php?idPaciente=4051&idCirurgia=4241\)](#)

04.08.06.0352 - RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-OSSEO

Ordem da cirurgia:

1

(Ordem numérica da cirurgia)

Material para cirurgia:

KIT BÁSICO + ALICATE DE PRESSÃO

ALICATE DE PRESSAO E CHAVE DE BOCA 10

ANCORAS

CURETAS

CX BASICA TO PARA MMII

CX BASICA TO PARA MMSS

CX DHS

CX DHS COM PLACAS LONGAS

CX GRANDES FRAG

CX ILIZAROV

CX PARAFUSOS CANULADOS 3.5 MM

CX PARAFUSOS CANULADOS 4.5 MM

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** JOSE RONIS DA SILVA LIMA**Idade:** 22 ano(s) 0 mes(es) e 21 dia(s)**Sexo:** Masculino**Pront.:** 5527515**Endereço:** JOSE ALVES MAGALHAES, Nº: S/N**Bairro:** BAIXA GRANDE**Num:** S/N**CEP:** 61700000**UF:** CEARÁ**Cidade:** AQUIRAZ**Localização****Clinica:** PEQUENA CIRURGIA **Enfermaria:** TRASIÇÃO PCE**Leito:** 02**Internação** 06/01/2020

07:45

Alta: * Não Informado *

* Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

PACIENTE SUBMETIDO A RETIRADA DE DOIS FIOS DE K INTRAMEDULAR DO ANTEBRAÇO DIREITO SEM INTERCORRENCIAS.

CD: ALTA HOSPITALAR APOS RA

AGENDAR RETORNO COM 14 DIAS

Exames Realizados

VIDE PRONTUARIO

Terapêutica Utilizada

PACIENTE SUBMETIDO A RETIRADA DE DOIS FIOS DE K INTRAMEDULAR DO ANTEBRAÇO DIREITO SEM INTERCORRENCIAS.

CD: ALTA HOSPITALAR APOS RA

AGENDAR RETORNO COM 14 DIAS

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S52 - FRATURA DO ANTEBRACO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S52	FRATURA DO ANTEBRACO

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 06/01/2020

Observações Complementares

* Não Informado *

Responsável

Médico: DIEGO FREITAS FÉLIX

Data: 06/01/2020

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA MAIA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE HOSPITAL - IJF - LEITO 1210 - DEVIDO FRATURA DE TIBIA BILATERAL E COTOVELO DIREITO.

NO MOMENTO, INTERNADO AGUARDANDO CIRURGIA, AINDA SEM PREVISAO DE DATA. DEVE MANTER-SE INTERNADO PARA TRATAMENTO.

CID-10: S82

Dr. Yan Dias Facanha
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16.540

FORTALEZA, 15/2/2019

14:30 às 16h.

Vando / Ronis
g. 84334458

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 17/01/2019 23:34:04	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 703001879378271	NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA				Registro: 5527515		
CPF: 07450193310	RG: 20082121413	D. NASC: 18/12/1997	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA			NOME DO PAI: JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA				
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE ALVES MAGALHAES		Nº: S/N	BAIRRO: BAIXA GRANDE			
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 987252177	MUNICÍPIO: AQUIRAZ	UF: CE	CEP: 61700000			
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: MARIA DAS GRACAS MARREIRO QUEIROZ		PARENTESCO: TIA			TELEFONE: 98758.7427		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		CÓDIGO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MMII+ MSD							
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/CHOQUE							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO					
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:					

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE(S):

JOSE RONIS DA SILVA LIMA, brasileiro, solteiro,
 COMEÇIÁRIO, CÉDULA DE IDENTIDADE 20082121413
 598CE e CPF 074.501.933-10, EMAIL: NILAN BORGES
 @GMAIL.COM, RESIDENTE E DOMICILIADO À RUA BAIXA
 GRANDE SN PONTO DAS DUNAS CEP 61.700-000,
 AQUINAZ/CE x _____ x _____ a

OUTORGADO(S): GUSTAVO HENRIQUE SILVA BORGES, brasileiro,
 casado, Advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil - Seção Ceará
 sob o N.º 18.590 com escritório situado a Rua Tavares Inacema nº 163, Rodolfo
 Teófilo, _____ nesta _____ Capital,
 Fone/Fax: (85) 3214.25.72, email: gustavobadv@hotmail.com.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração o(s)
 Outorgante(s) acima qualificado(s) constitui(em) e nomeia(m) seu(s)
 procurador(es) o(s) Outorgado(s) acima qualificado(s), a quem concede(m)
 Procuração Geral para o Foro, com poderes de cláusula *Ad Judicia e Extra*, para
 representação e defesa judiciais e extra judiciais, podendo, agir em conjunto ou
 separadamente, consignando-se, ainda, a faculdade de substabelecer os poderes
 desta, com reservas deles ou sem ela, podendo ainda, confessar, reconhecer a
 procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda
 a ação, receber alvará ou RPV ou Precatório ou qualquer outra forma de
 pagamento e dar quitação e firmar compromissos.

Fortaleza(CE), 10 de MARÇO de 2020.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins, que sou pessoa muito pobre na forma da Lei, e que não posso em detrimento de meu próprio sustento, pagar custas processuais nem honorários advocatícios, tudo nos termos do artigo 98 e seguintes da Lei 13.105/2015 (Código de Processo Civil)

Por esta declaração assumo inteira responsabilidade.

Fortaleza(Ce), 10 de MARÇO de 2020.



DO CLIENTE
1671047

Para agilizarmos seu atendimento, utilize o e-mail sempre que entrar em contato conosco.

A tarifa Social da Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Pedro Velho, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07.047.278/0001-70 | CGC 06.108.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 575148247

Rota 15 20004 58 152600 - 5 Data de Emissão 21/05/2019

Nome ROZENIRA RABELO DA SILVA

End. Postal RU BAIXA GRANDE 00000
PORTO DAS DUNAS - AQUIRAZ - 61700000

F. J. 7665103 Poste 0000 0000

Grupo B1 - 01-RESIDENCIAL 07-B3 RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 509769743-04 CGF

Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência: 04/2019 Data da Apresentação: 21/05/2019 Previsão Próxima Leitura: 21/06/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Comp. Mês: 04/2019 DÍGITO: 0.00 2

ICMS
Base de Cálculo (R\$) 114,33 Alíquota 27,00% Valor do Imposto 30,86

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
Emitido em 21/05/2019 por 0004.0003.0000

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Ret.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
31495	31035	1.000	150	0,00	0,00	0,28154	42,23
						0,14610	21,92
						0,07259	10,89
31495	31035	1.000	150				74,88

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MÊS	74,88
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	10,65
MULTA MORATORIA REF 02/2019	1,29
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL	22,81
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,77
INDENTIZAÇÃO TRIMESTRAL DIC	-0,50
ADICIONAL RANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,06)	

VENCIMENTO 01/07/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 110,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Descrição	Valor (R\$)
Energia	42,23
Transmissão	21,92
Distribuição	10,89
Encargos Setoriais	1,29
Tributos (TOM PIS-COFINS)	35,97
TOTAL	110,90

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
146	153	44,1
145	141	39,7
144	143	40,3
143	139	39,1
142	161	45,3
141	138	38,8
140	160	45,0
139	135	38,1
138	129	36,3
137	133	37,5

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emissão kg CO ₂	Compensado kg CO ₂	Consciência Ecológica (% CO ₂)
59,73	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES PARA O VENCIMENTO

Para cancelar sua conta em débito automático utilize seu número do cliente sem o dígito verificador.

Cuide os vizinhos e anise a água no combate ao mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya. Ministério da Saúde, Gov. Federal.

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 5,11 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS 0,65% e COFINS 0,67%.

INFORMAÇÕES: A tarifa foi atualizada em 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA de 04/19 a 04/20.

Informações e a tarifa foi atualizada em 22/04/2019 a 21/04/2020. Bandeira AMARELA de 04/19 a 04/20.

www.enel.com.br

Loterias CAIXA

ÁREA ECONOMICA FEDERAL

OUTRA: sorteios de Segunda-feira a sábado, às 18h.

184-809133905-2

03/06/2019

HORA DE: 13:47:20

01, 05, 08, 77, 89 - 9

LOCALIDADE: FORTALEZA

AG. VINCULADA: 4254

COMPROVANTE DE PAGAMENTO

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ

VALOR DO PAGAMENTO: 110,90

638.400000014 109000010000

000107104785 053730212084

184-809133905-2

19 VIA

Loterias CAIXA

Nº do Cliente:

1671047

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Veloso, 190
CEP 60030-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07041291/0001-70 | CGF 06.106.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº: **027466455**

Rota: AQ435R56 - 152600
Nome: ROZENIRA RABELO DA SILVA
Endereço: RU BAIXA GRANDE, 000000, PORTO DAS DUNAS,
Classificação: 01700-000, AQUINAZ
Modalidade Tarifária: Rec.Ld. Baixa Renda
Ligação: B1 RESIDENCIAL
Emissão: 21/10/2019
Medidor: 1784547-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO
FISC. 5960.0010.6494.003.7110.871E.02E

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA
Anterior: 19/09/2019
Atual: 21/10/2019
Próxima prevista: 21/11/2019

DADOS DA MEDIÇÃO

Ponto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Conet.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Ant. (kWh)	Consumo Fct. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF	32.233	32.284	1.40	140	80	140	0,44299	61,90

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILUM.PUB.PREF.MUNIC	12,53
COFINS COMPL BX RENDA	0,04
ICMS COMPL BX RENDA	10,28
PIS COMPL BX RENDA	0,02
JUROS MORATORIOS	0,13
CONSUMO SEM SUBVENÇÃO	38,11
DESCONTO BAIXA RENDA	-38,11
CONSUMO DE 000 KWH ATE 030 KWH	0,24200
CONSUMO DE 030 KWH ATE 100 KWH	0,41543
CONSUMO DE 100 KWH ATE 220 KWH	0,62367
ADICIONAL BAND. AMARELA	1,28
ADICIONAL BAND. VERMELHA	1,80

Tributo: Base (R\$): Aliquota (%): Valor (R\$):

ICMS	108,09	27,00	29,18
PIS	108,09	0,03	0,04
COFINS	108,09	0,14	0,14

Vencimento: 28/11/2019 **TOTAL A PAGAR (R\$):** 92,98

CONSUMO CONSCIENTE **CPF/CNPJ:** 500.769.743-04

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh) Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido kg CO₂ | Compensado kg CO₂ | Consciência Ecológica (kg CO₂) 0 100

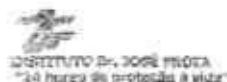
INFORMAÇÕES AO CUB/IT

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 20/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 21/10

O vencimento de sua conta foi regularizado e não será possível prazo maior que 30 dias. Por isso, duas contas tiveram vencimento no mesmo mês. Caso deseje, temos uma condição especial para parcelar sem juros e multas em nossas lojas de atendimento.

