



PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Jefferson Alves de Sousa, brasileiro, solteiro, agricultor, inscrito sob o RG nº 2006034023177, emitido pelo SSPCE, CPF 040.116.903-09, residente na Rua Princesa Isabel, s/n, Centro, Groaíras - CE

pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus procuradores JOAQUIM JOCEL DE VASCONCELOS NETO, advogado inscrito na OAB/CE sob número 20.392, DIEGO SILVA PARENTE, advogado inscrito na OAB/CE sob número 24.856, com escritório profissional localizado na Rua Estanislau Frota, Nº 340, Loja 1, centro, Sobral, Ceará, CEP 62.100-000 – Tel. (088) 3611-6210, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicia, em qualquer Juízo, Instância, Órgão, Poder Constituído ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo (a) nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda poderes especiais para, receber citações e/ou intimações, confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, receber RPV e/ou precatório, propor Execução, requerer Falência, habilitar crédito, ação ordinária, procedimento sumaríssimo, ação rescisória, embargos, agravos representando ainda os outorgantes, para o fim do disposto nos artigos n.ºs 358 e 359 do Código de Processo Civil, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta em outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso, sempre no interesse do outorgante.

Sobral/CE, 05 de novembro de 2018.

Jefferson Alves de Sousa
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

Jefferson Alves de Souza, brasileiro, solteiro, agricul-
tor, RG nº 2006031023177 - SSPCE, CPF nº 040.116
903-09, residente na Rua Princesa Isabel, s/n, centro,
Groaíras - CE

DECLARA, nos termos dos artigos nºs 98 à 102 do Código de Processo Civil, que dispõe sobre a prova documental para todos os fins de direito, inclusive para fazer prova junto a esse Juízo, que é pobre, na forma da lei, não podendo arcar com custas e emolumentos judiciais, sem prejuízo de seu sustento e de seus familiares, pelo que assumo inteira responsabilidade, sob as penas da lei, pela presente declaração.

Sobral/CE, 05 de novembro de 2018.

Jefferson ali de Souza
DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

13-1

POLEGAR DIREITO

Jefferson Alves de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

040.16.903-09

Nome

JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Nascimento

09/02/1989

040.16.903-09



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2006031023177 DATA DE EMISSÃO 21/3/2006

NOME JEFFERSON ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO VALDECI CARNEIRO SOUSA E LINDET E ALVES ROCHA

NATURALIDADE GROAIRAS-CE DATA DE NASCIMENTO 9/2/1989

DOC. ORIGEM CERT. NASC. 5812 L A-6 F

174 GROAIRAS-CE

CPF

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 116 DE 20/08/83



Nº de Inscrição:
59823437



DADOS DO CLIENTE

Nome: LINDETE ALVES ROCHA
End. Leitura: RU PSA ISABEL, SN, CENTRO
Cidade: GROAIRAS
End. Entrega:
Cidade:
Local: 136 Setor: 001 Quadra: 102 Lote: 0247 CEP: 62.190-000
Subsetor: Subquadra: CEP: 60.000-000

UN-BAC - GROAIRAS

ECONOMIAS

Residencial: 001 | Comercial: 000 | Industrial: 000 | Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	Volume (m³)	Média Semestral(m³)
AGUA	A10F046058	914	925	11	5

DATAS

Leitura Atual: 26/05/2016 Emissão: 23/06/2016 Lacre Água: A10F046058
Leitura Anterior: 25/04/2016 Próxima Leitura: 25/06/2016 Lacre Esgoto:

QUALIDADE DE ÁGUA DISTRIBUIDA REFERENTE A: 06/2016

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	15	15	5	15	15
Analisadas	15	15	5	15	15
Em conformidade	15	3	0	15	15

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

AGRADECEMOS SUA PONTUALIDADE. AGUA TRATADA E SAUDE.
RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
		Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
AGUA	22,94		0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
			0000	0
		03/2016	6	0
		04/2016	6	0
		05/2016	9	0

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,22	Valor do Serviço	41,69
COFINS	1,09	Subsídio(-)	18,75
		Total de Serviço	22,94
MÊS/ANO 06/2016		VENCIMENTO 06/07/2016	
		TOTAL A PAGAR (R\$) 22,94	

AT CLIENTE_201606_21.FIC

ONDE PAGAR SUA TAXA
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo, Outrora PagFacil.
A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua agência. Ative já este serviço. Consulte sua agência.





