



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Jefferson Pinheiro de Moura</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Montador</u>	Carteira de Identidade: <u>20073719924</u>
CPF nº: <u>053.124.653-13</u>	Residência: <u>Rua Coronel Lucio, 74</u>	
Bairro: <u>Centro</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>CE</u> CEP: <u>63.700-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS – CE., 11 de Janeiro de 2018.

Jefferson Pinheiro de Moura
 (outorgante)

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

NOME
JERFFERSON LINHARES DE MOURA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 20073719921 SSP CE

CPF
 053.124.653-13

DATA NASCIMENTO
 21/06/1994

FILIAÇÃO
 JEAN DE MOURA FARIAS
 ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES

PERMISSÃO
 ACC CATHAR AB

Nº REGISTRO
 05087890622

VALIDADE
 01/02/2021

1ª HABILITAÇÃO
 23/09/2013

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

Jefferson Linares de Moura
 ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
 CRATEUS, CE

DATA EMISSÃO
 18/03/2016

Igor Vasconcelos Ponte
 ASSINATURA DO EMISSOR

50054481550
 CE151953252

DETALHES DE COTAÇÃO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1276969091

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1276969091



CARTÓRIO MARTINS
 Tabela
 Bel. Edmar Albuquerque Nascimento
 Maria Goretti Albuquerque Nascimento
 Substituto Legal
 Crateus - Ceará

Certifico que a presente
 cópia confere com o
 original respectivo. Dou
 fé.
 10/OUT. 2017
[Assinatura]
 2.ª Tabela Pública

CARTÓRIO MARTINS
 Maria Goretti Albuquerque Nascimento
 2ª TABELA
 CRATEUS - CEARÁ



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranydosantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: Jefferson Lino de Moura		Nacionalidade: Brasileira
Residência: Rua Coronel Lucio, 74		Profissão: Montador
CPF nº: 053.124.653-13	RG nº: 20073719921	Estado Civil: Solteiro
Bairro: Centro	Cidade: Crateús	Estado/UF: CE
CEP: 63.700-000	Telefone: —	

DECLARO que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

Crateús - 11 de Janeiro de 2018.


(declarante)



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce
Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Jefferson Bimbares de Moura</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Coronel Lucio, 74</i>		Profissão: <i>Mentador</i>
CPF nº: <i>053.124.653-13</i>	RG nº: <i>20073719921</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Centro</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>CE</i>
CEP: <i>63.700-000</i>	Telefone: _____	

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.

Crateús - CE, 11 de Janeiro de 2018.

Jefferson Bimbares de Moura

Declarante



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 4072 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **11/10/2017 09:16:53**
Data / Hora da Ocorrência: **18/08/2017 09:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA GERARDO MACHADO**
Complemento:
Bairro: **VENÂNCIOS** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JERFFERSON LINHARES DE MOURA**
Nascimento: **21/06/1994** CPF: **053.124.653-13**
RG: **20073719921** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES**
JEAN DE MOURA FARIAS
Endereço: **RUA CORONEL LUCIO, 74**
Bairro: **CENTRO**
Município: **CRATEUS/CE** CEP: **63.700-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99855-3106**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCM2462** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9BFJF3798BB089158 Renavam: **330487701** Tipo do Veículo:
CAMINHAO Marca / Modelo: **FORD/F350 G** Ano Fabricação: **2011** Ano
Modelo: **2011** Combustível: **DIESEL** Cor: **PRATA** Proprietário: **MARIA**
ELIANE REIS DA SILVA Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento:
ENVOLVIDO

Histórico

O DECLARANTE AFIRMA QUE NO DIA HORA E LOCAL, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO ESTAVA SE CONDUZINDO NA CARROCERIA DO CAMINHÃO ACIMA DESCRITO; QUE RELATA QUE É FUNCIONÁRIO DA EMPRESA ELETROJÓIAIS E NA OCASIÃO DOS FATOS ESTAVA TRABALHANDO, SEGURANDO UMAS CADEIRAS EM CIMA DO REFERIDO CAMINHÃO, QUANDO O CONDUTOR DE NOME FRANCISCO DE ASSIS DE SOUSA REIS PASSOU PRÓXIMO A UM GALHO DE UMA ÁRVORE QUE ACERTOU O DECLARANTE, OCASIÃO EM QUE DESEQUILIBROU-SE E CAIU DO CAMINHÃO, SOFRENDO FRATURA NO DEDO POLEGAR DIREITO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO FOI QUEM LHE SOCORREU PARA A UNIDADE PRONTO ATENDIMENTO-UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO, NESTA CIDADE, APRESENTANDO CÓPIA DO REFERIDO ATENDIMENTO MÉDICO NESTE ATO; QUE APRESENTA COMO TESTEMUNHAS DO SEU ACIDENTE AS PESSOAS ISRAEL SIMÃO MOURA CESAR, PORTADOR DA CNH Nº 0542309165-DETRAN-CE, E CPF 043.001.603, E JOSÉ WELLINGTON FERREIRA DA SILVA, PORTADOR DO RG Nº 2003005068571-SSPDS-CE, CPF 027.229.023-89. E NADA MAIS DISSE.