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE		1ª Via - FARMÁCIA	2ª Via - PACIENTE
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			
Paciente: <i>Jose Raimundo de Sales Lima</i>			
Endereço: <i>R. José Alves M. F. Guedes, Aguiar 6</i>			
Prescrição: <i>Amoxicilina + claudonato 1500 + 125g - 4 caps.</i> <i>tomar 2 cap de 8/8h por 14 dias</i>			
Data: <i>02/12/19</i>		Carimbo e Assinatura do Médico	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR	
Nome:		Data: <i>1/1</i>	
No Ident.: UF:		Fornecedor:	
Endereço:			
No: Bairro:			
Cidade: UF:			
CEP: Tel.:		Carimbo e Assinatura	



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ENTENTE 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		1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE
Paciente: <i>José Renato da Silva</i>		
Endereço: <i>R Senador Pompeu 1757</i>		
Prescrição: <i>① Ciprofloxacino 500mg — 30cp</i> <i>01cp, 12/12h, 15 dias</i>		
Data: <i>5, 11, 19</i>		Dr. Yan Dias Médico Residente Ortopedia Traumatologia CREMEC 18.510 Carimbo e Assinatura do Médico
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR
Nome:		Data: <i>1 / 1</i> Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.: UF:		
Endereço:		
Nº: Bairro:		
Cidade: UF:		
CEP:	Tel:	

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>José Rômulo da Silva Lima</u>		
Endereço: <u>Rua Barão do Rio Branco 1816</u>		
Prescrição:		
<u>R</u> <u>uso oral</u> <u>Ciprofloxacino 500 mg</u> <u>30cps</u> <u>Tomar os 4 de 12/12h por 15 dias</u>		
Data: <u>01/10/17</u>		Carimbo e Assinatura do Médico
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR		FORNECEDOR
Nome:		Data: <u> / /</u> Fornecedor: Carimbo e Assinatura
Nº Ident.:	UF:	
Endereço:		
Nº:	Bairro:	
Cidade:	UF:	
CEP:	Tel.:	

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA

Prontuário: 5527515

USO INTERNO

1 - CIPROFLOXACINO 500 MG 28 CP

TOMAR 01 COMP. VIA ORAL, 12/12 HORAS POR 14 DIAS

Data: 07/01/2020

JUVENCIO OLIVEIRA ARAUJO DE CASTRO

Dra. Amanda Progenio dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CRM: REC 20203

7319CRM

16/01/2020

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

© 2000 Blackwell Science Ltd *Journal of Internal Medicine* 247: 395–401

FARMACIAS FTBCEARA COMERCIO DE PRODUTOS FARMACEUTICOS
LTDAR DR. PERGENTINO MAIA, 00280
MESSEJANA - FORTALEZA - 80840-045
CNPJ: 17281340001455 IE: 065087518

EXTRATO N° 001080 do CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

DEFACIPI-Consumidor CONSUMIDOR NÃO
IDENTIFICADO

RUA RICHARDSON, 111 - VILA TRÊS ESTRELAS - FORTALEZA - CE

001 CIPROFLOXACINO 500MG 14CPR
001 3094 1 CX X 34,07 (3,32) 34,07
desconto sobre item -25,08
8,99002 CIPROFLOXACINO 500MG 14CPR
002 3094 1 CX X 34,07 (3,32) 34,07
desconto sobre item -25,08
8,99Total Bruto de Itens 68,14
Total desconto -50,16**TOTAL R\$ 17,98**Dinheiro 20,00
Troco R\$ 2,02OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE
MDS: 8b89f0f5eada871b4336c8c0b0eb956
Trib aprox R\$ Fed 2,42 Imp 4,22
Fonte: IBPT
Operador/Vendedor: 23871 / 3367Efetuamos troca somente com Cupom Fiscal!!
Valor aproximado dos Tributos deste Cupom
(Conforme Lei Fed. 12.741/2012) 6,64

* Valor Aproximado dos Tributos dos Itens

SAT N° 230.127.478

15/01/2020 - 11:01:37

2320 0114-0013 4000 1455 5923 0127 4780 0100 0163 0396

Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota"
Disponível na AppStore (Apple) e PlayStore (Android)

Fluor - 0001 - www.fluor.com.br

FARMACIA EXATASANTOS SILVA & LIMA COMERCIO DE PRODUTOS
FARMACEUTICOS LTDA

RUA COSTA MACHADO, 00196

Telefone: (85) 3200-1902

CNPJ: 204528490001-03 IE: 000 084 810 720 IM

EXTRATO N° 3322 do CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

COD DESC QTD UN VL UN R\$ (VL TR R\$) VL ITEM R\$
001 3884 CIPROFLOXACINO 500MG CX 2 40,00
(R\$ X 20,00 (5,38))**VALOR TOTAL R\$ 40,00**

Dinheiro 50,00

Troco R\$ 10,00

Vendedor: 38 - THAIS

Nim Control: 249160

Valor aproximado dos tributos deste cupom R\$ 5,38

(Conforme Lei Fed. 12.741/2012)

2319 1120 4528 4800 0103 5923 0114 3884 3322 2088 0804

No. Serie do SAT:
23010068
05/11/2019 - 15:38:45

* Valor aprox. dos tributos dos Itens

FARMACIA EXATA
SANTOS SILVA & LIMA COMERCIO DE PRODUTOS
FARMACEUTICOS LTDA
RUA COSTA MACHADO, 00186
Telefone: (85) 3260-1902
CNPJ 20.452.849/0001-03 IE 000 084.810.720 IM

EXTRATO No. 47913 DO CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UN R\$	(VL TR R\$)	VL ITEM R\$
001	9884	CIPROFLOXACINO 500MG CX	1	UN	X 20.00 (0.89)		20.00
002	23539	COMP DE GAZE EST C/10UN	5	UN	X 1.00 (0.21)		5.00
003	26310	ATADURA CREPOM 10CMX1.2M	2	UN	X 1.20 (0.10)		2.40
004	18222	ESPARADRAPO 2.5 X 4.5	1	UN	X 7.00 (0.29)		7.00

VALOR TOTAL R\$

Dinheiro 34,40
Troco R\$ 100,00
65,60

Vendedor: 41 - NONATO

Num. Controle: 283959

Valor aproximado dos tributos deste cupom R\$

(Conforme Lei Fed. 12.741/2012)

3,29

2320 0120 4528 4900 0103 5823 0110 0660 4751 3272 3227



No. Serie do SAT:
230110066
07/01/2020 - 16:05:09

*valor aprox. dos tributos do item

FARMACIA EXATA
SANTOS SILVA & LIMA COMERCIO DE PRODUTOS
FARMACEUTICOS LTDA
RUA COSTA MACHADO, 00186
Telefone: (85) 3260-1902
CNPJ 20.452.849/0001-03 IE 000 084.810.720 IM

EXTRATO No. 48116 DO CUPOM FISCAL ELETRONICO - SAT

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UN R\$	(VL TR R\$)	VL ITEM R\$
001	23539	COMP DE GAZE EST C/10UN	5	UN	X 1.00 (0.21)		5.00
002	27207	ATAD NEVE 10CM	2	UN	X 2.00 (0.17)		4.00
003	10022	NEOVLAR CX 21 DRG	1	UN	X 7.06 (0.85)		7.06
		Desconto					-0.71
		Valor Líquido					6.25

Subtotal R\$

Desconto R\$

VALOR TOTAL R\$

Dinheiro 16,06
Troco R\$ 20,00
4,65

DADOS PARA ENTREGA

Destinatário: BEATRIZ PX AO LAVA JATO JR 84334458

Endereço: RUA JOSE ALVES MAGALHOES, SN, BAIXA GRANDE, EUSEBIO/CE

Vendedor: 36 - THAIS

Num. Controle: 282507

Valor aproximado dos tributos deste cupom R\$

(Conforme Lei Fed. 12.741/2012)

1,23

2320 0120 4528 4900 0103 5823 0110 0660 4811 5287 7629



No. Serie do SAT:
230110066
01/01/2020 - 11:00:37

*valor aprox. dos tributos do item

FARMACIA CASA DO REMEDIO

ESTAB. LUIZ PEREZ DE FREITAS ME
R. EUSEBIO LUIZ DE CARVALHO 1843/9 - JUA 51
CELS. 1111 EUSEBIO - 81760-900
RJ 0456 1648500112 IP 000063362330