INDEFERIMENTO ADMINISTRATIVO

Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2017

Carta nº: 10788729

A/C: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170189622 ASL-0130269/17
Vítima: JEFFERSON ALVES DE SOUSA
Data Acidente: 30/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.seguradoralider.com.br, ou ligue para a SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.seguradoralider.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez, é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Faq. 01889/01890 - carta_01



Rio de Janeiro, 06 de Abril de 2017

Carta n°: 10789243

A/C: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Sinistro/Aviso Sinistro Líder: 3170189622 ASL-0130269/17

Vítima: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Data Acidente: 30/04/2016

Natureza: INVALIDEZ

Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em 28/03/2017 a documentação relativa ao acidente ocorrido em 30/04/2016. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento não conclusivo
- Comprovação de ato declaratório

Pag. 01575/01576 - carta_03



Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na **SEGURADORA LÍDER DPVAT - REGULAÇÃO** onde o aviso de sinistro foi registrado.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Seguradora
LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

(//)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização



Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170189622 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JEFFERSON ALVES DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO SEGURADORA LIDER DPVAT - OPERAÇÃO CORREIOS

BENEFICIÁRIO JEFFERSON ALVES DE SOUSA

CPF/CNPJ: 04011690309

Posição em 02-07-2017 19:10:34

A documentação abaixo encontra-se pendente, devendo ser entregue no mesmo local em que a documentação inicial foi entregue.

Descrição	Tipo	Status	Nome
☐ Comprovação de ato declaratório	Vítima	Pendente	
☐ Autorização de pagamento	Beneficiário	Não Conforme	JEFFERSON ALVES DE SOUSA

ATENÇÃO - Clique aqui se o documento pendente for a comprovação de ato declaratório

Qualquer um dos documentos abaixo podem ser apresentados como comprovação de ato declaratório:

Atendimento e/ou remoção pelo Corpo de Bombeiros, ou

Atendimento pela Polícia Militar, ou

Atendimento pela Polícia Civil, ou

Atendimento e/ou remoção pela Polícia Rodoviária Federal, ou

Atendimento e/ou remoção pelos "Anjos do Asfalto", ou concessionárias de vias públicas ou similares, ou

Remoção pelo SAMU, ou

Remoção pela Defesa Civil, ou

Inquérito Policial, ou

Aviso de sinistro em seguradora do ramo auto ou

Outro documento que evidencie que o acidente relatado no B.O. por ato declaratório de fato ocorreu na data/local informado.

ATENÇÃO: Os documentos acima, inclusive os emitidos pela rede de atendimento médico-hospitalar, deverão ser produzidos imediatamente após o acidente e permitir a comprovação do nexo de causa e efeito entre o acidente e as lesões.



ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetutados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

9 8150 8127

Joffersonsaura@yahoo.com

senka: 7694 912

Rio de Janeiro, 03 de Outubro de 2017

Carta nº 11749944

a/c: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

Sinistro: 3170189622 ASL-0130269/17
Vitima: JEFFERSON ALVES DE SOUSA
Data Acidente: 30/04/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.seguradoralider.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0052500526 - carta_16





DOCUMENTOS ENVIADOS PARA SEGURADORA LÍDER



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 553 - 2582 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **23/08/2016 09:38:34**
Data / Hora da Ocorrência: **30/04/2016 00:00:00**
Endereço da Ocorrência: **VILA JACURUTU**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **GROAIRAS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JEFFERSON ALVES DE SOUSA**
Nascimento: **09/02/1989** CPF:
RG : Orgão Emissor: UF:
Filiação: **LINDETE ALVES ROCHA**
VALDECI CARNEIRO SOUSA
Endereço: **RUA PRINCESA ISABEL, 2200**
Bairro: **COHAB** CEP:
Município: **GROAIRAS/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa o declarante que no dia 30 de abril deste ano, por volta das 00h, dirigia a motocicleta Honda CG 125 FAN de placa HYR4927 da localidade de Malhada Grande para sua casa que fica no município de Groairas, quando ao passar pela localidade de Jucurutu, derrapou a motocicleta em uma curva, eis que se tratava de uma estrada de terra, e acabou caindo a cabeça em um toco. Em consequência sofreu perda da visão direita. O Declarante confirma que não é habilitado para dirigir veículo automotor e que havia bebido umas duas cervejas em Malhada Grande antes de iniciar sua viagem a Groaíras. A moto é do pai do declarante.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SOBRAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

JOSE WILKENS ARCANJO ARAUJO - MAT.: 134014-1-1

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jefferson Alves de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSÉ FERNANDES VIEIRA JUNIOR - MAT.: 198405-1-4

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

Atendimento: 4486406 | **Paciente:** 875954 - JEFERSON ALVES DE SOUSA
Data e Hora do Acolhimento: 30/04/2016 01:54:22

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO

TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO

CLASSIFICAÇÃO: AMARELO

Paciente Referência: NÃO / **Paciente Regulado:** NÃO / **SAMU:** NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:

paciente 27 anos vítima de queda de moto sem uso do capacete apresentando lesão em olho direito mais trauma hálito etílico aspecto sonolento.