As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do queixoso, sendo ao mesmo informado que a comunicação de crime não ocorrido ou fato inexistente é crime punível na forma da lei (art. 339 e 340 do CPB).

Assinado digitalmente por
José Milton Alves Samara
Delegado de Polícia Civil
Nº: 404574-1-0

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 15/01/2018 às 09:24, sob o número 01025353520188060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 010253535-35.2018.8.06.0001 e código 3299887.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



BOLETIM DE Ocorrência Nº 445 - 4072 / 2017

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSÉ HILTON ALVES SAMPAIO MAT.: 404574-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

ANA PAULA ALVES SCOTTI - MAT.: 300817-1-4

X Israel Simões Moura César

X Wellington Ferreira da Silva

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Pág. 2 de 2

Impresso em: 11/10/2017 09:34:36



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
UPA DR. OLAVO CAVALCANTE CARDOSO

fls. 12

Impressão: 18/08/2017 09:42

Página 1

v2017001

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 020055	Atendimento 0026	Nome do Paciente JERFFERSON LINHARES DE MOURA	CNS 704509301851914	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 053.124.653-13			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 21/06/1994	Local CRATEUS/CE		Idade 23 Ano(s)	
Pai JEAN DE MOURA FARIAS	Mãe ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES			
Endereço RUA CEL. LUCIO, 74	Bairro CENTRO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão ENTREGADOR	Empresa ELETROJOIAS	Cônjuge		Telefone 88998553106
Responsável ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES	CPF do Responsável	Endereço RUA CEL. LUCIO, 74	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 18/08/2017	Hora 09:42	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MEDICO - UPA			CRM/UF 1/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA	
Observação				

Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

18.08.2017 às 08:52h Paciente apresentando corte em 1 quadrante inferior direito, após queda do carro em movimento.

Paciente com dor no membro inferior direito e ferida com contusão no quadrante inferior direito.

Lygia Silveira
ENFERMEIRA
COREN/CE 376.945

espolatimar 2g EV 11:17

- Rx de mão (D) 10:05
- Propriol-hm (W)

Adriana Lopes Barreto
TÉC. DE ENFERMAGEM I
COREN/CE 376.945

Jana de Andrade Peixoto
Médica
CRM:10669

MEDICO - UPA - CRM: 1

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA NUBIA COSTA LI

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/01/2018 às 09:24, sob o número 01025353520188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 010253535-2018.8.06.0001 e código 3299887.



PRONTO - SOCORRO

RELATÓRIO DE TRANSFERÊNCIA

Data do Atendimento: 18/08/2017 08:42

Nome: Jefferson Linhares de Moura Idade: 23 anos

Nome da Mãe: Antonio Nubio Carlos Linhares CPF: _____

Nº Prontuário: 020055 Município: _____

HDA: Paciente apresentando ferimento linear em 1º quadrante direito, após queda de veículo em movimento, ao Rd em fratura no ant. da fíbula e tibia, medula,

EXAME FÍSICO: ferida linear + fíbula e tibia fraturadas.

EXAMES REALIZADOS: Rx

DIAGNÓSTICO: Fratura exposta.

CONDUTA: antibiótico 1g (cefalotina 2g) + profenid.

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: avaliar ortopedico

HOSPITAL REFERENCIADO: São Lucas.