Cupom N° 22130
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

OP. 10 - CUPOM DE CONFIRMAÇÃO DE
PAGAMENTO

VALOR TOTAL - R\$ 11,76
VALOR TOTAL - R\$ 11,76

946079 DIRETOR 000000 Cr 10

VALOR TOTAL - R\$ 11,76
VALOR TOTAL - R\$ 11,76

AL R\$ 11,76

VALOR TOTAL - R\$ 11,76

VALOR TOTAL - R\$ 11,76

IMPORTE TOTAL - R\$ 11,76

ESTAB. LUIZ PEREZ DE FREITAS ME

Valor total - R\$ 11,76

Valor total - R\$ 11,76

Valor total - R\$ 11,76

Valor total - R\$ 11,76

Valor total - R\$ 11,76

Valor total - R\$ 11,76

Valor total - R\$ 11,76

Valor total - R\$ 11,76

Valor total - R\$ 11,76



[illegible]

MARIA DO SOCORRO POMPEU RIBEIRO - ME
R DR. PERGENTINO MAIA 00375 - BOX 63
MESSEJANA - FORTALEZA - 60840-045
CNPJ 09545511000163 IE 000063622416

Extrato N°: 25085
CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

CPF/CNPJ Consumidor: CONSUMIDOR NÃO IDENTIFICADO

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UN R\$	VL TR R\$	VL ITEM R\$
001	00006738	ATAD CREP	1	UN	X 3,200 (0.43)	3.20	
		Desconto				-0.04	
		Valor Líquido				3.16	
002	00006747	COMP DE G 3 PG	X 1.990 (0.80)		5.97		
		Desconto			-0.06		
		Valor Líquido			5.91		
003	00002355	DIPIRONA 1 CAR	X 4.990 (0.67)		4.99		
		Desconto			-0.06		
		Valor Líquido			4.93		
		Subtotal			14.16		
		Descontos			0.16		

TOTAL R\$ 14,00

Dinheiro 20,00

Troco R\$ 6,00

ICMS a ser recolhido conforme LC 123/2006 - Simples

OBSERVAÇÕES DO CONTRIBUINTE

CX 02 TU 01 OP 0001 VD 0004

VOCE ECONOMIZOU R\$ 0.16

OBRIGADO E VOLTE SEMPRE

TELE-ENTREGA: 474-2507

Valor aproximado dos Tributos deste Cupom 1,90

(Conforme Lei Fed. 12.741/2012)

* Valor Aproximado dos Tributos dos Itens

SAT N° 230047900

14/11/2019 09:58:27

2319 1109 5455 1100 0163 5623 0047 8000 2508 5830 4498



Consulte o QR Code pelo aplicativo "De olho na nota", disponível na AppStore (Apple) e PlayStore (Android).

Assinatura: Via Código Seguro - www.nfe.gov.br/codigo-seguro

FARMACIA EXATA
SANTOS SILVA & LIMA COMÉRCIO DE PRODUTOS FARMACÊUTICOS LTDA
RUA COSTA MACHADO, 00186
Telefone: (85) 3260-1892
CNPJ 20.452.849/0001-03 IE 000.064.810.720-IM

EXTRATO N° 3053 DO CUPOM FISCAL ELETRÔNICO - SAT

#	COD	DESC	QTD	UN	VL UN R\$	VL TR R\$	VL ITEM R\$
001	391	ALBENDAZOL 400MG	CX 3CP	1	UN	19.02	
		X 19.02 (1.79)					
		Desconto				-5.71	
		Valor Líquido				13.31	
002	33258	SECNIDAZOL 1000MG	CX 62CP	1	UN	9.00	
		UN X 9.00 (1.21)					
003	73539	COMP DE GAZE EST	CX 10UN	5	UN	5.00	
		UN X 1.00 (0.21)					
004	33189	VITAXON C TC FERV	2 UN	X	11.98		
		5.99 (1.30)					
		Desconto			-2.28		
		Valor Líquido			9.70		

Subtotal R\$ 43.00

Desconto R\$ -8.00

VALOR TOTAL R\$ 37,00

Dinheiro 37,00

DADOS PARA ENTREGA

Destinatário: ROSENIRA PX MERC DO NELITO E MOESIA

Endereço: JOSE ALVES MAGALHAES N. BAIXA GRANDE

87252177 EUSEBIOICE

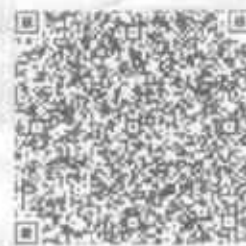
Vendedor: 32 JAILA CRISTINA

Núm. Controle: 247106

Valor aproximado dos tributos deste cupom R\$ 4.51

(Conforme Lei Fed. 12.741/2012)

2319 1020 4528 4800 0103 5673 0110 0660 3125 3127 1800



No. Série do SAT:
230110006
28/10/2019 - 09:00:58

Valor aprox. dos tributos do item



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 297 - 1674 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 15/07/2019 10:31:42
Data / Hora da Ocorrência: 17/01/2019 22:42:00
Endereço da Ocorrência: RUA ALUISIO DE CASTRO
Complemento:
Bairro: TAPUIU Município: AQUIRAZ/CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA
Nascimento: 16/12/1997 CPF:
RG: 20082121413 Órgão Emissor: SSP/OS UF:
Filiação: ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA
JOSÉ AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA
Endereço: RUA JOSÉ ALTO MAGALHÃES
Bairro:
Município: FORTALEZA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone: 8725-2177

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA E HORARIO ACIMA MENCIONADO FOI VITIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO ONDE O DECLARANTE VINHA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA CG 125 ANO 2008 MODELO 2008 COR PRETA DE PLACA HYP 3343 PERTENCENTE AO PRÓPRIO CONDUTOR, SENTIDO AREA VERDE PARA TAPUIU QUANDO AO CHEGAR PROXIMO A PIZZARIA MICA E MARCIA UM VEICULO CITROEN C3 VINDO EM DIREÇÃO CONTRARIA COLIDIU FRONTALMENTE COM A MOTOCICLETA DO DECLARANTE QUE FICOU PRESO AO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE, O DECLARANTE NARRA QUE O CONDUTOR DO VEICULO CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL DO ACIDENTE, O DECLARANTE AFIRMA QUE SOFREU VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO ALÉM DE FRATURA NO COTOVELO DIREITO, JOELHO DIREITO, PERNA DIREITA, QUE FOI SOCORRIDO PELO SAMU E ENCAMINHADO AO IJF CENTRO, QUE TEM COMO TESTEMUNHAS DE SEU ACIDENTE AS PESSOAS DE NOME MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ E MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA L

DELEGACIA DESTINOU: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

FRANCISCO EUDES MUNIZ - MAT.: 106253-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO AURELIO QUINTAS FERNANDES - MAT.: 301224-7-9



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

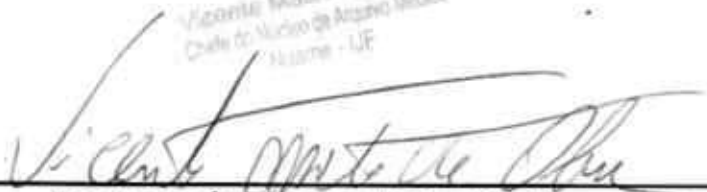
Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente: **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA**, Documento Identidade Nº**2008212141.3**, Prontuário Médico Nº**5527515** encontra-se internado neste Hospital desde: **17/01/2019** leito 1210 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 26 de FEVEREIRO de 2019.

Vizante Matos de Azeite
Chefe do Núcleo de Apoio Médico
Fortaleza - UF



Responsável pela informação.

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000

COMPROVANTE DE VENDA

Posto de Medicamento Mais Vida
CNPJ: 28.093.614/0001-84
Telefone: (85) 9865-57613

José Alves Magalhães, 02 - Baixa Grande -
AQUIRAZ/CE - CEP: 61.700-000

VENDA 1233

CLIENTE: ROSA - ZÉ MILTON
Telefone: (85) 98725-2177

VENDEDOR: Daiane Silva Ribeiro

CODIGO	DESC	QTD	VL UNIT	VL TOTAL
130120	XARELTO	5x	R\$ 320,00	R\$ 1.600,00
20	10MG			
789871	DIPIRONA	4x	R\$ 16,70	R\$ 66,80
420755	MONOIDRATA			
1	DA 1G C/ 10CPS			

Valor bruto	R\$ 1.666,80
Desconto na venda	R\$ 145,00
Desconto nos itens	R\$ 0,00
LÍQUIDO TOTAL	R\$ 1.521,80

FORMA DE PAGAMENTO

TIPO DE PAGAMENTO	VENCIMENTO	VALOR
Dinheiro	13/01/2020	R\$ 1.521,80

TROCO: R\$ 0,00

Volte sempre!
13/01/2020 - 15:04:03

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL	
IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
1ª VIA FARMÁCIA 2ª VIA PACIENTE	
Nome: _____	
CRM: _____	UF: _____
Endereço: _____	
Cidade: _____	UF: _____
Paciente: JOSE RONIS DA SILVA LIMA	
Endereço: _____	
Prescrição:	
1) XARELTO(10MG) _____ 01CX TOMAR 01 CP/DIA POR 21 DIAS. 2) DOVALGINA(1G) _____ 01CX TOMAR 01 CP DE 6/6H SE DOR.	
Assinatura e Carimbo: _____ - Data: 24-06-2019	
IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR
Nome: _____	
Ident: _____ Org. Emissor: _____	
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO DATA: _____	



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA MAIA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE HOSPITAL - IJF - LEITO 1210 - DEVIDO FRATURA DE TIBIA BILATERAL E COTOVELO DIREITO.