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: 120/90, **Nº Pulso:** 80, **Nº Freq. Resp.:** , **DX:** , **Temperatura:**

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico

☐ Queda? Descrição da Queda:

☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:

☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto

☐ Moto ☐ Utilizava Capacete

☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:

☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

PACIENTE FOIM ATENDIDO EM OUTRO HORARIO NO PLANTAO ANTERIOR

Exame Físico:

PACIENTE FOIM ATENDIDO EM OUTRO HORARIO NO PLANTAO ANTERIOR

Destino do Atendimento: OUTROS

ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA - CRM.: 14100

Santa Casa de M. de Sobral
S.A.M.E.
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA



PREFEITURA DE GROAIRAS
SECRETARIA DE SAÚDE

1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

ADS: _____

Município: _____

Nome: Jefferson Alves de Sousa

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de Nascimento: 09/02/1999

Ocupação: _____

Endereço: Rua do Jacuiter

Bairro: _____

Fone: _____



Motivo do Encaminhamento: Pete no clima de queda de uito,

embriagado, sem capote,

Resultado de Exames: apresentando desorientação e

hessabmas em olho D,

Conduta já realizada: Necessita avaliação

medica

Impressão Diagnóstica _____

Alexsandro Alves
Secretário Adjunto de Saúde

CPF: 655.266.863-53

Portaria: 21/2013

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro 97624

Função Funç

Data 30/09/16

Hora 00:45

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: SCMS

Data: / /

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta / /

Resultado: Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - Nº Registro _____

Função _____

Data / /

(*) Utilizar também como resumo de alta



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
FICHA DE ADMISSÃO - EMERGÊNCIA



ATEND.: 4428957 DT. ATEND.: 1/3/2016 - 17:48

NATL.: 8759754 NASCIMENTO.: 9/2/1989

NOME.: JEFERSON ALVES DE SOUSA

SEX.: MASC

CPF.:

RES.: SUFACIL:

ENDERE.: COVAR

CIDADE.: CENTRO

- CROQUIAS

-CE- CEP: 62190000



QP:

HDA:

Paciente vítima
de acidente de
trânsito, colisão
com poste tranca.

EXAME FÍSICO:

REG;

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

DIAGNÓSTICO INICIAL:

Politraumático

CONDUTA:

Internamento

DIAGNÓSTICO FINAL:

Plano cirúrgico em face

DATA: 01.03.16

Horas:

Dr. Bruno Medeiros
MÉDICO
Res. 14.100

COD. 125

ATA

monitores após aplicação da vancomicina
sem outras queixas.

Ex-Índice:

- REG, volia, hidratação, termocorado.
- ACP: fisiologia.
- Alod.: inocente.
- Excr.: lesão em pele.

Col.: 1. Aq. avul. da cir. plástica.

2. Escaleno vancomicina para Oxacilina
pois o peti apresentou alergia a vanco-
micina.

10/5

Holte o valor a
Bom +

Dr. Thyago Hallisson C. Rios
Médico
CRM: 15.154

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC-5430

05/05

CONTINUA com próximo exame
e exame em foto. Gule. Ate
referir que não tem Acl. 120
Vital

João Paulo Moura Moura do
A Ricardo Zucchi

Antonio Agostinho Moura
Médico
CREMEC-5430

Santa Casa de M. do Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

EVOLUÇÃO

OUTRAS ESPECIALIDADES CLÍNICAS

NOME: Jefferson Alves de Sousa Nº PRONTUÁRIO 815754
SETOR: ENFERMARIA: LEITO:



DATA	
	01/05/16
	adm. v. m. a.
	Dr. Bruno Medeiros MÉDICO CRM: 12740
01/05/2016 09h05	Paciente politraumatizado evoluindo com o. p. l. e. r.
	Glauco 14, um defeito focal evidente na região inferior (2)
	TC de crânio: pequena contusão linear região frontal direita com fratura do assoalho do assoalho
	Cd: - P. l. e. r. e. u. e. n. t. e. - Início anti-convulsivante ATB: Rocefin 1g EV 12/12h por 7 dias Vancomicina 500mg EV 6/6h
	- Parar da Cirurgia Plástica
	Dr. Paulo Roberto Lacerda Leão NEUROCIRURGIÃO CRM: 8022 C.R.O. 21092-2/2009
	Santa Casa de Misericórdia do Hospital SAME CONFERE COM O ORIGINAL Andreia R. Montenegro Portela COORDENADORA
02/05/16	# Evoluções Médica #
	# Jefferson, 27a, 20 BH por:
	- Politrauma -> TCE. (29104/16).
	# Em uso de: - Rocefin 32/12
	- Sarcosina 32/12.
	# Parâmetros
	PA = 160x100 / DX = 113 / T = 36.5°C
	# Paciente segue estável, apresenta melhora da coloração em órbita D. Acute dita. Evolução das lesões traumáticas desconhecidas. Examinando

DATA



06/5

Cartão em nome de

Antônio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

11/5

Cartão

Antônio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

8/5

Cartão em nome de

Antônio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

Agende para pronto

Antônio Agostinho Moura
Médico
CREMEC: 5430

Santa Casa de M. de Sahral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA



EVOLUÇÃO CLÍNICA MÉDICA

PROFISSIONAL:



NOME:

Jefferson Alves de Sousa

Nº PRONTUÁRIO 815574

SETOR:

ENFERMARIA:

LEITO:

DATA

30/03/16

Admissão.

