



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490
Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oi); (85)96298847(tim);
(88)94518229(claro) e: e-mail - mamedeaf@gmail.com

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE:

Nome: <u>Jefferson Nunes Batista</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>2007419186-6</u>
CPF nº: <u>061.256.243-31</u>	Residência: <u>Rua Frederico Borges, 194</u>	
Bairro: <u>Muribés</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u> CEP: <u>60175-040</u>

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador Dr. **MAMEDE ADRIANO FILHO**, brasileiro, casado, Advogado, inscrito na OAB-CE., sob o N°. 27490, com escritório na Rua José Hipólito – 485 – Sala – 09, Centro de Messejana – Fortaleza - CE. CEP – 60.871-170, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, **receber e dar quitação**, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive subestabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza 20/09/17

Jefferson Nunes Batista

OUTORGANTE



MAMEDE ADRIANO FILHO, OAB/CE: 27490
Rua José Hipólito, 485, Sala 9, Messejana - Fortaleza-Ce.
CEP: 60.871-170- Cels: (85)88081329(oi); (85)96298847(tim);
(88)94518229(claro) e: e-mail - mamedeaf@gmail.com

DECLARAÇÃO

Nome: <u>Jefferson Nunes Batista</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Autônomo</u>	Carteira de Identidade: <u>20074/9186-6</u>	
CPF nº: <u>061.256.243-31</u>	Residência: <u>Rua Frederico Borges, 194</u>		
Bairro: <u>Minibus</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60.475-090</u>

Em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza, 27/09/17.

Jefferson Nunes Batista

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
R. CARAPINIMA, 2200 LOJA 115A
FORTALEZA - CE
60015-290



JACKSON NUNES BATISTA
R FREDERICO BORGES 194
FORTALEZA - CE
60175-040

JK501650258BR





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

fls. 11

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 102 - 20187 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data / Hora da Comunicação: **31/10/2013 13:54:07**
Data / Hora da Ocorrência : **14/08/2013 22:00:07**
Endereço da Ocorrência: **R JORGE ACURCIO**
VILA UNIAO FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: **DEFRONTA AO COLEGIO AURELIO CÂMARA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEFFERSON NUNES BATISTA**
Nascimento : **04/04/1993**
RG: **200741918616** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:
Filiação: **FIRMINO NOGUEIRA BATISTA**
LUCIENE ALVES NUNES
Endereço: **R JORGE ACURSO 722 CASA**
VILA UNIAO 60000000
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **87136399**

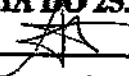
Histórico

AFIRMA A NOTICIANTE EM DATA, HORA, E LOCAL SUPRA CITADO, QUE SEU FILHO SE ENVOLVEU EM UM ACIDENTE DE TRÂNSITO, EM SUA MOTO DE MARCA: SHINERAY XY500, ANO: 2012, COR: VERMELHA. AFIRMA A DECLARANTE QUE O SEU FILHO DE NOME: JEFFERSON NUNES BATISTA, SE ENCONTRAVA COM SUA MOTO PARADA, QUANDO TAXISTA PLACAS IGNORADAS, EVADIU-SE DO LOCAL, QUE O MESMO FEZ UM RETORNO IRREGULAR VINDO A COLIDIR NA MOTO DA VÍTIMA, QUE O MESMO RATHU COM A CABEÇA NO FIO DE PEDRA, QUE FRATUROU O CRANIO EM 03 PARTES, HEMORRAGIA DO ESQUERDO. QUE OS POPULARES AÇIONARAM O SAMU. QUE FICOU HOSPITALIZADO 02 SEMANAS E NÃO FORA OPERADO. ESCORIAÇÕES EM QUASE TODO O CORPO. E NADA MAIS DISSE.////

Noticiante(s)

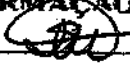
Nome : **LUCIENE ALVES NUNES**
Endereço : **R QUARENTA E OITO 294**
Bairro : **JEREISSATI II**
Município/UF : **MARACANAÚ CE BRASIL** Telefone: **371-0589**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 25. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: 

NOME: "ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: 

VISTO DO DELEGADO(A): 