NO MOMENTO, INTERNADO AGUARDANDO CIRURGIA, AINDA SEM PREVISAO DE DATA. DEVE MANTER-SE INTERNADO PARA TRATAMENTO.

CID-10: S82

Dr. Yan Dias Facanha
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16.540

FORTALEZA, 15/2/2019

Atestado Médico

Atesto para fins de comprovação junto ao trabalho, que os dados abaixo são a verdade e servem de informação sobre as condições e razões da internação neste Hospital em relação ao Serviço de Traumatologia-Ortopedia.

NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

LEITO:

DATA DE 17/01/2019

INTERNACAO:

DATA DA ALTA: 24/06/2019

BE/PRONT: 5527515

CIDADE DE FORTALEZA

ORIGEM:

IDADE: 21

DIAGNOSTICOS: Fratura da diáfise do fêmur (OPERADA) + Fratura da diáfise da tibia (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + Luxação do joelho (OPERADA)

CONDUTA PACIENTE 21A VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA
DECIDIDA EXPOSTA FEMUR ESQ., TIBIA BILATERAL. CIRURGIA DE OLECRANO
PARA CADA D. C/ DR TADEU 22/03/19. 03/05/19 ARTRODESE DE JOELHO
LESÃO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO POR DR. JUVENCIO, 21/06
COLOCAÇÃO DE PLACA EM TIBIA POR DR. VALMIR. CD: TOMAR
MEDICACAO PRESCRITA, NAO PISAR, RETORNO COM 15 DIAS P/ AMBULATORIO DO DR. VALMIR E DR. TADEU E JUVENCIO CONFORME MARCADOES PREVIAS, TROCA REGULAR DE CURATIVO.

STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:

STAFF DO 301

LEITO:

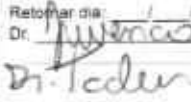
RESIDENTE RESIDENTE
DO LEITO INDEFINIDO

Ass: 	Retornar dia: <u>24/06/19</u> Hora: <u>10h</u> para <u>Dr. Tadeu</u>
Data: <u>24/06/19</u>	Dispensa do trabalho por: <u>120 dias</u>

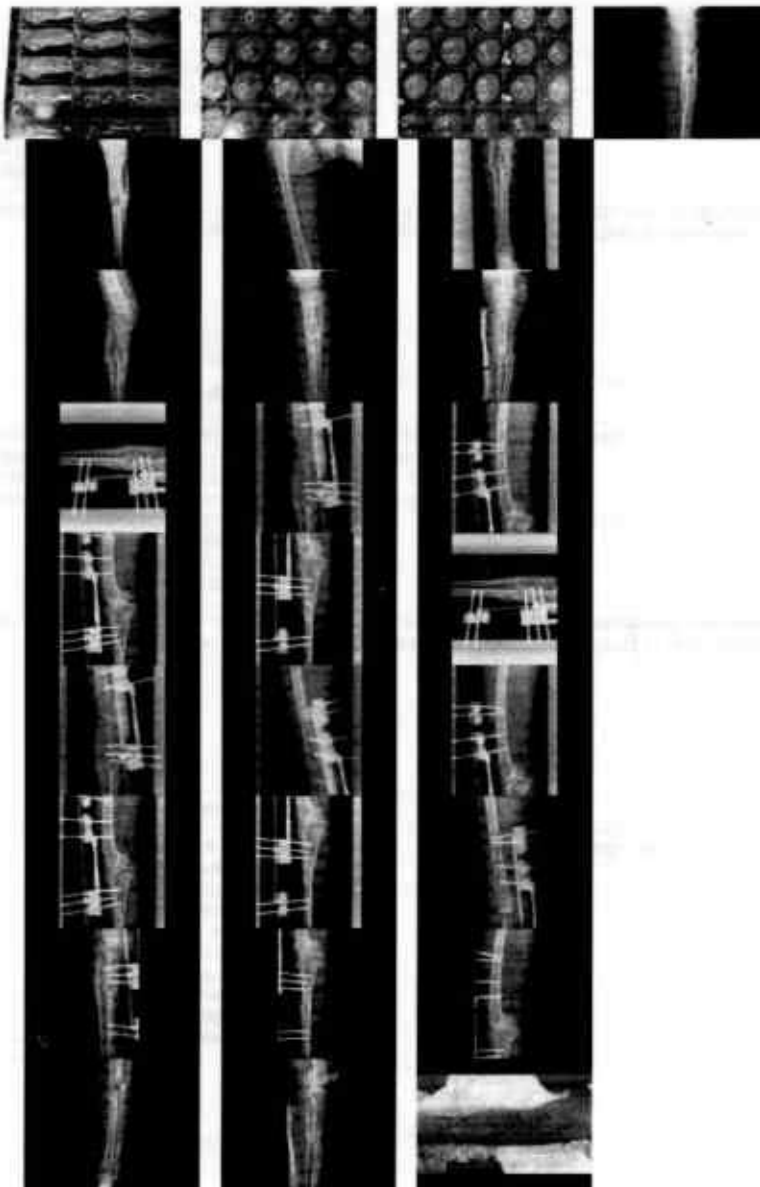
HG Residencia - Projeto Gestão de Serviços e Residências Médicas

FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (OPERADA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (OPERADA)
 07.02.03.0945 - PLACA DE SUPORTE DE PLATEAU TIBIAL 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por GUSTAVO HENRIQUE SILVA BORGES e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/03/2020 às 16:32, sob o número 005031587202080600034. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0050315-87.2020.8.06.0034 e código 624DA4E.

Ass.: 	Retornar dia: _____	Horas: _____ para _____
Data: 24/04/16	Dr. 	Dr. Valmir

NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA
LEITO:
DATA DE INTERNACAO: 17/01/2019
DATA DA ALTA: 24/06/2019
SE/PRONT: 5527915
CIDADE DE ORIGEM: FORTALEZA
IDADE: 21
DIAGNOSTICOS: Fratura da diáfise do fêmur (OPERADA) + Fratura da diáfise da tibia (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + Luxação do joelho (OPERADA)
CONDUTA DECIDIDA PARA CADA LESAO: PACIENTE 21A VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA FEMUR ESQ., TIBIA BILATERAL. CIRURGIA DE OLECRANO D. CI DR TADEU 22/03/19, 03/06/19 ARTRODIESE DE JOELHO ESQUERDO COM FIXADOR EXTERNO POR DR. JUVENCIO, 21/06 COLOCACAO DE PLACA EM TIBIA POR DR. VALMIR. CD: TOMAR MEDICACAO PRESCRITA, NAO PISAR, RETORNO COM 15 DIAS P: AMBULATORIO DO DR. VALMIR E DR. TADEU E JUVENCIO CONFORME MARCACOES PREVIAS, TROCA REGULAR DE CURATIVO.
STAFF QUE OPEROU NA EMERGENCIA:
STAFF DO LEITO: 301
RESIDENTE DO LEITO: RESIDENTE INDEFINIDO



Dias Int.	#	Hora	Leito	Staff	Residentes	Material	Observação	Status da marcaç
MAPA DO DIA 07/02/2019 - Quinta-Feira								
159	1	07:30	1210	YURY FARIAS		PLACA BLOQ PARA FEMUR DISTAL + PLACA BLOQ PARA TIBIA PROXIMAL + HASTE DE TIBIA + CX DE GRANDES FRAG 4.5 + CX DE REDUÇÃO DE JOELHO E BACIA + PAR CANULADO 4.0 E 7.0 + CX MMII + KIT BASICO + TREPANO		CANCELADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
MAPA DO DIA 12/03/2019 - Terça-Feira								
159	1	07:30	1210	DR.MANOEL AUGUSTO		CX PEQUENOS FRAGMENTOS BLOQUEADOS + FIO K 2.0 E 2.5+ ARCIFLEX + FIO DE CERCLAGEMCX PEQUENOS FRAG + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + TREPANO PNEUMATICO MACON	FRATURA DE OLECRANO	REALIZADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
MAPA DO DIA 22/03/2019 - Sexta-Feira								
159	1	07:30	1210	CLODDALDO JOSE DUARTE DE SOUZA		KIT PEQUENA CIRURGIA + ALICATE DE PRESSÃO	SALA DE PEQUENOS PROCEDIMENTOS - RETIRADA DE FIO K EM JOELHO D	REALIZADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
MAPA DO DIA 23/05/2019 - Quinta-Feira								
159	1	13:30	1202	YURY FARIAS	PEDRO RAFAEL REIS COELHO	CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS BLOQUEADOS 4.5 (BIOMPLANTES - PLACA TACO DE GOLF 4.5), CAIXA DE HASTE DE TIBIA (B2G), CAIXA DE GRANDES FRAGMENTOS CONVENCIONAIS (TRAUMABONE), OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETA, KI BASICO	MESA RADIOTRANSARENTE+ INTENSIFICADOR DE IMAGENS BE 5527515	CANCELADA
FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA) + LUXAÇÃO DO JOELHO (AGUARDA CIRURGIA DEFINITIVA)								
MAPA DO DIA 21/06/2019 - Sexta-Feira								
159	1	14:00	1202	VALMIR FERNANDES		CX BASICA TO PARA MMII + CX BASICA TO PARA MMSS + CX GRANDES FRAG + INTENSIFICADOR DE IMAGENS + KIT BASICO: CX OSTEOTOMOS, MARTELO, CURETAS E SACABOCADO + PLACA BLOQUEADA PARA TIBIA PROXIMAL/PLANALTO + TREPANO PNEUMATICO MACON		REALIZADA

