



ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

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

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <i>Jonas Gustavo Batista</i>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Vigilante</i>	Carteira de Identidade: <i>2005014126194</i>	
CPF nº: <i>052.549.243-03</i>	Residência: <i>PV. Laranjeiras</i>		
Bairro: <i>Tupui</i>	Cidade: <i>Aquiraz</i>	Estado: CE	CEP: <i>61.700-000</i>

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 Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club – Fortaleza – CEP 60.440-160.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium 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, 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), 25 de Agosto de 20 15

**Jonas Gustavo Batista*
outorgante

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**

Eu, Jonas Gustavo Batista, brasileiro(a),
Solteiro, portador da Carteira de Identidade/RG nº
2005019126194 SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº 052.544.243-03
residente e domiciliado na cidade de Aquiraz, estado de
Ceará, na Rua PV - Lamarão, nº S/N.
Tupui, declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência
financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários
advocatórios 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), 25 de Agosto de 2016Jonas Gustavo Batista

Declarante

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE**

Pela presente, o Sr(a) Jonas Gustavo Batista,
declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da
AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial
tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando
ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora
do consorcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora
representados.

Igualmente, DECLARA, ainda, estar ciente de sua Responsabilidade (civil e criminal),
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo Judicial de
Cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de
alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a **Dra. NAJMA MARIA SAID
SILVA, OAB/CE N° 28.394**, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza (CE), 25 de Agosto de 20 16Jonas Gustavo Batista

Declarante.

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

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

Eu, Jonas Gustavo Batista,
Brasileiro(a), Solteiro, portador da cédula de Identidade Nº
2005014126194 E CPF Nº 052.844.243-03,
capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
PV: Iamarã, Tupui,

na Cidade de Cajuru, Estado Ceará, CEP
61.700.000, 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, 25, de Agosto, de 2016

Jonas Gustavo Batista
DECLARANTE

**ADVOCACIA E CONSULTORIA JURÍDICA**

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088/ 99955-5507

Av. Carneiro de Mendonça, 1119, Jockey Club, Fortaleza-Ceará

E-mail: najma.said.adv@gmail.com**DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF**

Nome: <i>Jonas Gustavo Batista</i>		Nacionalidade: Brasileira
Endereço: <i>PV. Iamarã</i>		Profissão:
CPF nº:RGn: <i>052.544.243-03</i> <i>2005014126194</i>		Estado Civil:
Bairro: <i>Tupui</i>	Cidade: <i>Cajuru</i>	Estado: CE
CEP: <i>61.700-000</i>	Telefone: <i>985917740 / 985378773</i>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHODE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTOS, 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 - CE, *25* de *Agosto* de *2016*.

x Jonas Gustavo Batista

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, quando firmada pelo próprio interessado 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
CARTILHA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

JONAS GUSTAVO BATISTA

DOC. IDENTIFIC. / CDS. PASSOS DE
 2005014126194 SSPCS CE

CPF
 092.544.243-03 **DATA NASCIMENTO**
 03/11/1980

PERÍODO
 JOSE ROGUEIRA BATISTA
 MARIA SÔNIA GUSTAVO DA
 ROCHA

PERÍODO **RCC** **CATN**
 13/04/2010 18/06/2010

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 630585699

PRIMEIRO PLASTIFICAR
 630585699

DETRAN-CE (CEARA)

BRASIL

Serviços Barra GovBr

(HTTP://BRASIL.GOV.BR)



Ministério da Fazenda

Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: **052.544.243-03**Nome da Pessoa Física: **JONAS GUSTAVO BATISTA**Data de Nascimento: **01/11/1989**Situação Cadastral: **REGULAR**Data da Inscrição: **05/03/2009**Digito Verificador: **00**Comprovante emitido às: **17:37:51** do dia **25/10/2016** (hora e data de Brasília).Código de controle do comprovante: **A742.A617.BABE.866A**

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na página da Secretaria da Receita Federal do Brasil na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br.
(<http://www.receita.fazenda.gov.br/Aplicacoes/ATCTA/cpf/CPFautentic.asp>)

coelce

COMPANHIA ENERGÉTICA DO CEARÁ
 CNPJ 07.047.251/0001-70 - C.G.F. 06105.848-3
 Rua Padre Valdevino, 150. CEP 60135-040. Fortaleza/CE.