DELEGACIA DO 2. DISTRITO POLICIAL

Pág. 1 de 1

Impresso em: 31/10/2013 02:11

Pág. 1 de 1

DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

Impresso em: 25/03/2014 09:43

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/09/2017 às 09:40, sob o número 01704685920178060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0170468-59.2017.8.06.0001 e código 2F9DE9C.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 132 - 1959 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/03/2014 09:40:48**
Data / Hora da Ocorrência : **14/08/2013 22:00:48**
Endereço da Ocorrência: **R JORGE ACUSIO -**
VILA UNIAO FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: **DEFRONTA AO COLEGIO AURELIO CAMARA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEFFERSON NUNES BATISTA**
Nascimento : **04/04/1993**
RG: **200741918616** Órgão Emissor: **SSP UF: CE** - CPF:
Filiação: **FIRMINO NOGUEIRA BATISTA**
LUCIENE ALVES NUNES
Endereço: **R JORGE ACURSO 722 CASA**
VILA UNIAO 60000000
FORTALEZA CE BRASIL
Telefone: **87136399**

Histórico

AO ADENDO DO BOLETIM DE OCORRENCIA Nº 102- 20187-2013, AFIRMA O NOTICIANTE QUE A VITIMA JEFFERSON NUNES BATISTA, SOFREU O ACIDENTE , QUANDO PILOTAVA A MOTO DA MARCA SHINERAY XY50Q, PARTIDA ELETRICA, COMBUTIVEL A GASOLINA, ANO FAB. E MODELO 2012/2012, CHASSI LXYXCBLO/7C0295372, MOTOR LP39FMBCD05100449CC, COR VERMELHA, RENAVAL Nº 030717. NADA MAIS DISSE.

Noticiante(s)

Nome : **NAZARENO GOMES DE SOUSA**
Endereço : **R PEDRO MARTINS 357**
Bairro : **BOM JARDIM**
Município/UF : **FORTALEZA CE BRASIL**
Telefone:

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MATRÍCULA: 15533714

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : Nazareno Gomes de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

MATRÍCULA: 167746-1-8

HOSPITAL BATISTA MEMORIAL - HBM
SISTEMA DE CONTROLE CLINICO
REGISTRO DE INTERNAÇÃO

PÁGINA: 1 / 1
DATA: 24/08/2013
HORA: 07:55:30

12117

Prontuário 163975	Atendimento 5465	Reserva/Guia *85011331*
----------------------	---------------------	----------------------------

Paciente JERFFERSON NUNES BATISTA [CPF:]	Sexo Est. Civil M Solteiro	Dt Nasc. 04/04/1993	Telefone 85 88480244	R.G. 20074191866	Código CNS 898004010252008
Endereço JORGE SCUCIO Bairro VILA UNIAO	Num. Complemento 722	Cidade FORTALEZA	Profissão	UF CE	
Nome da Mãe LUCIENE ALVES NUNES	Endereço	Cidade FORTALEZA	Cep	Num. Telefone	
Responsável LUCIENE ALVES NUNES					

Médico Atendente 258350 ARLINDO NOGUEIRA SOBRINHO [CRM: 7605] [CPF: 80727000497]	Médico Acompanhante 258350 ARLINDO NOGUEIRA SOB [CRM: 7605] [CPF: 80727000497]
Procedimento 0303040084 TRATAMENTO CONSERVADOR DE TRAUMATISMO CRANIOENCEFALI	Cid S062 TRAUM CEREBRAL DIFUSO
Sector 101 RECEPCAO (INTERNAMENTO HOSPITALAR)	Origem PACIENTES DO IJF
Convênio 50 SUS	
Comodação POSTO: 010216 - POSTO III ENFERMARIA: 016114 - ENFERMARIA 313 LEITO: 30 / 313-21	
Data mín. para alta - 24/08/2013	Data máx. para alta - 26/08/2013
Atendente -	DAIANA PEREIRA

Resumo de Tratamento

Acompanhante.....? [] Sim [] Não Data admissão 24/08/2013 Data alta 26 / 08 / 13

Internação anterior..? [] Sim [] Não Hora admissão 07:41 Hora alta 10 : 50

Alta.....: Curado.....: [] * Melhorado.....: [] Inalterado.....: [] Clínica..: Médica.....: []

Piorado.....: [] A pedido.....: [] Indisciplina.....: [] Cirúrgica.....: []

Transferido.....: [] Falecimento.....: [] Evasão.....: [] Obstétrica.....: []

Diagnóstico:

Internação.: TE

Definitivo...: TE

Histórico:

26 uti e TE ECCIF

T e de u uti em pto bnd e

Alta -1	Ralo X:	Uti
Perm -2	[] Simples	Entrada
Transf -3	[] C/Contraste	Salda
Óbito -4		

Motivo

[] Sangue..: [] Rh..: [] [] A [] B [] C [] D [] E [] F [] G

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS DE DIREITO QUE TODOS OS DADOS ACIMA MENCIONADOS FORAM FORNECIDOS E CONFERIDOS POR MIM, COM BASE EM DOCUMENTOS LEGAIS, E QUE SÃO TOTALMENTE VERÍDICOS.