NOME: JOSÉ RONY DA SILVA LIMA

LEITO: 17-01-0105

DATA DE ADMISSÃO: 14/06/2019

RELAÇÃO: 14/06/2019

ORIGEM DE PORTUGAL

IDADE: 21

DIAGNÓSTICO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

CONDIÇÃO: ACIDENTE EM VITÓRIA DE ACIDENTE DE VITÓRIA COM FRACTURA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

EXPOSTA FRACTURA BOM, FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

CONDIÇÃO: ACIDENTE EM VITÓRIA DE ACIDENTE DE VITÓRIA COM FRACTURA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

EXPOSTA FRACTURA BOM, FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

CONDIÇÃO: ACIDENTE EM VITÓRIA DE ACIDENTE DE VITÓRIA COM FRACTURA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

EXPOSTA FRACTURA BOM, FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

CONDIÇÃO: ACIDENTE EM VITÓRIA DE ACIDENTE DE VITÓRIA COM FRACTURA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

EXPOSTA FRACTURA BOM, FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

CONDIÇÃO: ACIDENTE EM VITÓRIA DE ACIDENTE DE VITÓRIA COM FRACTURA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

EXPOSTA FRACTURA BOM, FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

CONDIÇÃO: ACIDENTE EM VITÓRIA DE ACIDENTE DE VITÓRIA COM FRACTURA

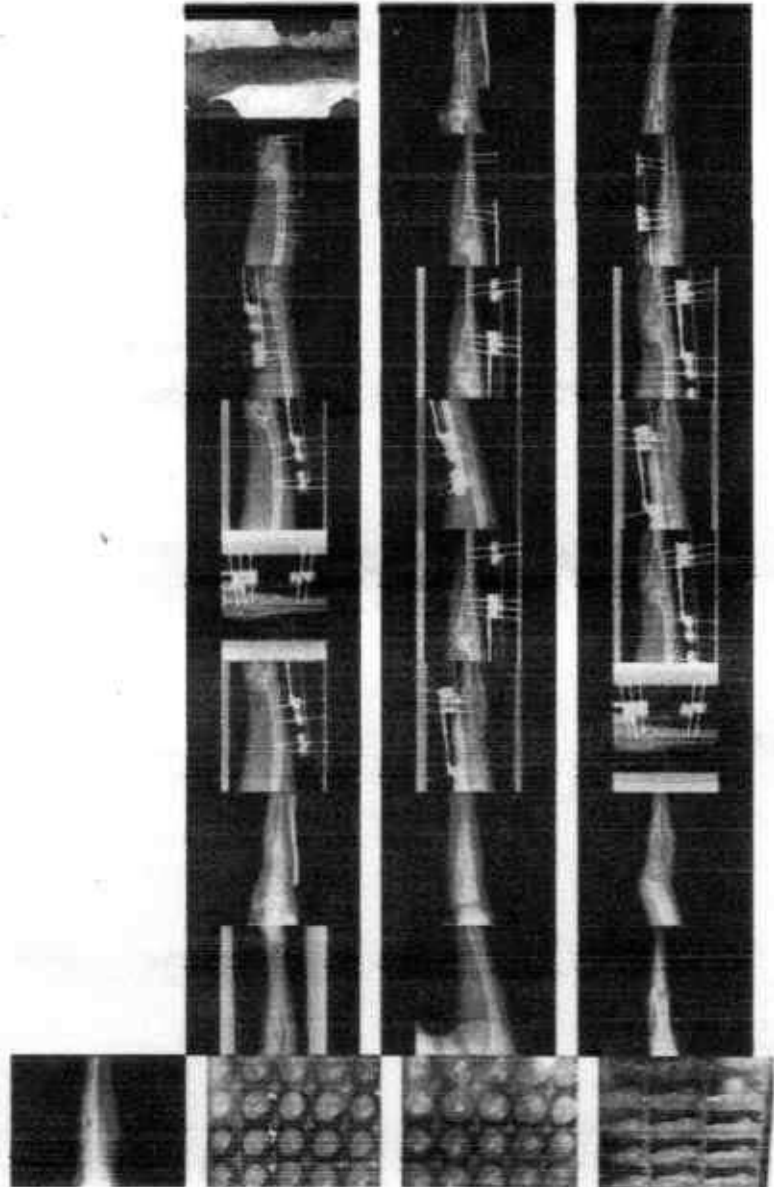
DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

EXPOSTA FRACTURA BOM, FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA

CONDIÇÃO: ACIDENTE EM VITÓRIA DE ACIDENTE DE VITÓRIA COM FRACTURA

DESCRIÇÃO: FRACTURA DE BOM (COSTA) - FRACTURA DE BOM (COSTA) CRITICA



RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105

RESIDENTE DO LEITO: 17-01-0105



DPVAT

É um seguro obrigatório de danos pessoais causados por veículos automotores terrestre, regulamentado pela Lei N° 6.194/74. Este seguro indeniza as vítimas.



Instituto Dr. José Freta
Núcleo de Serviço Social

QUEM TEM DIREITO

NO CASO DA INDENIZAÇÃO POR INVALIDEZ PERMANENTE

- A própria vítima;
- Vítimas até 16 anos a indenização será paga aos pais ou responsável legal (TUTOR);
- Vítima entre 17 e 18 anos a indenização será pago a vítima que deverá ser assistido pelo pai ou mãe ou tutor / curador.

NO CASO DE MORTE

- O (a) cônjuge, se a vítima for casado(a) ou companheiro(a);
- Descendentes diretos, ou ascendentes, ou colaterais ou herdeiros legais.

NO CASO DE REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS

- A própria vítima, quando os recibos de despesas e receitas de medicamentos estiverem no seu nome.

VALORES DE INDENIZAÇÃO

Morte: R\$ 13.500,00

Invalidez permanente até: R\$ 13.500,00

Reembolso de Despesas Médicas e Hospitalares: até R\$ 2.700,00

ONDE SOLICITAR O DPVAT

De posse da documentação necessária, procurar Agência Seguradora de sua livre escolha através do telefone: **0800.022.12.04** para dar entrada ao processo de recebimento do seguro ou uma **Agências dos Correios**.

PRAZO PARA FAZER O PEDIDO

O prazo para requerer o DPVAT é de 3 anos a contar da data do acidente.

COMO EVITAR O GOLPE DO DPVAT

- Pedir, acompanhar e receber a indenização do DPVAT é gratuito.
- Não abra mão de parte da indenização pagando comissões a terceiros.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

INVALIDEZ PERMANENTE

- RG, CPF e Comprovante de residência;
- R.A.E - Registro de Atendimento Emergencial (Setor de Protocolo – IJF);
- Resumo de Alta Hospitalar (pacientes das Unidades de Internação);
- Boletim de Ocorrência (Delegacia);
- Boletim de Atendimento do SAMU, caso atendido pelo SAMU (Setor de Protocolo – SAMU);
- Exame de Corpo e de Delito (IML).

MORTE

- Certidão de Nascimento ou Casamento, RG, CPF e Comp. de residência;
- R.A.E - Registro de Atendimento Emergencial (Setor de Protocolo – IJF);
- Boletim de Atendimento do SAMU caso atendido pelo SAMU (Setor de Protocolo – SAMU);
- Boletim de Ocorrência (Delegacia);
- Certidão de Óbito da vítima.

REEMBOLSO DE DESPESAS MÉDICAS-HOSPITALARES

- Certidão de Nascimento ou casamento, RG, CPF da vítima;
- R.A.E - Registro de Atendimento Emergencial (Setor de Protocolo – IJF);
- Resumo de Alta Hospitalar, para pacientes das Unidades de Internação;
- Boletim de Ocorrência (Delegacia);
- Boletim de Atendimento do SAMU, caso tenha sido atendimento pelo SAMU (Setor de Protocolo – SAMU);
- Originais dos recibos de gastos médicos, odontológicos, farmácias e 2ª vias das receitas médicas e/ou odontológicas.

QUANDO REPRESENTANTE LEGAL

- RG e CPF;
- Procuração pública ou Alvará de curatela.
- (*) Em caso de companheiro (a), comprovar União Estável.

PARA INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Núcleo do Serviço Social do Instituto Dr. José Frota

Delegacia de Acidentes e Delitos de Trânsito: R. Meton de Alencar, 91 - Centro,
Fortaleza. Telefone: (85) 3101-4918

Central de Atendimento DPVAT - Telefone: 0800.0221204
Site: <http://www.dpvatseguro.com.br>

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

SOLICITANTE: <u>Jose Ronis da Silva Lima</u>		
RG: <u>20082124113</u>	ÓRGÃO EXP: <u>SSP-CE</u>	DATA EXP: <u>24.05.2012</u>
CPF: <u>074.5019310</u>	DATA NASC: <u>16.12.1997</u>	TELEFONE: <u>988497220</u>

ENDEREÇO: Rua - José Alves Pereira - Tapuiú - Aquiraz

TIPO DA OCORRÊNCIA OU ACIDENTE TRÂNSITO:

() ATROPELAMENTO PEDESTRE/ANIMAL
() COLISÃO TRASEIRA
☒ COLISÃO FRONTAL
() ENGAVETAMENTO
() ABALROAMENTO LONGITUDINAL (COLISÃO LATERAL)
() ABALROAMENTO TRANSVERSAL (COLISÃO TRANSVERSAL)
() CHOQUE
() CAPOTAMENTO
() TOMBAMENTO
() SAÍDA DE PISTA
() QUEDA
() OUTROS (DESCREVA QUAL AS CARACTERÍSTICA DO ACIDENTE ABAIXO)