Boleto para Pagamento

Nº DO CLIENTE 4618245
 MUNICIPIO AQUIRAZ
 NOME JOSE NOGUEIRA BATISTA
 ENDEREÇO PV LAMARAO 00000 - TUPUIU

CEP 61.700-000
 CPF/CNPJ: 116.090.443-04

	GRANDEZA		CÁLCULOS
Mês/Ano	Vencimento	Cons. kWh	Valor em R\$
07/2016	26/08/2016	34	19,18
AUTENTICAÇÃO MECÂNICA			TOTAL A PAGAR 19,18

coelce**COMPROVANTE COELCE****Boleto para Pagamento**

MUNICÍPIO AQUIRAZ

ROTA 034.020004.058.00161100

TOTAL A PAGAR 19,18

Nº DO CLIENTE
 4618245

83800000000-9 19180031000-4 00046182450-7 00041447259-4





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 207 - 4272 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 07/12/2015 15:59:21
Data / Hora da Ocorrência : 09/11/2015 00:17:00
Endereço da Ocorrência: R ANGELO RODRIGUES MONTEIRO

TELHA-CAMARÁ AQUIRAZ /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JONAS GUSTAVO BATISTA
Nascimento : 01/11/1989
RG: 2005014126194 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF: 05254424303
Filiação: JOSÉ NOGUEIRA BATISTA
MARIA SONTA GUSTAVO DA ROCHA
Endereço: R MANOEL FELICIANO DE LIMA S/N
LAMARÃO-MALVINAS
AQUIRAZ CE BRASIL
Telefone: 85917740

Histórico

INFORMA O NOTICIANTE, QUE CONDUZIA A MOTO HONDA CG 125 CARGO ES DE PLACA NRB-4262, COR BRANCA, ANO 2010 DE CHASSI 9C2JC4140AR001229 DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO DE ASSIS DE OLIVEIRA DE ALMEIDA PELA RUA ANGELO RODRIGUES MONTEIRO NO BAIRRO TELHA CAMARÁ, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTO POR CAUSA DO IMPACTO VEIO A CAIR AO SOLO, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E CONDUZIDO PARA FROTINHA DE PARANGABA EM FORTALEZA. QUE POR CAUSA DO ACIDENTE O NOTICIANTE QUEBROU O BRAÇO ESQUERDO E TAMBÉM SOFREU UMA PANCADA NAS COSTELAS E TAMBÉM SOFREU UMA PANCADA NO OMBRO DIREITO. E NADA

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE AQUIRAZ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : Regiane

"ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Jonas Gustavo Batista

VISTO DO DELEGADO(A) : JOSÉ LIRA XIMENES - MAT.: 1518891X

Prefeitura de Fortaleza		PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA	
REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL			
NOME DO PACIENTE JONAS GUSTAVO BATISTA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 01/11/1989(26 ANOS)	N DO PRÓPRIO	198950
NOME MÃE MARIA SONIA GUSTAVO DA ROCHA	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO	M
ENDEREÇO RUA JOSE AMORA MOREIRA S/N CENTRO	MUNICÍPIO AQUIRAZ	CEP	CE
CONTATO			
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE		OCORRÊNCIA	
QUEIXA TRAUMA EM REGIÃO DO ANTEBRAÇO E.	CLASSIFICAÇÃO DE RISCO		
SINTOMAS NI	MOTIVO AValiação TRAUMATOLOGICA		
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SAT O2 NI%	ESCALA DE RISCO 99 (ADULTO)
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA DM, HAS, ALERGIAS	PULSO NI	
CLASSIFICAÇÃO AMARELO	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA ELINELDA DE SOUSA FREITAS		
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA	ÁREA ATENDIMENTO		
ANAMNESE		ATENDIMENTO MÉDICO	
<i>fratura Antebraço esquerdo</i>			
DIAGNÓSTICO		COD. PROCEDIMENTO	
SADT SOLICITADO ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☒ RAIO-X			
MEDICAMENTO		PRESCRIÇÃO MÉDICA APRAZAMENTO	
<i>Volcan Amp 1M</i>		<i>Requisição</i>	
		<i>01/30</i>	
ALTA/SAÍDA ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO		TIPO DE ALTA/SAÍDA	
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL.			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por maria elinelda de sousa freitas em 09/11/2015 às 01:20:17

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades.