Luciene Alves Nunes
Assinatura do Paciente

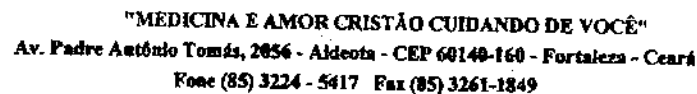
Armando Nogueira Sobrinho
CRM 7605
NEUROCIRURGO
Carimbo e Assinatura do Médico

RG

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MAMEDE ADRIANO FILHO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/09/2017 às 09:40, sob o número 01704685920178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0170468-59.2017.8.06.0001 e código 2F9DE9C.

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
Identificação do Estabelecimento de Saúde				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA			2 - CNES: 2529149	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: HOSPITAL BATISTA			4 - CNES:	
Identificação do Paciente				
5 - NOME DO PACIENTE: JEFFERSON NUNES BATISTA			6 - Nº PRONTUÁRIO:	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):		8 - DATA NASCIMENTO: 04/04/1993	9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem	10 - RAÇA/COR
11 - NOME DA MÃE: LUCIENE ALVES NUNES /FIRMINO NOGUEIRA BATISTA		12 - TELEFONE DE CONTATO:		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL:		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO) R. JORGE ACUSO 722 VILA UNIAO				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: FORTALEZA		17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP: 60000000
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM TCE.				
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS				
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS+TC DE CRANIO				
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: TCE		24 - CID 10 PRINCIPAL:	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TTO CLINICO CONSERVADOR /			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0303040084	
29 - CLÍNICA: NEURO	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: CLINICO/CONSERVADOR	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 23/08/2013	35 - ASSINATURA E CARIMBO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO	39 - CNPJ DA SEGURADORA:		40 - Nº DO BILHETE:	
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	42 - CNPJ DA EMPRESA:		41 - SÉRIE:	
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO			43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR:		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:			
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: / /	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELHO):			

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente



NOME DO PACIENTE: <u>Gejerson Nunes Batista</u>		PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM		ENFERMARIA / LEITO <u>321</u>		CONVÊNIO <u>SUS</u>		N.º PRONTUÁRIO	
DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			GLICEMIA CAPILAR					
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO						
<u>23</u> <u>08</u> <u>13</u>			(23:10x5) Pot adm	M-					
			Atde nesta uni	T-					
			dade, aduindo	N-					
			da TAF para						
			medicam. TIO de	HIGIENE ORAL					
			res com Dr. An	M-					
			lindo, pois	T-					
			conhecente, sei-	N-					
			entende, obra	M-					
			liza, diambur	T-					
			la, SSUZ estave	N-					
			eliminações zira	MUDANÇA DE DECUBITO					
			logicas, gase	M-					
			to, neg HAS +	T-					
			DR + obaga m	N-					
			dicamentada, m	CURATIVO					
			queixas no mo	Característica da Ferida:					
			mento, segue	a - () Incisão cirurgica () limpa e seca					
			nos eucloua	() Hiperemiada					
			da enfermoe	b - () Úlcera () estagio I () estagio II					
			gem.	() estagio III () estagio IV					
			PA. 1,20x80mm lg	c - () Exudato seroso					
			T. 36.3°C	() Exudato seroso sanguinolento					
			(23:50x5) Puncione	() Exudato sanguinolento					
			de AVP com scalp	() Exudato purulento					
			23 com Exito.	d - () Tecido de granulação					
				() Tecido necrotico () Fibrina					
ASS.;	ASS.;	ASS.;		Ass.:					
COREN.;	COREN.;	COREN.;							



**HOSPITAL
BATISTA
MEMORIAL**

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Thomás, 2856 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

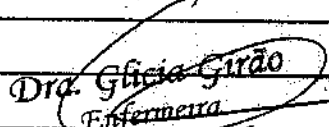
"MÉDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Tomás, 2856 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1849

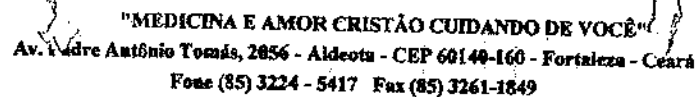
PRESCRIÇÃO MÉDICA

[illegible]