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DO ACIDENTE:

22.9.2019

LOCAL DA OCORRÊNCIA:

DATA: 17.01.2019 HORA: 20:30 AGENTE: M. HEIDE

DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/03/2019 HORA: 09:34

ATENDIDO POR: Marcelo MAT. _____

PROTÓCOLO/RECEBIMENTO
DATA: 15.03.19

 NÚCLEO DE ARRECAÇÃO EXTRATO GERADO EM: 02/05/2019	EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS		Nº DAE SEFAZ: 2019.86.1218718-32	Nº documento: 4.90500483-7	Último Lic.: 2018
			Data emissão: 02/05/2019 08:38:03	Nº atendimento: 0825163343-3	Código placa: 0825163343-3
Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA			CPF / CNPJ: 074.501.933-10		
Placa: HYP3343	Chassi: 9C2JC30708R555817	Município: FORTALEZA	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN		
Descrição (Taxa / Multa)		Data Infração	Vencimento	Valor (R\$)	* Valor a pagar (R\$)
253 EXPEDIÇÃO DE CRV/CRLV (1)					21,30
301 LICENCIAMENTO DE MOTO 2019 (1)					106,50
OBS: Valores Válidos até o dia 10/05/2019					
ATENÇÃO: Portar extrato pago, por 60 dias, anexo ao CRLV/2018, até receber o CRLV/2019. Não o recebendo no prazo, procure o Detran imediatamente.					
Multas em Processamento e em Defesa Prévia Serão Cooradas Posteriormente * As multas ocorridas a partir de 01/11/2016 e pagas em atraso serão atualizadas com base na taxa SELIC conforme Resolução CONTRAN 618, de 06/09/2016, Seção II, Art 21.					
Página Extrato 1/1	Credenciado NAO	Atendente GETRAN	Débito IPVA NAO	RESUMO TAXAS 127,82 MULTAS 0,00 301 DETRAN 0,00 312 PRF/RENAINF 0,00 313 PREF. 0,00 Total a Pagar 127,82	
856400000019 278200062018 905102019866 121871832006					
Autenticação Mecânica					

 NÚCLEO DE ARRECAÇÃO EXTRATO GERADO EM: 02/05/2019	EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS		Data emissão: 02/05/2019 08:38	Nº DAE SEFAZ: 2019.86.1218718-32	Nº Documento 4.90500483-7
			Chassi / CPF: 9C2JC30708R555817	Placa: HYP3343	Débito NAO
Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA			Nº Atendimento 0825163343-3		
Atendente: GETRAN			Taxas: 253 254 301 253 254 301		
MULTAS DETRAN - 301 0,00 PRF/RENAINF - 312 0,00 PREFEITURA - 313 0,00			Total Multas (R\$): 0,00	Total Taxas (R\$): 127,82	Total a Pagar (R\$): 127,82
856400000019 278200062018 905102019866 121871832006					
Autenticação Mecânica					

 NÚCLEO DE ARRECAÇÃO EXTRATO GERADO EM: 02/05/2019	EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS		Nº DAE SEFAZ: 2019.86.1218718-32	Nº documento: 4.90500483-7	Último Lic.: 2018
	Data emissão: 02/05/2019 08:38:03		Nº atendimento: 0825163343-3	Código placa: 0825163343-3	
Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA			CPF / CNPJ: 074.501.933-10		
Placa: HYP3343	Chassi: 9C2JC30708R555817	Município: FORTALEZA	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN		
Descrição (Taxa / Multa)		Data Infração	Vencimento	Valor (R\$)	* Valor a pagar (R\$)
253 EXPEDIÇÃO DE CRV/CRLV (1)					21,30
301 LICENCIAMENTO DE MOTO 2019 (1)					106,50
OBS: Valores Válidos até o dia 10/05/2019					
ATENÇÃO: Portar extrato pago, por 60 dias, anexo ao CRLV/2018, até receber o CRLV/2019. Não o recebendo no prazo, procure o Detran imediatamente.					
Multas em Processamento e em Defesa Prévia Serão Cobradas Posteriormente * As multas ocorridas a partir de 01/11/2016 e pagas em atraso serão atualizadas com base na taxa SELIC conforme Resolução CONTRAN 618, de 08/09/2016, Seção II, Art 21.					
Página Extrato 1/1	Credenciado NAO	Atendente GETRAN	Débito IPVA NAO	RESUMO TAXAS 127,82 MULTAS 0,00 301 DETRAN 0,00 312 PRF/RENAINF 0,00 313 PREF. 0,00 Total à Pagar 127,82	
856400000019 278200062018 905102019866 121871832006					
Autenticação Mecânica					

 NÚCLEO DE ARRECAÇÃO EXTRATO GERADO EM: 02/05/2019	EXTRATO PARA PAGAMENTO DE TAXAS / MULTAS		Data emissão: 02/05/2019 08:38	Nº DAE SEFAZ: 2019.86.1218718-32	Nº Documento 4.90500483-7
	Chassi / CPF: 9C2JC30708R555817		Placa: HYP3343	Débito NAO	Nº Atendimento
Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA			Atendente: GETRAN		
Taxas: 253 254 301 253 254 301			Total Multas (R\$): 0,00		
Total Taxas (R\$): 127,82			Total a Pagar (R\$): 127,82		
856400000019 278200062018 905102019866 121871832006					
Autenticação Mecânica					

 SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT SEGURADORA LÍDER		Exercício: 2019	Nº documento: 4.90213479-7
		Data emissão: 11/02/2019	Código placa: 0825163343-3
		Hora: 08:15:29	Código taxa: 301
Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA			CPF / CNPJ: 074.501.933-10
Placa: HYP3343	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN		Chassi: 9C2JC30708R555817
Ano fabricação: 2008	Ano / Modelo: 2008		Renavam: 959128905
Código seguro: 09	Prêmio líquido 84,26	ISO F (0,38 %) 0,32	Prêmio total (R\$): 84,58
Código corretor: SUSEP			
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)			Via Usuário
866300000001 845809248600 800095912898 059021119066			Autenticação Mecânica

 SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT SEGURADORA LÍDER		Exercício: 2019	Nº documento: 4.90213479-7
		Data emissão: 11/02/2019	Código placa: 0825163343-3
		Hora: 08:15:29	Código taxa: 301
Nome Proprietário / Solicitante: JOSE RONIS DA SILVA LIMA			CPF / CNPJ: 074.501.933-10
Placa: HYP3343	Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN		Chassi: 9C2JC30708R555817
Ano fabricação: 2008	Ano / Modelo: 2008		Renavam: 959128905
Código seguro: 09	Prêmio líquido 84,26	ISO F (0,38 %) 0,32	Prêmio total (R\$): 84,58
Código corretor: SUSEP			
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)			Via LÍDER
866300000001 845809248600 800095912898 059021119066			Autenticação Mecânica



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 pré hospitalar ao Sr. **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA**, portador do RG n.º 20082121413, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.º 074.501.933-10, no dia 17/01/2019 às 22h42, no município de Aquiraz/CE, na Rua Aluísio de Castro, Bairro Tapuio, próximo ao Mercantil do Eugênio, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 12 de fevereiro de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434



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 pré hospitalar ao Sr. **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA**, portador do RG n.º 20082121413, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.º 074.501.933-10, no dia 17/01/2019 às 22h42, no município de Aquiraz/CE, na Rua Aluísio de Castro, Bairro Tapuio, próximo ao Mercantil do Eugênio, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu, _____ Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 12 de fevereiro de 2019.

Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

ATESTADO MÉDICO

PACIENTE, 21 ANOS, REFERE QUE FOI VITIMA DE TRAUMA EM 17/01/19 COM FRATURA DE FÊMUR DISTAL À DIREITA, ONDE FOI REALIZADO

ARTRODESE EM JOELHO DIREITO EM 03/05 + FRATURA DE PERNAS BILATERAL

- PERNA DIREITA REALIZADO CIRURGIA COM FIXADOR EXTERNO LRS EM TIBIA E FEMUR -
ARTRODESE JOELHO /

- PERNA ESQUERDO COM HASTE INTRAMEDULAR.

APRESENTA RETARDO CONSOLIDAÇÃO TIBIA ESQUERDA.

APRESENTA-SE EM USO DE FIXADOR EXTERNO, DEAMBULA COM AUXILIO DE MULETAS

DEVE MANTER ACOMPANHAMENTO NESTE AMBULATORIO
AO SETOR DE PERICIAS MEDICAS

Fortaleza, 5 de Novembro de 2019

CID: _____

Dr. Yan Dias
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 18.540

JUVENCIO OLIVEIRA ARAUJO DE CASTRO

7319 CRM

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 17/01/2019 23:34:04	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 703001879378271	NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA			Registro: 5527515	
CPF: 07450193310	RG: 20082121413	D. NASC: 16/12/1997	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: ROZENIRA RABELO DA SILVA LIMA			NOME DO PAI: JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: JOSE ALVES MAGALHAES		Nº: S/N	BAIRRO: BAIXA GRANDE	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 987252177	MUNICÍPIO: AQUIRAZ	UF: CE	CEP: 61700000	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: MARIA DAS GRACAS MARRERO QUEIROZ		PARENTESCO: TIA		TELEFONE: 96759.7427	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CÓDIGO DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista, Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO COM FRATURA EXPOSTA EM MMII+ MSD					
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/CHOQUE					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Outros	Escala de Dor: Sem dor	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERMELHO			
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:			



CARTÓRIO FLORENCIO - 2º OFÍCIO
AQUIRAZ - CE
FONE: 3361-2021 / 3361-2015

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alcione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Del. Adriano Martins Florêncio
Mara de Lourdes Tavares Ferreira
Marcelo Cesar Aguiar de Almeida - Escrevente
Substituto Respondendo pelo Titular