Penal

*T.O. Fratura de rádio**Dr. Carlos D. Soares**[Assinatura]*HOSPITAL DISTRITAL M^ª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINALFuncionário - Matrícula *594*

CNS: 700-502763536050



SUS
Sistema Único de Saúde

CCI - Central de Controle de Internação

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

PROTEÇÃO DE PARANGABA

AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 68.720-000

Fortaleza-Ceará
Telefones: (85) 3131-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRNIFOR - SINIPIF
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (M)

N.º LAUDO:

193550

Nº da AIH:

2315101998033

UNIDADE HOSPITALAR
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

CGC / CNPJ

07.835.044 / 0002864

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE

Jonas Gustavo RZ

ENDEREÇO DO PACIENTE

Rua: José Amora Moreira S/N

BAIRRO

Centro

MUNICÍPIO

Fortaleza

UF

CEP

DATA DO NASCIMENTO

01/11/89

SEXO

1. ☐ MASC

3. ☐ FEM

CONDIÇÃO

2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO

NOME DA MÃE

Maria Sônia Gustavo da Rocha

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE

15439066334

CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL

Dr. Elyel Prota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 9314 SBOT 11263

CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO

IT.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

1022

DATA DA EMISSÃO

12/11/15

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Transtorno de ansiedade

Tr

Transtorno de ansiedade

HOSPITAL DISTRITAL M^ª JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

Funcionário - MATRÍCULA

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Transtorno de ansiedade

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

Transtorno de ansiedade

DIAGNÓSTICO INICIAL

Transtorno de ansiedade

TIPO DE CLÍNICA

1. ☐ CIRÚRGICA

2. ☐ OBSTÉTRICA

3. ☐ CLÍNICA MÉDICA

4. ☐ TISIOPEUMOL

5. ☐ PSIQUIÁTRICA

6. ☐ PEDIÁTRICA

9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Transtorno de ansiedade

CRM - MÉDICO SOLICITANTE

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE

DATA

HORA

Dr. Elyel Prota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 9314 SBOT 11263

Nome: <u>Jona Gustavo Batista</u>				
Prontuário	Enferm.	Leito	Data Internação	Diagnóstico
	<u>A</u>	<u>103</u>	<u>10/11/15</u>	

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
10/11/15	<u>fratura de rádio</u> (C)
	<u>Intubado e fr. pulm</u>
10/11/15	Paulo Elivel F. F. de F. Ponte Ortopedia e Traumatologia CREMOC 9314 SBO 11263 # Emergência # 10/11/15 J.G.B. 26A, HD: fratura de rádio distal esquerdo - regat + HAS, DM, alergias medicamentosas e outros comorbidades. Segue aos cuidados de enfermagem
10/11/15	J.G.B. 26A, Admitido no posto de emergência HD: fratura de rádio distal E. Nega DM + HAS, consiente, orientado, afilado, normotenso, verbalizando bem, VHS, expulso, queixa de dor no membro superior esquerdo. Segue aos cuidados de enfermagem Rosimeire de Santana Enfermeira COP 11263 DR. ROBERTO MENDES RODRIGUES ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA ENFERMEIRO
11/11/15	Aguarda cirurgia fratura de rádio
11/11/15	J.G.B. 26A, encaminhado em posto de emergência do rádio E. Orientado, sem dor, não apresenta episódios de vômito Medicados com PA = 30 x 80 mmHg

Enfermeira
COP 11263

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

Ana Paula 524
FUNCIONARIO - MATRÍCULA



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

Av. Osório de Faria nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 Fortaleza-Ce
Telefones: (85) 3131-7321 - Fax: 3131-7319