Dr. Bruno Medeiros
MÉDICO
CRM: 14.100

30/04/16

Evolução Médica

Jefferson Alves de Sousa 27 anos, 1º dia na observação por acidente de moto, paciente encontrava-se alcoolizado.

Medicações: Sintomáticos + complexo B.

Parâmetros: FC: 80 FR: 21 PA: 120x80

Evolução: Paciente não colaborativo, apresentando certo grau de agressividade, encontrava-se em grande agitação, foi solicitado a sua retirada.

Restrito ao leito por contenção física pela equipe de enfermagem. Foi solicitado a retirada da contenção. Paciente Glasgow 15, orientado, normoventilado, normo.

Paciente apresenta lesão em globo ocular direito, com hematoma.

ACV: RCR em 2T BNF 5/5

AP: MV(+) SRA FR 21

ABD: Flácido, RHA +, SUG 6

Ext: ppp, normodermas.

Conduta: (1) Aguardar TC de crânio e avaliação da neuro

(2) Liberação Geral

Dr. Bruno Medeiros
MÉDICO
CRM: 14.100

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Anexo

30/4/2016

18442

Paciente vítima de TCE evoluindo com afasia.

Glasgow 15, sem déficit fecal.

TC de crânio: pequena contusão frontal D sem efeito de massa com pequeno efeito focal.

Dr. Paulo Roberto Lacerda Leão
MÉDICO
CRM: 14.100

- Autoriza a realização de sutura
- Manter o limbo 3 dias
- Observar neurologicamente 12h



Paciente: Thompson, Alvin

Patientie: 

BALANÇO HÍDRICO - EMERGÊNCIA

Peso:	En/Lite:	Prohuario:
		4486957

Date: 02/05/16

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM/ NOTAS DE OCORRÊNCIAS

MANHĀ

CORENVCARIMBO

MANHA
3h. Nas for commonfaced others 2. present
apartmente vumidhaeloe ma vetus domos e vivit
na elevat inuz, acate m pliditio de 3. 1
2h. Arimantiole stum 1 A. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 8

TARDE

CORENUTCARIM 30

[illegible]

NOTES

COREN CARIMBO

CONSEJO COMUNITARIO



518657

Nome:	Alves Luis	Clinica:	-	Enf:	-	Letto:	-	Mat:	8-5/5	Reg:		Peso:		Altura:	
-------	------------	----------	---	------	---	--------	---	------	-------	------	--	-------	--	---------	--

[illegible]

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (OCORRÊNCIA PRINCIPAIS)



ALTO
SUSPENSÃO
DE ATIVIDADES

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
ANDRÉIA R. MONTENEGRO PORTO
COORDENADORA

- partida

obtenção de cartã de pila fide

cer para a área de fide

interior do grupo de

prontidão de fide

para fide

interior

Cirurgião

Antônio Agostinho Moura

Médico

CREMOMC: 5430

Assinatura e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

1º Auxiliar

3º Auxiliar

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 99 - Sobral-CE.
12730-000 (12730-000)

Boletim de Cirurgia

NOME DO PACIENTE:

DIAGNÓSTICO:

OPERAÇÃO:

61 MATERIAL DE SALA

TIPO

CALIBRE (espessura)

QUANT.

65

MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO

DOSAG.

QUANT.

VIA

Nº DA AIH

CIRURGIA

REG.:

CÓDIGO CID

CONVERSÃO

CATEGORIA

DETALHES

CÓDIGO SSM

1. PEQUENA 4. SIMULT.

2. MÉDIA 5. MUITO

3. GRANDE 6. ESPECIAL

7. PRINC. E SECUNDARIA

INÍCIO

TÉRMINO

DURAÇÃO

DIA

MÊS

ANO

DIA ÚTIL

Sim

Não

Ricardo Régis A. Montalvão
Médico Anestesiologista
CREMEC-4521

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERIDO EM ORIGINAL
ANDRÉ R. MONTENEGRO
COORDENADOR

74 OXIGÊNIO

INÍCIO HORAS

TÉRMINO HORAS

TOTAL DE HORAS

Ass. da Enfermeira

Antônio A. Justino Moura

Ass. do Cirurgião

CREMEC: 5430

CEIDE - (85) 3611.31

1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

ADS: _____

Município: _____

Nome: Jefferson Oliveira de Sousa

Prontuário N° _____

Sexo: ☒ M ☐ FData de Nascimento: 09/02/89

Ocupação: _____

Endereço: Rua do Jacuete

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Paciente vítima de queda de moto,Resultado de Exames: embriagada, sem capacete,apresentando desorientação e
hematoma em olho D,Conduta já realizada: Necessita avaliaçãomédica

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - N° Registro 97654Função EnfData 30/09/16

Alexsandro Albuquerque Alves
Secretário Adjunto de Saúde
CPF: 655.266.863-53
Portaria: 21/2013
Hora: 00:45

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐Hospitalar ☐Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: SCMSData: / /

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: SCMMunicípio: SobralProntuário N° 875954Alta 08/05/16