Crateús, 18/08/17

Médico: _____

Dr. M. G. de Almeida
Médico
CREMEO 5127

DADOS DO PACIENTE									
Nome JERFFERSON LINHARES DE MOURA									
Nascimento 21/06/1994		Local CRATEUS		País Nacionalidade Brasil			Prontuário/Atendimento 020055/0016		
Sexo Masculino		Raça/Cor Parda		Etnia		Estado Civil Solteiro(a)		Idade 23 Ano(s)	
Documento(s) CPF: 053.124.653-13				Religião NÃO DETERMINADA					
Endereço RUA CORONEL LUCIO				CNS 70.4509.301.8519-14					
Fone (88) 9855-3106		Profissão ENTREGADOR		Município CRATEUS-CE		CEP 63700-000			
Responsável ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES				Empresa ELETROJOIAS		Fone Empresa			
Endereço Responsável DOM PEDRO II, 1475 CASA				CPF do Responsável		Fone Responsável			
Mãe ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES				Cônjuge					
				Pai JEAN DE MOURA FARIAS					

DADOS DA INTERNAÇÃO									
Data/Hora 18/08/2017 14:35		Quarto/Leito 006-0003		Aposento ENFERMARIA		Clínica CIRURGICA		Setor CLINICA CIRURGICA	
Convênio SUS		Matrícula		Autorização		Dias 0		Guia	
Médico JAMIL SANCHES JORQUEIRA						CRM 6945			
CID Principal				CID Complementar					
Observação									
Usuário MARIA AUXILIADORA COSTA BARROS				Procedimento SUS					
Data Saída		Hora		Condição da Saída		Usuário Saída		Sisprenatal	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

CRATEUS, 18 de agosto de 2017.

Assinatura do paciente
Responsável pela Impressão: MARIA AUXILIADORA COSTA BARROS

Maria Gizende de Sousa Reis
Assinatura do responsável



Guia de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 020055	Atendimento 0015	Nome do Paciente JERFFERSON LINHARES DE MOURA	CNS 704509301851914	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 053.124.653-13	Data de Nascimento 21/06/1994	Local CRATEUS/CE	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Pai JEAN DE MOURA FARIAS	Mãe ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES	Idade 23 Ano(s)		
Endereço RUA CORONEL LUCIO, 74	Bairro CENTRO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Profissão ENTREGADOR	Empresa ELETROJOIAS	Cônjuge	UF CE	Telefone 88 98553106
Responsável ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES	CPF do Responsável	Endereço RUA CORONEL LUCIO, 74	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 18/08/2017	Hora 11:46	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA	CRM/UF 6945/CE	Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO		
Indicador de Acidente Trânsito	Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE			
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito		
Sinais Vitais				
Peso (kg) 98	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm) 82	R (mpm)
		PA (mmHg) 140x90		

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Auto com acidente
no 1.º andar do 9º andar
bloco anexo

Tras para o ambulatório
de ortopedia

Dr. Jamil S. Jorquera
Traumatologia Ortopedia
CRM 6945

Dr. Nailton Greyek de Castro
Médico
CRM-CE 9575

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA NUBIA COSTA LI

ADMINISTRAÇÃO

Paciente: JERFFERSON LINHARES DE MOURA
Data da Int: 18/08/2017 Dt de Nasc: 21/06/1994
Convênio: SUS Prontuário: 020055
Município: CRATEUS-CE
Nome da Mãe: ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES

PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: _____

NOME DA MÃE: _____

SETOR: C.C.T

LEITO: 6.3 CONVÊNIO: -

DN: - / - / -

PRONTUÁRIO: -

DATA: 19 / 08 / 17

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

01		
02		
03		
04		
05		
06		
07		
08		
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Evolução Médica: _____

Dr. Jamil S. Jorquera
Traumato Ortopedia
CRM 6945

Dr. Jamil S. Jorquera
Traumato Ortopedia
CRM 6945

Assinatura e Carimbo



Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 020055	Atendimento 0026	Nome do Paciente JERFFERSON LINHARES DE MOURA	CNS 704509301851914	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 053.124.653-13			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 21/06/1994	Local CRATEUS/CE		Idade 23 Ano(s)	
Pai JEAN DE MOURA FARIAS	Mãe ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES			
Endereço RUA CEL. LUCIO, 74	Bairro CENTRO	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Entregador ENTREGADOR	Empresa ELETROJOIAS	Cônjuge	Telefone 88998553106	
Responsável ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES	CPF do Responsável	Endereço RUA CEL. LUCIO, 74	Município CRATEUS	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 18/08/2017	Hora 09:42	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento MEDICO - UPA	CRM/UF 1/CE	Funcionário LUCIANO DOS SANTOS DA SILVA	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO	
Indicador de Acidente				
Observação				
Sala	Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

18.08.2017 às 08:52h Paciente apresentando contusão em 1.º quadrante da mão esquerda, após queda do carro em movimento.