FOLHA DE ANESTESIA

Nome: Juan Gustavo Batista

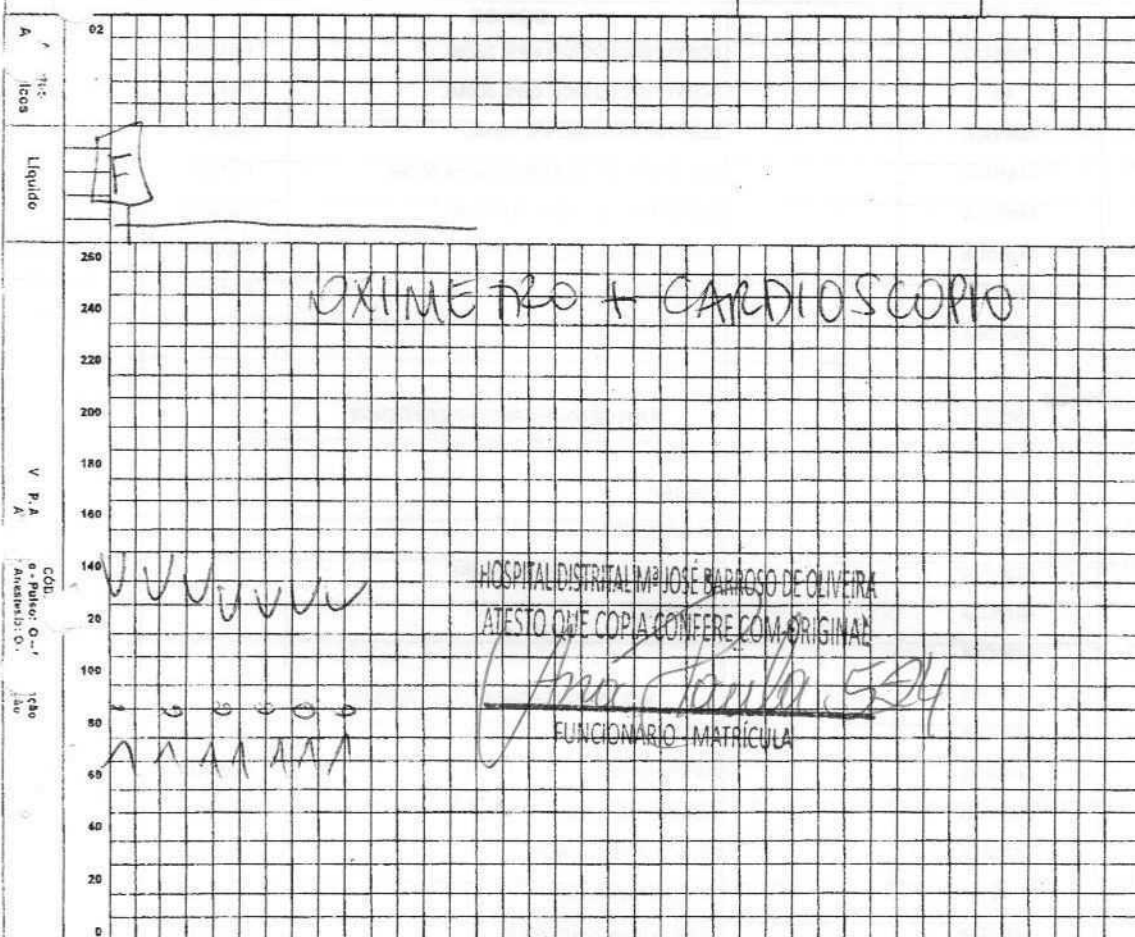
Prontuário Nº: _____

Enfermaria: 8 Leito: 103

Data: <u>11/11/15</u>	Pres. Arterial:	Pulso:	Respiração:	Temperatura:	Peso:	Altura:
Tipo Sanguíneo:	Hemácias:	Hemoglobina:	Hematócrito:	Glicemia:	Uréia:	Outros:
Urina:						

Ap. Respiratório:	Asma:	Bronquite:
Ap. Circulatório:	Eletrocardiograma:	
Ap. Digestivo:	Dentes:	Pescoço:
Estado Mental:	Atarácicos:	Corticóides:
Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fract. radiol</u>	Estado Físico: <u>ASA I</u>	Risco: <u>F</u>

Medic.ção Pré-anestésica:	Aplicadas às:	Efeito:
---------------------------	---------------	---------



INDUÇÃO	
Satisf.:	Excit.:
Laringo espasmo:	Lent.:
Náusea:	Vômitos:
Outros:	
MANUTENÇÃO	
1) Mant. 2) Bloq. pleq. 3) Fentanyl 4) Nida 2.5%	
Anestesia Satisf.: ☒ Sim ☐ Não, por quê?	
DESPERTAR	
Reflexos na S.O.:	
Obstr.:	CO2:
Náusea:	Vômitos:
Outros:	
Com cânula:	
Para o leito: ☐ Sim ☒ Não	
CONDIÇÕES: <u>man</u>	