CONFIRME E RUBRICUE!
Thayane Emidio

REQUERIMENTO DE CERTIDÃO DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

SOLICITANTE: <u>Jonas Roris da Silva Lima</u>		
RG: <u>20082184113</u>	ÓRGÃO EXP: <u>SSP-CE</u>	DATA EXP: <u>24.05.2012</u>
CPF: <u>074 5019310</u>	DATA NASC: <u>16.12.1997</u>	TELEFONE: <u>98849 7220</u>

ENDEREÇO: rua - jon alves Pereira - tapum - Aquiraz

TIPO DA OCORRENCIA OU ACIDENTE TRÂNSITO:

() ATROPELAMENTO PEDESTRE/ANIMAL
 () COLISÃO TRASEIRA
 (x) COLISÃO FRONTAL
 () ENGAVETAMENTO
 () ABALROAMENTO LONGITUDINAL (COLISÃO LATERAL)
 () ABALROAMENTO TRANSVERSAL (COLISÃO TRANSVERSAL)
 () CHOQUE
 () CAPOTAMENTO
 () TOMBAMENTO
 () SAÍDA DE PISTA
 () QUEDA
 () OUTROS (DESCREVA QUAL AS CARACTERISTICA DO ACIDENTE ABAIXO)

DESCRIÇÃO DA NATUREZA DO ACIDENTE:

VÁLIDO SOLICITANTE

SELO DE AUTENTICAÇÃO

03

QR CODE

15 JUL 2019

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.

Aquiraz-CE.

LOCAL DA OCORRENCIA:

DATA: 17.01.2019 HORA: 20:30 AGENTE: MARCELO

DATA DA SOLICITAÇÃO: 15/01/2019 HORA: 08:57

ATENDIDO POR: Marcelo MAT. 15.01.19

RECIBO DE RECEBIMENTO



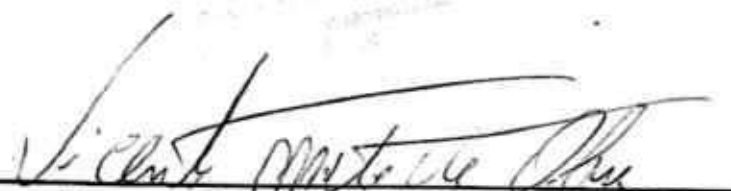
**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que o (a) Paciente: **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA**, Documento Identidade **Nº2008212141.3**, Prontuário Médico **Nº5527515** encontra-se internado neste Hospital desde: **17/01/2019** leito 1210 para tratamento de saúde.

Fortaleza, 26 de FEVEREIRO de 2019.


Responsável pela informação.



A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alcione Martins Florêncio - Titular
Heimeriegida Florêncio Marques Batista
Bel Adriano Martins Florêncio
Mário de Lourdes Tavares Ferreira
Marco Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substituto Respondendo pelo Titular

CONFERI E RUBRIQUEI
Thaís Emídio

INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA

Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro.
Fortaleza-Ceará - Telefones: (085)3255-5000



LAUDO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se internado neste hospital – IJF, setor traumatologia, unidade 12, leito 10 – devido a fratura de ossos da perna bilateral e cotovelo direito.

Paciente, em janeiro de 2019, apresentou fechada exposta de fêmur direito, fratura fechada de tibia bilateral e cotovelo direito, tendo sido realizado tratamento cirúrgico à época em membros inferiores. Em 12/03/2019, foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura de olecrano direito.

Mantém internado neste hospital aguardando cirurgia definitiva.

Sem previsão de alta para o momento.

Cid-10: S822, S50, S723

Fortaleza, 13/03/19

Jonatas Vasconcelos
Ortopedista Traumatologia
Médico Residente
CREMEC 69437

VÁLIDO SOMENTE COM
A AUTENTICIDADE



CARTÓRIO FLORENCIO - 2º OFÍCIO
AQUIRAZ - CE
FONE: 3361-2021 / 3361-2015

A presente fotocópia confere
com o original exibido nestas
notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alcione Martins Florencio - Titular
Hermenegildo Florencio Marques Batista
Bel. Adriano Martins Florencio
T.Maria de Lourdes Tavares Pereira
Marcos César Abreu de Almeida - Escrivão
Substituto Responsável pelo Titular

CONFERI E RUBRIQUEI
Thayane Emídio



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA MAIA

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE HOSPITAL - IJF - LEITO 1210 - DEVIDO FRATURA DE TIBIA BILATERAL E COTOVELO DIREITO.

NO MOMENTO, INTERNADO AGUARDANDO CIRURGIA, AINDA SEM PREVISAO DE DATA. DEVE MANTER-SE INTERNADO PARA TRATAMENTO.

CID-10: S82

Dr. Yan Dias Façanha
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16.540

FORTALEZA, 15/2/2019



CARTÓRIO FLORENCIO - 2º OFÍCIO
AQUIRAZ - CE
FONE: 3361-2021 / 3361-2015

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alcione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Babos
Bai Adriano Martins Florêncio
+ Mariana de Lourdes Tavares Ferreira
Marcos Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substituto Respondendo pelo Titular

CONFERIR E RUBRICAR
Thayane Emídio

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

DOC. IDENTIFIC. / ENDEREÇO: 20082121413 SSP CE

CITY: 074.501.933-10 DATA NASCIMENTO: 16/12/1997

FUNÇÃO: JOSE AMILTON PEREIRA DA SILVA LIMA ROSENNIRA RABELO DA SILVA LIMA

PERMISSÃO: PERMISSÃO ACC: CATANIA: 303

Nº IDENTIFIC. 26627903039 VALIDADE: 25/05/2017 1ª EMISSÃO: 25/05/2016

OBSERVAÇÕES: EXERCE ATIV. RESERVADA

LOCAL: AQUIRAZ, CE DATA EMISSÃO: 30/05/2016

73884748474
CE151389748

DETRAN - CE (CEARA)



VÁLIDO SOMENTE COM
SELO DE AUTENTICIDADE

CARTÓRIO FLORENCIO - 2º OFÍCIO
AQUIRAZ - CE
FONE: 3361-2021 / 3361-2015

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alcione Martins Florencio - Titular
Hermenegildo Florencio Marques Batista
Bel. Adriano Martins Florencio
Mans de Lourdes Tavares Ferreira
Marcos Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substituto Respondendo pelo Titular

JNFERI E RUBRIQUEI
Theane Emidio

VITIMA

Nº DO CLIENTE
1671047

Para utilizar seu atendimento, utilize o nº acima, sempre que entrar em contato conosco.

Ata da Junta de Freguesia de 26 de abril de 2002
CompANHIA EnergÉTica do Ceará
Rua Padre Valdemiro, 150
CEP 60225-040 | Fortaleza - CE
CNPJ 07947251/0001-70 | CGF 06.105.848-9



CUNTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B (SÉRIE B-4) (Nº 562779711)

Nota 35 20004 56 152600 - 5 Data de Emissão 19/02/2019

Nome ROZENIRA RABELO DA SILVA

End. Postal RU BAIXA GRANDE 00000
PORTO DAS DUNAS - AQUIRAZ - 61700000

Medidor 7665108 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO BAIXA RENDA

RQ/CPF/CNPJ 509769743-04 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Lettura
Fev/2019	21/03/2019	21/03/2019

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
170,30	15,00%	25,54

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
7F12, 1F48, 1R23, 0E1A, 200F, 6329, 5H04, 00E0

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta 02/2019 BEE 25,74

Mês 01/2019 - 8,86 F

Padrão Individual			Aprovação Individual		
Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
OIC 10,77	11,17	11,17	0,30	0,41	0,41
FIC 7,35	15,04	30,25	0,00	0,00	10,00
DMIC 5,68			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Let. Atual	Let. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 2019	2018	1,00	143	2,00	70	0,44	29,48
15-02-19	21-01-19		29 DIAS	143			64,34

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079

MULTA MORATORIA REF 11/2018

JUROS DO MÊS

ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

VALOR (R\$)

64,34

9,87

1,59

0,04

11,23

2,15

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Assinatura

Alcides Martins Henriques - Tabelar
Henrique Martins Henriques - Tabelar
Dan Acácio Martins Figueiredo
Mário de Lourdes Tavares Figueiredo
Mônica Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substituto Responsável pelo Faturamento

FONE 3361-2021 / 3361-2015

AQUIRAZ - CE

CARTÓRIO FLORENCIO - 2º OFÍCIO

VENCIMENTO 01/04/2019

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	29,48
Perdas	13,45
Distribuição	1,59
Encargos Setoriais	1,59
Tributos (PIS-COFINS)...	20,15
TOTAL	76,26

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (RUCO)
55,83	0,00	0

TOTAL A PAGAR (R\$) 89,22

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

142
143
177
139
161
136
160
135
129
133
147
135
117

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério de saúde, Gov. Federal

NAO FOI POSSÍVEL COLOCAR LEITURA POR: FMT MEDIA-LEIT BINGSTRAL ART DE RES 414

Consta desta fatura R\$ 5,35 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS=0,90% e COFINS=4,50%

Para o cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sanidade vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.807/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

03

AUTENTICAÇÃO

Nº 1A 35114

SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO



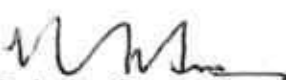
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



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 pré hospitalar ao Sr. **JOSÉ RONIS DA SILVA LIMA**, portador do RG n.º 20082121413, SSP-CE, inscrito no CPF sob o n.º 074.501.933-10, no dia 17/01/2019 às 22h42, no município de Aquiraz/CE, na Rua Aluísio de Castro, Bairro Tapuio, próximo ao Mercantil do Eugênio, vítima de acidente de trânsito, colisão entre carro e motocicleta, sendo removido para o **IJF – Instituto Doutor José Frota**. E para constar eu,  Eliete Gomes Pereira Loiola, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por **MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA**.