Lygia Silveira
ENFERMEIRA
COREN/CE 376.945

Paciente com dor em mão esquerda e fratura de 1.º quadrante da mão esquerda.

exatoloma 2g EV 11:17

- Rx de mão esquerda 10:05
- Prescritor: [assinatura]

Isiana Lopes Barreto
TÉC. DE ENFERMAGEM I
COREN/CE 376.945

Jana de Andrade Leitão
Médica
CRM:10669

MEDICO - UPA - CRM: 1

[assinatura]

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ANTONIA NUBIA COSTA LI

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Paciente: JERFFERSON LINHARES DE MOURA
Prontuário: 020055 Convênio: SUS
Data Nascimento: 21/06/1994
Nome da Mãe: ANTONIA NUBIA COSTA LINHARES
Município: CRATEUS-CE

CIRÚRGICA

DATA

18.08.17

PACIENTE

LEITO

INTERVENÇÃO

CIRURGIA	PROPOSTA	
	REALIZADA	
CIRURGIÃO	Dr. Jamil	
		CRM
AUXILIARES	1º	CRM
	2º	CRM
	3º	CRM
	4º	CRM
ANESTESIOLOGISTA		
	CRM	

TIPO DE ANESTESIA *Local*

PATOLOGISTA

INSTRUMENTADOR(A) *Comito*

CIRCULANTE *Nádia e Comito*

ACHADOS OPERATÓRIOS

*Após incisão na SC.
- fôrtex antérior e amplexo
- fôrtex superior e tubérculo
- fôrtex superior an. 5.5
- fôrtex superior dos fôrtex
- fôrtex com 2 fôrtex de fôrtex 1.5
- fôrtex an. 1.5
- fôrtex com 1.5*

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 20

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

H. S. L.

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

H. S. L.

2 - CDES

24811073

4 - CDES

24811073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jerson Lino de Mota

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

20055

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

21/09/1994

9 - SEXO

Masc.

X1

Fem.

3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Antônia Nubia Costa Lino de Mota

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Barro Preto, 74, Centro

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cariacica

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

12 62700000

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente em tratamento com
medicamento para a
dor e para a
ansiedade.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

EP

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

01401301501470

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Jamil S. Jurguera

18/08/17

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

18/08/17

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Francisco Sanches

CREMEC-01

Médico - Auditor

CPF: 004.736.473-46

CARTÓRIO MARTINS
Bel Edmar Albuquerque Nascimento
Substituto Legal - CRA/4808
Crateús - Ceará



Nº DO CLIENTE
6116232-9

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 Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 494549114

Rota 16 38000 02 003000 - 3 Data de Emissão 25/09/2017

Nome **MARIA JACKELINE MARTINS DE OLIVEIRA**

End. Postal **RU CEL LUCIO 00074**
CENTRO - CRATEUS - 63700000

Medidor 1691248 Poste 0000 0000

Classe **01-RESIDENCIAL MONOFASICO** Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 047821833-80 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Set/2017	25/09/2017	25/10/2017

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
238,28	27,00%	64,33

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ACBF.FF01.4E22.3533.1CF9.EC0D.B6FF.B0E1

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto **CRATEUS**

Mês **Jul/2017** EUSD 63,01

Padrão Individual

	Mensal			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,67	1,34	22,63	0,00	0,00	0,00
FIC	3,30	8,60	3,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,29			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
48207	47885	1,00	322	0,00	322	0,74000	238,28

25/09/17 24/08/17 32 DIAS 322 238,28

VALOR CONSUMO DO MES 238,28

JUROS DO MES 0,20

ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 10,66)

LOTERIA O ADANTO
RECEBIDO EM
24 OUT. 2017
CONVÊNIO 05.005.848-3

VENCIMENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	79,28
Transmissão	7,92
Distribuição	53,85
Encargos Setaoriais	18,64
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	78,59
TOTAL	238,28

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 (%CO ₂)
139,17	0,00	0

TOTAL A PAGAR (R\$)

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ag
250	322	241	280	243	219	214	204	210	246	282	312

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SINISTRO 3170647288 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JERFFERSON LINHARES DE MOURA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** JERFFERSON LINHARES DE MOURA**CPF/CNPJ:** 05312465313**Posição em 11-01-2018 17:27:50**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
28/12/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00