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSIÇÃO	<u>a</u>
Agentes:	<u>Fentanyl, Nida 2.5%, Lidocaína, Cloridrina</u>
Técnica:	<u>Bloq. pleq. braquial</u>
Operação:	<u>Trat. cir. fr. radiol</u>
Cirurgiões:	<u>H. Roberto Bruno</u>
Anestestistas:	<u>M. Francisco Audax Dias Junior</u> CRM 6085
Observações:	<u>Perda Sanguínea:</u>

Dr. André Dias Júnior
Médico
CRM 6085



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICA, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei e o requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192-CEARÁ**, prestou atendimento ao Sr. **JONAS GUSTAVO BATISTA**, portador do RG Nº 2005014126194 inscrito no CPF sob o Nº 052.544.243-03, no dia 9/11/2015 às 00h17min, no município de AQUIRAZ – CE, na rua Ângelo rodrigues monteiro, no bairro Telha Camará. Paciente vítima de queda de moto, onde o mesmo foi encaminhado, para o **Hospital Frotinha da Parangaba**. E para constar eu, Ana Cristine Medeiros Silva Ana Cristine Medeiros Silva, Assessoria Técnica, lavrei a presente certidão.

Eusébio, 24 de novembro de 2015

Atenciosamente,

MARIA DAS GRAÇAS TORRES
Assessoria Executiva
SAMU 192 CEARÁ

SAMU 192 CEARÁ

Rua da Paz, nº 29 e 30, Centro-Eusébio-CE, Fone (85) 3433 7434, Fax:3260 2061

E-mail: samuceara.polo1@samu.saude.ce.gov.br

Ouvidoria do SAMU: ouvidoria.samupolo1@samu.ce.gov.br, Fone : (85) 3260-3797

Erika Marques de Freitas

Fisioterapeuta

CREFITO 210731 - F

RELATÓRIO

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

Jonas Gustavo Batista

Vítima de acidente de trânsito em 09/11/2015 sofreu:

fratura rádio E.

E submeteu-se a tratamento(s):

cirurgico.

Encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez com incapacidade funcional de:

por ADM
lar
limitação para realizar atividades funcionais
edema e dor em antebraço E, diminuição da
de supinação antebraço E e da força muscul-
do antebraço E; parestesia em antebraço E.

Maracanaú: 18/12/2015.


Erika M. Freitas
Fisioterapeuta
CREFITO 210731-F

Erika Marques de Freitas
Fisioterapeuta
CREFITO 210731 - F



Registro de Sinistro



Número Sinistro: 3160007212

Nº B.O.: 20742722015

Nome da Vítima: JONAS GUSTAVO BATISTA			Tipo Sinistrado: MOTORISTA		Natureza: INVALIDEZ
Sexo Sinistrado: M	Data 01/11/1989	Placa:	CPF da Vítima: 052.544.243-03	Data Ocorrência: 09/11/2015	
Cidade AQUIRAZ	UF: CE	CEP: 61000-000	Telefones:		
Email:					
Responsável: KEROENE MARQUES - PARANGABA			Escritório: KAIRO - GLEISON		

SITUAÇÃO DO PROCESSO

Data:	Situação	Observação:
28/12/2015	PROCESSO SOB ANÁLISE	AGUARDANDO NÚMERO DO SINISTRO.
30/12/2015	PROCESSO ENVIADO PARA SEG. LÍDER	
15/02/2016	PROCESSO INDENIZADO	DATA PAGAMENTO: 15/02/2016 VALOR PAGAMENTO: 7087.50

Atenção:

- O processo de avaliação sobre o pagamento da indenização ou reembolso, ocorrerá somente após a apresentação de todos os documentos em conformidade com a legislação vigente.
- O prazo determinado por Lei de 30 dias para o pagamento, somente será iniciado quando este processo completo for cadastrado na Seguradora Líder, gerado o número Megadata.

Av. Mem de Sá, 247 - Loja A Centro, Estado: RJ, Cep: 20.230-151

Tel.: (85) 3046-8253

e-mail: atendimento@comprevseguros.com.br

FORTALEZA - CE

Entre em nosso site <http://www.dpvataruana.com.br> e acesse em CONSULTAR PROCESSO, faça sua consulta individual, citando o CPF da vítima e acompanhe o seu processo em tempo REAL!!!