Eusébio, 12 de fevereiro de 2019.


Maria das Graças Torres
ASSESSORIA EXECUTIVA



A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alcione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Dr. Adriano Martins Florêncio
Marta de Lourdes Tavares Pereira
Márcos Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
Substituto Respondendo pelo Titular

CONFERI E RUBRIQUEI

r/Emídio

SAMU 192 CEARÁ
Rua da Paz nº 29 e 30 - Centro Eusébio - CE
Fone: (85) 3433 7434

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014329093266
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

REN 01 959128905 0000000000 2018

NOME
JOSE RONIS DA SILVA LIMA

FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ 07450193310 PLACA HYP3343

PLACA ANT/UF *****/CE CHASSI 9C2JC30708R555817

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA

MARCA/MODELO ANO FAB ANO MOD
HONDA/CG 125 FAN 2008 2008

CAP/POT/CIL CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/124CC PARTIC PRETA

COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC./COTAS
***** ** **/ **/ ** 1ª *****
FAIXA LVIA PARCELAMENTO/COTAS 2ª *****
3ª *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) ICF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
180.65 0.70 185.50 03/05/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 17/01/2019

Assinatura: *[Assinatura]*
UNIFRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAU, SEGURO DPVAT

CE Nº 014329093266 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

07450193310 HYP3343

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

014329093266 52138605411

ENERGICO 2018 DATA EMISSÃO 17/01/2019

REN 01 07450193310 PLACA HYP3343

RENAVAM 959128905 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB 2008 CAT SER 09 Nº CHASSI 9C2JC30708R555817

PRÊMIO TARIFÁRIO

FMS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
61.29 9.03 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) ICF (R\$) TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
4.15 0.70 185.50

☒ COTA UNICA PAGAMENTO ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 03/05/2018

PROPRIETÁRIO
LOTE/DOC. 115868/61 LIDERE: BACRE
MOTOR: JC30E79555817

JUN-2018



CARTÃO FLORENCIO 2º OFICIO
AQUIRAZ - CE
FONE: 3361-2071/3361-2015

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.
Aquiraz-CE.

15 JUL 2019

Alcione Martins Florêncio - Titular
Hermenegildo Florêncio Marques Batista
Bel. Adriano Martins Florêncio
+ Maria de Lourdes Tavares Ferreira
Marcos Cesar Abreu de Almeida - Escrevente
3-088888 Respondendo pelo Titular

CONFERI E RUBRIQUEI
Thaíane Emídio

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Nº 001103
GERAL

2005015019660

JAGA DE EXPLORAÇÃO

23/08/2017

HOMIL

MORIQUE QUEIROZ DE SANTANA LINA

FEIÇÃO

MOISES JOAQUIM DE SANTANA

MARIA DAS GRAÇAS MARREIRO DE QUEIROZ

NATURA DARE

FORTALEZA - CE

DATA DE NASCIMENTO

20/11/1987

CERT. CASAMENTO - CARTÓRIO: S ZONA TERMO: 19664 FOLHA: 164

LIVRO: 5-34 FORTALEZA - CE

EPI: 027.621.833-46

LOG. ORGÃO

2 VIA

P.: 190

Península O Boma

ASSISTENTE SOCIAL GERAL

LEI Nº 7.115-O-25/2004

15-JUL-2019

15-JUL-2019

NFERME RUBRIQUEI

Thayne Enidio

Ministério da Fazenda
Receita Federal

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPE

Número

027.821.833-46

Nome

MONIQUE QUEIROZ DE SANTANA LIMA

Nascimento
20/11/1987

A presente fotocópia contém
notas, Dou fe.
Aguardar-CE.

15 JUL 2019

ALGUNA VEZ EN LA VIDA
HABRAN PASADO POR SU
CALLE LAS SIGUIENTES
FAMILIAS DE LOS
MAYORES DE LA CIUDAD
DE LOS ANGELES: EL
CORRAL DE LOS
MAYORES DE LA CIUDAD
DE LOS ANGELES

SELO DE AUT
VÁLIDO SOMEN



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

Nome: <u>João Paulo da S. Lima</u>		Nº AIH/RAE:	
Paciente Externo? ☐ Sim ☐ Não	Unid. Internação/ENF/LEITO	Idade:	Sexo: ☐ Masc. ☐ Fem.

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
☐	☐ <u>2 D</u>	☐	☐	☐

EXAMES LABORATORIAIS

☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Uréia	☐ Creatinina	☐ Potássio
☐ Cloro	☐ Sódio	☐ Plaquetas	☐ Cálcio	☐ TAP
☐ PT/TA	☐ 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
--------------------------------------	----------	-----------------

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que JOSE RONIS DA SILVA LIMA foi atendido(a) neste serviço, necessitando de afastamento por 3 (três) dia(s) das suas atividades profissionais.

Fortaleza, 6 de Janeiro de 2020

CID: _____

SS2



DIEGO FREITAS FÉLIX

19808CRM

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COMISSÃO ADHOC DE IDENTIFICAÇÃO - CADASTRO E PESQUISA ANFOTRÓFICA

PROIBIDO PLASTIFICAR





Polegar Direito

Maria das Graças Marreiro de Queiroz

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

2017198717 - 3

26/09/2017

DATA DE EMISSÃO

NOME

MARIA DAS GRACAS MARREIRO DE QUEIROZ

ALUGADO

JOÃO EUFRÁSIO DE QUEIROZ

MARIA DO CÉU MARREIRO DE QUEIROZ

NATURALIDADE

CAPISTRANO - CE

DATA DE NASCIMENTO

09/06/1968

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SEDE TERMO: 831 FOLHA: 115Y LIVRO: A-02

CAPISTRANO - CE

RG: ANT: 1171678-86

P: 37

1. VI

15 JUL 2019

com o original exibido nestas notas. Dou fé.

Aquiraz-CE

03

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

NP 1A 351140

FTDP

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COMISSÃO ADHOC DE IDENTIFICAÇÃO - CADASTRO E PESQUISA ANFOTRÓFICA

VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICAÇÃO

SELO DE AUTENTICAÇÃO

NP 1A 351140

FTDP

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COMISSÃO ADHOC DE IDENTIFICAÇÃO - CADASTRO E PESQUISA ANFOTRÓFICA

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

318.703.253-20

Nome

MARIA DAS GRACAS MARREIRO DE QUEIROZ

Nascimento

09/06/1968

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

15 JUL 2019

A presente fotocópia confere com o original exibido nestas notas. Dou fé.

Aquiraz-CE

Alcione Martins Florêncio - Titular

Hermenegildo Florêncio Marques Batista - Escrivão

Blair Adriano Martins Florêncio - Escrivão

Maria de Lourdes Távares Ferreira - Escrivão

Marcelo Cesar Abreu de Almeida - Escrivão

Substituto Respondendo pelo Titular

CONFEI E RUBRIQUEI

Thaíre Eridio

TESTEMUNHA



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

ATESTADO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA MAIA

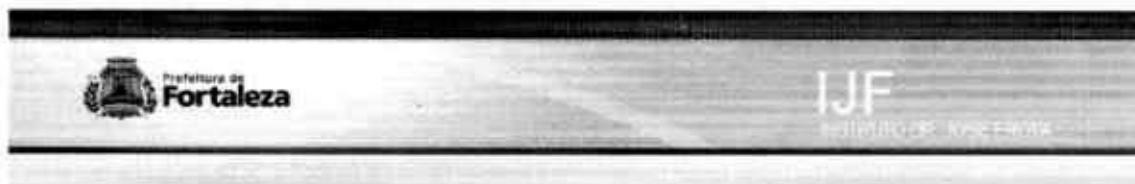
ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO ENCONTRA-SE INTERNADO NESTE HOSPITAL - IJF - LEITO 1210 - DEVIDO FRATURA DE TIBIA BILATERAL E COTOVELO DIREITO.

NO MOMENTO, INTERNADO AGUARDANDO CIRURGIA, AINDA SEM PREVISAO DE DATA. DEVE MANTER-SE INTERNADO PARA TRATAMENTO.

CID-10: S82

Dr. Yan Dias Façanha
Médico Residente
Ortopedia Traumatologia
CREMEC 16.520

FORTALEZA, 15/2/2019



LAUDO MÉDICO

NOME: JOSE RONIS DA SILVA LIMA

Atesto para os devidos fins que o paciente supracitado encontra-se internado neste hospital – IJF, setor traumatologia, unidade 12, leito 10 – devido a fratura de ossos da perna bilateral e cotovelo direito.

Paciente, em janeiro de 2019, apresentou fechada exposta de fêmur direito, fratura fechada de tíbia bilateral e cotovelo direito, tendo sido realizado tratamento cirúrgico à época em membros inferiores. Em 12/03/2019, foi submetido a tratamento cirúrgico de fratura de olecrano direito.

Mantém internado neste hospital aguardando cirurgia definitiva.

Sem previsão de alta para o momento.

Cid-10: S822, S50, S723

Fortaleza, 13/03/19

Jonatas Vasconcelos
Ortopedia e Traumatologia
Médico Residente
CREMEC 65437

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOS RAYO HENRIQUE SILVA DORVIL e enviado de Fortaleza, 13/03/2019 às 16:32:16. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0050315-87.2020.8.06.0034 e código 624DA61.