"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"
Av. Padre Antônio Tomás, 2856 - Aldeota - CEP 60140-160 - Fortaleza - Ceará
Fone (85)3224-5417 - Fax (85)3261-1849

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ME DO PACIENTE: Jefferson Lemes Batista		ENFERMARIA/LEITO 321	CONVÊNIO SUS	Nº PRONTUÁRIO
DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO DA APLIC. MEDICAMENTO	ASS. - ENFERMAGEM	
25	① Dnt Ine	SND		
08/13	① Hlanks 100 po 8x8	14 . 22 . 06		
	① Antal 1R po 12/24	18 . 06		
	① Decid q po 12/24	22 10		
	① edc lula o 3w	manter	 Dra. Glícia Girão Enfermeira Coren-CE 59.676	
				



PRESCRIÇÃO ENFERMAGEM					
NOME DO PACIENTE:	Jeferson Nunes Batista	ENFERMARIA / LEITO	321	CONVÊNIO	
				N.º PRONTUÁRIO	
DATA	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM				
	MANHÃ	TARDE	NOTURNO	GLICEMIA CAPILAR	
26-08-2013	10:00 Pct no TTO Clinico de RCE, Hto lesi. Poncruente por tacto verbaliza dor bala, acuta c/cita + medicação diluição do p.o. expiração f. max de 15 cm/sec Pa - 120 x 80 mmHg T - 36°C pct + sau de sala Hospitalar às 10:50 per ordem medica Tatiana 705362			M-	
				T-	
				N-	
				M-	HIGIENE ORAL
				T-	
				N-	
				M-	MUDANÇA DE DECUBITO
				T-	
				N-	
				M-	CURATIVO
				T-	Característica da Ferida:
				N-	a - () Incisão cirúrgica () limpa e seca
					() Hipermiada
					b - () Úlcera () estagio I () estagio II
					() estagio III () estagio IV
					c - () Exudato seroso
					() Exudato serosanguinolento
					() Exudato sanguinolento
					() Exudato purulento
					d - () Tecido de granulação
					() Tecido necrótico () Fibrina
ASS.;	ASS;	ASS;	Ass.		
COREN;	COREN;	COREN;			



"MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ"

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 – Aldeota – CEP 60140-160 – Fortaleza – Ceará

Phone: (85) 4005-2999 – Fax: (85) 4005-2945

DATA	HORA	EVOLUÇÃO
23/08/13		Pt. adulto e g. de TE ECC 19. T2 de ca. cto. sup. lateral e h. l. E cd. l. l. l.
24.08.13		Na. alert. orient. l. l. l. ECC 11. cd. l. l. l.
25.08.13		Na. alert. orient. l. l. l. ECC 11. cd. l. l. l.
26.08.13		Na. alert. orient. l. l. l. ECC 11. cd. l. l. l.

NOME: Jefferson N. Bolinas.

APTO./LEITO:

CONV.

PRESCRICAO DIARIA : EMERGENCIA

NOME : JEFERSON NUNES BATISTA.

DATA: 23/08/2013

1- DIETA BRANDA

SND

2- SF 2000ML EV 28 GTS/ MIN

~~500(23:50)~~ 500() 500() 500()

3- TRAMAL 100MG + 100ML SF 0,9% EV 8/8H S/N SN

4- PROFENID 100MG+100ML SF EV 2XDIA

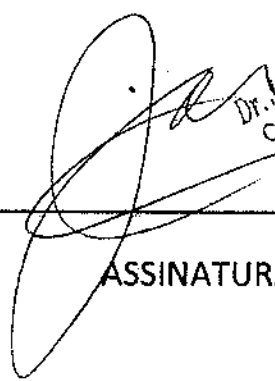
~~24~~ 12

5- ANTAK 150MG VO 2X DIA

~~06~~ 18

6- DIPIRONA 2ML EV SOS

SN


ASSINATURA DO MÉDICODr. Jose Soares de Macedo
Cir. Geral - CRM 4974
CHEFE EQUIPE - I



MEDICINA E AMOR CRISTÃO CUIDANDO DE VOCÊ

Av. Padre Antônio Tomás, 2056 - Aldeota - CEP 60140-160 Fortaleza - Ceará

Fone: (85) 4005-2999 - Fax: (85) 4005-2945

Pronto Atendimento

Clínica Médica 24h
Buco-Maxilo-Facial 24h
Clínica de Imagens
Tomografia, Ultra-som
Raios X