Resultado: Clínico/Cirúrgico _____

Resultado de Exames 1 foto anexa em foto

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

Proposta de Conduta para seguimento Exente de pleO problema justificou a referência? Sim ☒ Não ☐O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☒ Não ☐Assinatura do Consultante: Antonio Agostinho Moura

Médico

Assinatura do Consultante - N° Registro 97654

Função _____

Data / /

(*) Utilizar também como recibo de alta

Santa Casa de M. de Sobral
CID: SAMS
CONFERIR COM O ORIGINAL
Andreia B. Montenegro Portela
COORDENADORA



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1344 003 8658



Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

ATEN.: 4486957 DT. ATEND.: 1/5/2016 - 17:48

MATRI.: 875954 NASCIMENTO.: 9/2/1989

NOME.: JEFERSON ALVES DE SOUSA

MAE.: MARIA

CPF.:

CNS: SUSFACIL:

ENDER.: COBAR

BAIRRO: CENTRO

- CIDADE: GRAJAÚ

-CE- CEP: 62190000

10 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MENTO

Masc. 1

Fem. 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente apresenta de queda de peso, melhora com Politerapia.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação

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

Anamnese + exame físico

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Politerapia mantida

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internamento

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

0 1 1 9 5 7 1 0 9

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

01/05/16

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

42 - CNPJ EMPRESA

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Cristiano Araújo Costa

05 MAIO 2015

CRM: 6801

CPF: 104.225.423-34

Gráfica CLEIDE - (68) 3611.372

CNO: 9166(A) 9167(V)

DADOS DO PACIENTE

Matricula...: 875954
Paciente...: JEFERSON ALVES DE SOUSA
Sexo...: MASCULINO
Dt. Nasc...: 9/2/1989
Mãe...: MARIA
Pai...:
E. Civil...: SOLTEIRO
Endereço...: COHAB
Bairro...: CENTRO
Cidade...: GROAIRAS
Fone...: 988695114
CPF...:
Idade...: 27a 2m 21d
Cor...: PARDA
CNS...:
Nº...:
CEP...: 62180-000
UF...: CE



DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
Endereço...:
Documento...:
Fone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 4486957
Data...: 01/05/2016
Procedimento...: 0415030013 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
Medico...: ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA
Unidade Int...: UI EMERGENCIA - ADULTA
Leito...: LEITOEX4-EMERGENCIADULTA
Convenio...: SUS - SIH
Plano...: 1
Carteira...:
N. Guia...:
Atendente...: FRANCO PAULO
Hora...: 17:48
Permanência...: 0Dias

J-2

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
RV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1
Emitido por: LEDA COSTA
Em: 09/05/2016 10:33

Atendimento: 4486957
Data Alta: 08/05/2016
Paciente: 875954 JEFERSON ALVES DE SOUSA
Ota. Atendimento: 01/05/2016 - 17:48
Hora Alta: 23:50



Serviço: 4 CIRURGIA PLASTICA REPA
Leito: 545 LEITO 1124 - ONCOLOGIA
Convenio: 1 SUS - SIH
Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 51 PERMANENCIA POR REOPER
CID: 107 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS
Usuario: LEDA COSTA

Procedimento de Alta: 41503001 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Observação de Alta:

Declaração do Proprietário do Veículo



Eu, VALNECI CARNEIRO SOUSA

RG nº 113254-80, data de expedição 13/09/1980

Órgão SSP-G, portador do CPF nº 656.504.843-68 com

domicílio na cidade de GRADIRAS, no Estado de

CEARA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA PRINCESA ISABEL, nº SN

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima JEFFERSON ALVES DE SOUSA, cujo o condutor era

A VÍTIMA

Veículo: MOTOCICLO

Modelo: HONDA / CG 125 FAN

Ano: 2008

Placa: HYR 4927

Chassi: 9C2JC30708R730080

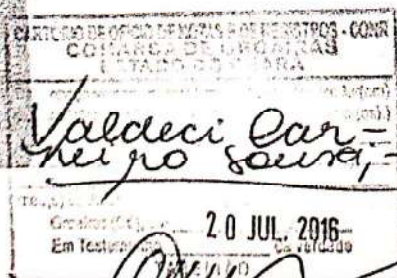
Data do Acidente: 30-05-2016

Local e Data: GRADIRAS 20.07.2016

X Valdeci Carneiro Sousa
Assinatura do Declarante



Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



20 JUL 2016

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

ADS: _____

Município: _____

Nome: Jefferson Dias de Sousa

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de Nascimento: 09/02/89

Ocupação: _____

Endereço: Rua do Jacuiter

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: Bebe vítima de queda de vaso,
embriagado, sem consciência,

Resultado de Exames: apresentando desidratação e
hematoma em olho d,

Conduta já realizada: Necessita avaliação
médica

Impressão Diagnóstica: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro 97634

Função Enf

Data 30, 09, 16

Alexsandro Louqueque Alves
Secretário Adjunto de Saúde
CPF: 655.266.863-53
Portaria: 21/2013
H00:45

