



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de

Outorgante: <u>Jose Genilson Freires Chaves</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>solteiro</u>	Profissão: <u>autonegocio</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>200798887-3</u>	CPF: <u>064.970.863-66</u>	
Endereço: <u>Dua: PV Grande S/Nº</u>		
Cidade: <u>Camocim-Ce</u>	CEP: <u>62400-000</u>	

nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro receber intimações para audiência e perícias médicas, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Fortaleza (CE), 19 de junho de 20 18.

x Jose Genilson Freires Chaves
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, José Genilson Freitas Chaves, residente e domiciliado na Rua Dr. João Carneiro, nº SINº, bairro: -, na cidade de Limoeiro, portador(a) do RG nº 200798887-3, inscrito(a) no CPF nº 064.970.863-66 estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 19 de junho de 20 18.

x José Genilson Freitas Chaves
DECLARANTE



DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a) Sr(a) Jose Genilson Freire Chaves Declara para os devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 19 de junho 2018.

Jose Genilson Freire Chaves

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, José Genilson Figueira Chaves, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº. 200798887-3, inscrito(a) no CPF sob o nº 064.970.863-66, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua PV Larga Bomme, nº 5113, Bairro -, CEP: - /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 19 de junho 2018

x José Genilson Figueira Chaves

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA EDUCAÇÃO, CULTURA E DEFESA SOCIAL

PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ

COPIA DA ORDEM DE IDENTIFICAÇÃO

CARTeira DE IDENTIDADE

Jose Genilson Freires Chaves

Polegar Direito

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007988887 - 3

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/09/2011

NOME JOSE GENILSON FREIRES CHAVES

FILIAÇÃO RAIMUNDO RODRIGUES CHAVES

MARIA DA CONCEIÇÃO FREIRES CHAVES

NATURALIDADE CANOICIM - CE

DATA DE NASCIMENTO 02/04/1996

DOC. ORGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: SURTIDU TERMO: 9.048 FOLHA: 70 LIVRO: A-10

CANOCIM - CE

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N. 7.116 DE 2009/28

P.: 81

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal

Centro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 064.970.863-66

Nome JOSE GENILSON FREIRES CHAVES

Nascimento 02/04/1996

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 521869056

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

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

Esta é a segunda via de
ABR/2018

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

7098800

DV **5**

VENCIMENTO

25/05/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)

44,32

Rota 34 033006 03 010500

Medidor

Poste

Nome MARIA DO SOCORRO FREIRES CHAVES

3554841

0000 0

Endereço Postal

End. da Unidade
Consumidora

PV LAGO GRANDE 00000 LAGO GRANDE CAMOCIM 62400000

RG / CPF / CNPJ 064.701.253-79

CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA

Fator de Potência

0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 1595 1536 1 59 0 59

DESCRIÇÃO DA CONTA

Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA

Consumo faixa 0-30 Kwh
Consumo faixa 31-100 Kwh

30 0,17229 5,16
29 0,29536 8,57

OUTROS PAGAMENTOS

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA

0,93

COB. SALDO FATURA ANTERIOR

29,66

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação

Prev. Próxima
Leitura

18/05/2018

18/05/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

79F2.6A52.9478.52ED.EEC2.7BA6.A48E.144F

ICMS

Base de Cálculo (R\$)

Aliquota

Valor do Imposto

ISENTO

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	7,07
TRANSMISSÃO	0,75
DISTRIBUIÇÃO	4,02
ENCARGOS SETORIAIS	1,08
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,74

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

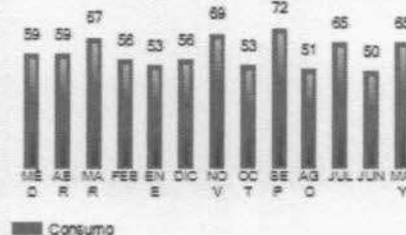
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 5,59

Conjunto CAMOCIM

Mês FEV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,58	21,17	42,34	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,59	15,19	30,39	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,68			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) | Compensado kg (CO₂) | Consciência Ecológica(%CO₂)

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE
SEU NÚMERO DO CLIENTE SEGUIDO DO DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor

NÃO FOI POSSÍVEL COLHER LEITURA POR: - FAT MÉDIA-
LEIT BIMESTRAL ART 46 RES 414

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente:

7098800-5

Nº da Nota Fiscal: **521869056**

Total a Pagar (R\$): **44,32**

Data de Emissão:

22/05/2018

Referência: **ABR/2018**

Nº de Controle: **0007098800 00030 4331 2 34**

83820000000-2 44320031000-2 00070988000-6 00304331206-8



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DGPO/DPI/DELEGACIA REGIONAL DE ACARAU
DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DE JIJOCA DE JERICÓACOARA

BOLETIM DE OCORRÊNCIA - B.O.