**Internamentos
Clínicos & Cirúrgicos**

Cir. Buco-maxilo-facial
Cirurgia Cardíaca
Cirurgia Geral
Cir. Neurológica
Cir. Pediátrica
Cirurgia Plástica
Cir. Proctológica
Cirurgia Ortopédica
Cirurgia Urológica
Cirurgia Vascular
Cirurgia Médica
Ginecologia
Obstetrícia

UTI

Rim Centro (Hemodiálise)
Litotripsia Extra-Corpórea
Fisioterapia

Atst p a 2 de ju

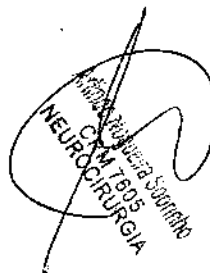
Jeffer N. Bant et al

ml ml do 24 a 26 08/13

3 DE out de 30/13

de de regu

20.08.13





SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o (a) Sr. (a) Leuciene Alves Nunes esteve neste Instituto no período
de 21 / 08 / 2013 a 1 - 1 - acompanhando o (a) paciente
Jefferson Nunes Batista, vítima de acidente, em observação
na emergência.

Fortaleza, 21 de agosto de 2013

M. do Sacramento

Assinatura / Carimbo

Assinatura digitalizada
Data: 21/08/2013
Hora: 14:00



INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA
 Rua: Barão do Rio Branco, 1816 - Centro,
 Fortaleza-Ceará.
 Telefone: (85) 3255 5000



Dr. Amândio Pereira de Sena Filho
CREMEC 1279
Neurologista

Consultórios Populares

ATESTADO MÉDICO

ATESTADO PARA OS DEVEDORES
FILHO, ROSE JEFFERSON NOVES

DATISTA - RG - 2007419186-6 -

SSRDS - C; SEBUNDO A YAMATSE
E DOENÇAS DO S.F. SOTRE
EM 14/08/2013 TRAVANHA
CRANIOENCEFALICO (C.I.D. - 10-369)

COM CONDIÇÃO CRANIOENCEFALICA
TOCA SUB-DORSA. AFECTAÇÃO
APRESENTA HIPOMIÉLIA, CEFALIA
TÓRACICA E SORVELEIRA, CON-
DIZIÇÃO COM SÍNDROME
POSTRAUMÁTICA (C.I.D. - 10-702)

ESTÁ DE ALTA
Feitor, 14/08/2013. Amândio

Rua João Moreira 327 - Centro (ao lado da Santa Casa)
Fone (85) 3454-1449 / 3458-1592 / 3045-1593

SINISTRO - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JEFFERSON NUNES BATISTA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO

Sabemi Seguradora S/A-Filial Rio de Janeiro-RJ

BENEFICIÁRIO JEFFERSON NUNES BATISTA

CPF/CNPJ: 06125624331

Posição em 20-09-2017 09:12:19

Verifique os dados digitados e repita a
consulta ou clique aqui

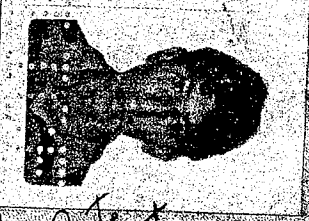
fls. 30

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS



Polgar Direito



Jefferson Nunes Batista
 ASSINATURA DO TITULAR

CARTeira de IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007419186 - 6	DATA DE EXPEDIÇÃO 23/12/2009
NOME JEFFERSON NUNES BATISTA	
FILIAÇÃO FIRMINO NOGUEIRA BATISTA	
LUCIENE ALVES NUNES	
NATURALIDADE FORTALEZA - CE	DATA DE NASCIMENTO 04/04/1993
DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 4 - ZONA TERMO 105987 FOLHA: 113	
LIVRO: A/89 FORTALEZA - CE	
CPF	
 ASSINATURA DO DIRETOR	
LEI Nº 7.116-DE 29/08/83	

P. 6

Este documento é uma reprodução em papel do original. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.trf4.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0170468-59 e código 2F9DEAL.

fls. 31



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO



Número

061.256.243-31

Nome

JEFFERSON NUNES BATISTA

Nascimento

04/04/1993

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Para conferir a validade desta inscrição, consulte o site do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) no endereço eletrônico: www.receita.fazenda.gov.br