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: SCMS

Data: / /

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: SCM

Município: Sobral

Prontuário Nº 875954

Alta 08/10/16

Resultado: Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames 1 foto anexa em fax

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

Proposta de Conduta para seguimento Exerct al pele

O problema justificou a referência? Sim ☒ Não ☐

O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☒ Não ☐

Assinatura do Consultante: Antonio Agostinho Moura

Médico

Nº Registro CREMEC 5430

Função _____

Data / /

(*) Utilizar também como resumo de alta

Santa Casa de M. de Sobral
CID: SAME
COM O ORIGINAL
CONFERIR
Andreia B. Monteiro Pontes
COORDENADORA

FICHA DE REFERÊNCIA

1. Preencha esta ficha em 3 vias
2. Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à unidade de origem.



Unidade de Origem: _____

ADS: _____

Município: _____

Nome: Jefferson Alves de Sousa

Prontuário Nº _____

Sexo: ☒ M ☐ F

Data de Nascimento: 09/02/89

Ocupação: _____

Endereço: Quilombo do Jacuitero

Bairro: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Sete semanas de queda de peso,

emagrecida, sem cefaleia,

Resultado de Exames: _____

exames de urina e sangue e

hemograma em vista D.

Conduta já realizada: _____

Necessita avaliação

unidade

Impressão Diagnóstica: _____

Cr 97674

Fu

30/09/16

Alexandro Alves
Secretário Adjunto de Saúde

CPF: 655.266.863-53

Portaria: 21/2013

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

00:45

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de referência: _____

SCMS

Data: _____

_____/_____/_____

Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta _____

_____/_____/_____

Resultado: Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

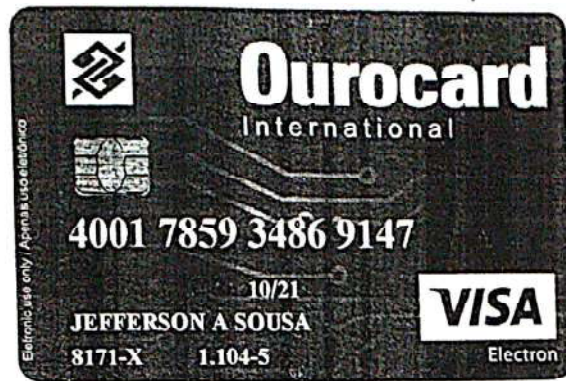
O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do consultante - Nº Registro

Função

Data

(*) Utilizar também como resumo de alta



SISBB - SISTEMA DE INFORMACOES BANCO DO BRASIL
16.02.2017 - AUTO-ATENDIMENTO - 10.37.11

TERMO DE RECEBIMENTO E RESPONSABILIDADE
DO CARTAO

CLIENTE: JEFFERSON A SOUSA
CARTAO: 40017859***9147 ELECTRON - BB VISA ELEC

Confirmo que o cartão está em meu poder, cuja emissão foi por mim autorizada. Estou cliente de minha única, exclusiva e integral responsabilidade pela guarda e uso do cartão.

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.

Banco Postal

*** Extrato de Conta Corrente ***



Agência : 12301671-AC GROAIRAS
Terminal: 99358208 Id Trx : 2871
Nro Aut : 104856 Caixa : 81800916
Data : 21/10/2016 Hora : 10:48
(Horário de Brasília)

BANCO DO BRASIL S.A.

5757802282

0084

EXTRATO CONTA CORRENTE PARA SIMPLES CONFERENCIA

AGENCIA: 8171-X CONTA: 1.104-5
CLIENTE: JEFFERSON ALVES DE SOUSA

HISTORICO	DOCUM.	VALOR
Saldo Anterior		0,00C
21/10/2016		
Deposito Online	820062	10,00C
S A L D O		10,00C

Juros *	0,00
Data de Debito de Juros	01/11/2016
IDF *	0,00
Data de Debito de IDF	01/11/2016

(*) Apurados de acordo com o somatório dos saldos devedores diários no mês anterior ao débito.

SALDO EM CONTA-SALARIO	0,00C
Linhas de Crédito	Crédito*
Financiamentos de Bens/Serviços	
BB Crd Veiculo/Leasing	4.040,00

*VALORES DE REFERENCIA. Representam as melhores ofertas para você e estão sujeitas a confirmação no momento da contratação.

OBSERVAÇÕES:

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC
0800 729 0722





DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JEFFERSON ALVES DE SOUSA,

RG nº 2006031023177, data de expedição 21 / 03 / 2006 Órgão SSP - CE

CPF nº 040.116.903-09, venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>RUA PRINCESA ISABEL</u>
Número	<u>2200</u>
Apto / Complemento	<u>CASA</u>
Bairro	<u>COHAB</u>
Cidade	<u>GRADILAS</u>
Estado	<u>CEARA</u>
CEP	<u>62.190-000</u>
Telefone de Contato	<u>(88) 988119817</u>
E-mail	

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: _____

Assinatura do Declarante Jefferson Alves de Sousa



CAIXA		PIS	
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL		PROGRAMA DE INTEGRAÇÃO SOCIAL	
Número de identificação do Trabalhador		CAD. ANTERIOR	
160.50019.05-4			
Nome do trabalhador			
JEFFERSON ALVES DE SOUSA			
Nome da mãe			
LINDETE ALVES ROCHA			
Data de nascimento	Carteira de Trabalho Número	Série	UF
09/02/1989	0025045	00061	RJ
Endereço da agência		Código banco/agência	
R. HADDOCK LOBO		104/4062-2	
CNPJ/CEI DO EMPREGADOR		Nº 407 /	
01267454/0001-96		Data do cadastramento	
		05/06/2007	

SISTEMA DE INFORMAÇÕES BANCO DO BRASIL
16.02.2012 AUTO ATENDIMENTO 10.37.11

TERMO DE ENTREGA E RESPONSABILIDADE
DO CARTÃO

CONFIRMAÇÃO DE RECEBIMENTO
CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

Confirmo que recebi o cartão e estou ciente de que a emissão do mesmo é de minha exclusiva e integral responsabilidade pela guarda e uso do cartão.

Leia no verso como conservar este documento, entre outras informações.

DO BRASIL
DES

011960207304

CIAMENTO DE VEÍCULO

ENTRADA EXERCÍCIO

000000 2015

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS
MOTOCICLISTAS DE VIA TERRESTRE QUE POSSUAM CARGA A PESSOAIS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011960207304 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2015

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT.

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

2015 05/10/2015

VIA CPF/CNPJ PLACA

01 65650484368 HYR4927

RENOVAM MARCA/MODELO

124519660 HONDA/CG 125 FAN

ANOTAB. DATA DE REGISTRO Nº CHASSI

2008 09 9C2JC30708R730080

PREMIO TARIFÁRIO

PREMIO (R\$) DATA DE PAGAMENTO CUSTO DO SEGURO (R\$)

129.04 14/34 143.38

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) CUSTO DA SEGURO (R\$)

4.15 1.11 292.01

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO

X COTA ÚNICA PARCELADO 10/08/2015

DE/DEPARTAMENTO

LOTE/DO

MOTOR: JC30E78730080

www.seguradora.com.br

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT

SEGURO DPVAT



DOCUMENTOS MÉDICOS



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

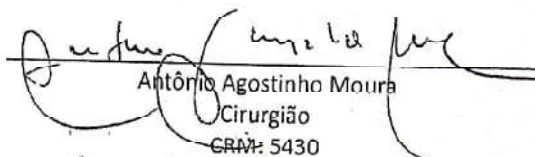
Antônio Agostinho Moura
dragostinho@hotmail.com

RELATORIO MEDICO PARA PERITO DO INSS

Paciente Jeferson Alves de Sousa sofreu queda de moto no dia 30/04/2016 resultando em trauma grave em região ocular direito com avulsão de pálpebra superior direito e diminuição da acuidade visual.

Conduta:

- Desbridamento Cirúrgico
 - Enxerto de pele de pálpebra superior direita.
- Teve evolução com ptose palpebral traumática e perda da acuidade visual (é necessário um laudo do colega oftalmologista)


Antônio Agostinho Moura
Cirurgião
CRM: 5430

Sobral 18 de agosto de 2016.



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

Antônio Agostinho Moura
dragostinho@hotmail.com

RELATORIO MEDICO PARA PERITO DO DPVAT

Paciente Jeferson Alves de Sousa sofreu queda de moto no dia 30/04/2016 resultando em trauma grave em região ocular direito com avulsão de pálpebra superior direito e diminuição da acuidade visual.

Conduta:

- Desbridamento Cirúrgico
- Enxerto de pele de pálpebra superior direita.

Teve evolução com ptose palpebral traumática e perda da acuidade visual
(é necessário um laudo do colega oftalmologista)


Antônio Agostinho Moura
Cirurgião
CRM: 5430

Sobral 18 de agosto de 2016.



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88) 3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550



· ATESTADO MÉDICO

Atesto que

Jefferson Alves L
Junior

Necessita de _____ dias de Licença para
tratamento de Saúde.

Devido:

Doença do tipo
O.D. por trauma
na região / peroneos do fêmur
na região do joelho

C.I.D.

H54.400

Dr. Fco. Ricardo Barreto Dias
SOBRAL
Médico
PROLOGISTA
Méd. 1898 / CPF: 113.145.591-68

Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfica CLEIDE - 3611.3723

Clin. Leiria de Andrade .com. Br



Hospital de Olhos
Leiria de Andrade



P. Jefferson Alves de Sousa

SOLICITO

- Reconstrução total de
palpebra OD.

- ENULTEÇÃO E RECONSTRUÇÃO
DE CAVIDADE

* MATERIAL / LENTE CONFORMADORA
MÉDIA:

IMPLANTE MULLER Nº 14

OU

IMPLANTE POREX Nº 16

Rua Rocha Lima, 1140 . Aldeota
Fone: (85) 3266-5511 . CEP 60.135-000
Fortaleza . Ceará . Brasil

15/09/16
6687



NOME: JEFFERSON ALVES DE SOUSA
CONVÊNIO: PARTICULAR COM CARTÃO MEDSCAN
MÉDICO SOLICITANTE: Dr. (a): DANIELLA T. DE LUCENA ZECH
DATA: 11/07/2016 PRONTUÁRIO: 4172
EXAME: TC ORBITAS

TÉCNICA DE EXAME:

Aquisição volumétrica "multislice" pré/pós contraste iodado EV com pós-processamento e SURE 3D para redução da dose de radiação.

DESCRIÇÃO:

Pele, subcutâneo, pálpebras e ossos sem alterações à esquerda.

Globo ocular esquerdo tópicos com formato, dimensões e densidade habituais.

Gordura intra e extraconal esquerda homogênea.

Musculatura extrínseca do globo ocular esquerdo sem alterações.

Glândula lacrimal esquerda homogênea de dimensões normais.

Fissuras orbitárias e canais ópticos com anatomias preservadas.

Nervos ópticos de calibres, densidades e trajetos habituais.

Canais dos ductos nasolacrimais isométricos.

Fratura tipo "blow out" na parede medial com afundamento da lamina papiracea.

Traços de fraturas com mínimo deslocamento no teto orbitário direito.

Globo ocular direito deformado, diminuído de volume, com densidade heterogênea e laceração no aspecto anterior inferior lateral. Houve luxação do cristalino, descolamento da retina e perda de substância incluindo humor vitreo e aquoso. Densificação e edema palpebral com borramento das interfaces entre o globo ocular, glândula lacrimal, gordura e musculatura (reto superior, reto lateral e oblíquo lateral).

IMPRESSÃO:

Trauma de orbita direita com:

- Fratura tipo "blow out" com afundamento da lamina papiracea na parede medial.
- Fratura com mínimo deslocamento do teto orbitário.
- Laceração do globo ocular com deformidade, diminuição de volume, luxação de cristalino, descolamento da retina e perda de substância (humor aquoso e vitreo).
- Densificação dos planos teciduais entre o globo ocular, pálpebras, glândula lacrimal e músculos, que podem representar complicação inflamatória. Correlacionar com a clínica.

Obs.: Canais nasolacrimais preservados. Não é possível avaliar os ductos da glândula lacrimal..



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL



ID: 875954 Nome: JERFERSON ALVES DE SOUSA - Idade: 27 - Sexo: M
EXAME: TC CRANIO (CT) - Data: 30/04/2016

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO

TÉCNICA:

- Exame realizado sob técnica helicoidal, com imagens processadas e analisadas em workstation, sem administração E.V. do produto de contraste.

LAUDO:

- Área de hipodensidade frontal direita com focos gasosos de permeio.
- Aparente traço de fratura no teto da órbita direita.
- Proptose do globo ocular direito que mostra-se de densidade heterogênea e contornos irregulares.
- Parênquima encefálico restante homogêneo com valores de atenuação normais.
- Ventrículos cerebrais com forma, dimensões e topografia normais.
- Sulcos corticais, fissuras silvianas e cisternas anatômicos.
- Não há desvios das estruturas da linha média.

JORGE HOLANDA
RADIOLOGISTA
CRM 9881

Observação: Este é um exame complementar e deve ser analisado pelo médico solicitante em correlação com dados clínicos e laboratoriais.



PACIENTE: JEFFERSON ALVES DE SOUSA IDADE: 27 ANOS

DATA: 25/05/16

CONVENIO: PARTICULAR

ULTRASSONOGRAFIA DO GLOBO OCULAR DIREITO (MODO B)

TÉCNICA:

Exame realizado com transdutor linear de alta resolução multifrequencial (12mHz) em tempo real, evidencia:

LAUDO:

Globo ocular direito com alteração da forma, dimensões reduzidas, sem evidencia de corpo estranho intra-ocular.

Cristalino de espessura normal e íntegro. Cápsula posterior íntegra.

Diâmetro antero-posterior mede:

Olho direito: 2,0 cm

A ecogenicidade do humor vítreo apresenta-se alterada com marcados sinais de hemorragia vítrea.

Ao doppler não há sinais de descolamento retiniano.

Nervos ópticos sem alterações significativas segundo o estudo ultrassonográfico.


Dr. Michel Santos Palheta
Médico Radiologista
CREMEC: 9275

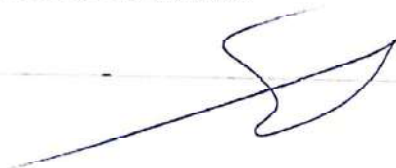


Av. Dom José, 2424 - Centro - Sobral - CE (88) 3611.2577 / 99922.5888 / 99448.2550
e-mail: clinicamichelpalheta@hotmail.com

Autuação na Comarca Vinculada de Groaíras.

Distribuído para Cariré em 18 / 11 / 2017 

Recebido os autos em 30 / 11 / 18, os faço
CONCLUSOS ao MM Juiz



UES

UES