Nº Ocor.: 1140/2014

Data Reg.: 03/12/2014

Fone: (88) 98627682

Data da Ocor.: 09/08/2014

NOTICIANTE.: JOSE GENILSON FREIRES CHAVES

Filiação.: RAIMUNDO RODRIGUES CHAVES E MARIA DA CONCEIÇÃO FREIRES CHAVES

Endereço.: Localidade de Corregunho, zona rural de Camocim-CE

RG.: 2007988887-3 SSP CE

CPF.: 064.970.863-66

Natureza da Ocorrência: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Local da Ocorrência.: Localidade de Mague Seco, zona rural de Jijoca de Jericoacoara-CE

Turista: SIM () NÃO (X)

HISTÓRICO:

Afirma o noticiante que na data supracitada, por volta das 14h30min. trafegava pela localidade de Mague Seco, zona rural de Jijoca de Jericoacoara-CE, na motocicleta Honda/NXR 150 BROS ES, do ano de fabricação 2014, placa OIC2230, Chassi 9C2KD0550ER334397 cód.Renavam 1012556819, cor predominante branca, em nome de VANDERLEI CARLOS CARDOSO, QUE afirma que ao colidir com um BUGGY que também trafegava na via, perdeu o equilíbrio da motocicleta e caiu no chão. QUE foi socorrido ao hospital de Jijoca de Jericoacoara-CE, QUE sofreu trauma abdominal, fratura em: M3D (supra e infra); QUE em seguida foi transferido para Santa Casa de Misericórdia de Sobral-CE; Que deseja dar entrada no seguro DPVAT. Nada mais!!!!

OBS.: TODAS AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO DE INTÍMIA RESPONSABILIDADE DO DECLARANTE.

Destino () Delegacia () Cartório () Investigação () Arquivo

Obj. Apreendido: () Sim () Não

Escrivã
MAT. Nº 300.088-1-2

Ana Katiucya Correia Ribeiro
Escrivã de Polícia
Mat.300.088-1-2

Registrante: *Jose Genilson Freires Chaves*

Visto Delegado(a):

OBS. Informação falsa prestada à polícia é crime.

DADOS DO PACIENTE

Matrícula... 821017
Paciente... JOSE GENILSON PERES CHAVES
Sexo... MASCULINO
Dt. Naso... 2/4/1996
Mae... MARIA DA CONCEICAO FREIRE CHAVES
Pai...
E. Civil... SOLTEIRO
Endereço... GURIU Nº... 0
Bairro... MUNICIPIO CEP... 62400-000
Cidade... CAMOCIM UF... CE
Fone... 99101804

DADOS DO RESPONSÁVEL

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

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento... 3893659 Atendente... JONADABE OLIVEIRA
Data... 13/08/2014 Hora... 15:39 Permanência... 5 Dias
Procedimento... 0407040161 LAPAROTOMIA EXPLORADORA
Medico... NATHALIA ASFOR PARENTE - RESIDENTE
Unidade Int... UI EMERGENCIA - ADULTA
Leito... LEITO 1017 - EMERGENCIA ADULTA
Convenio... SUS - SIH
Plano... 1
Carteira...
M. Guia...

Santa Casa de Misericórdia de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
PP. Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Esta conta foi paga com recursos próprios provenientes de seus familiares e contribuições sociais

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL - RESPEITO, AMOR E DEDICAÇÃO

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
IV/2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação Emitido por: POLLY
comprovante da Alta Hospitalar do Paciente Fm: 22/08/2014 14:39

4.4

Atendimento... 3893659 Dt. Atendimento... 13/08/2014 - 15:39
Data Alta... 22/08/2014 Hora Alta... 14:41
Paciente... 821017 JOSE GENILSON PERES CHAVES

Serviço... 12 GASTROENTEROLOGIA Convenio... 1 SUS - SIH
Leito... 235 LEITO 1427 - SAO JOSE Plano... 1 SUS - SIH

Alto... 1 ALTA MELHORADA Usuario... POLLY
ID# R100 ASSUME AGUDO



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO

Identificação do Estabelecimento de Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

AIH : 231410414694-8
Estabelec.: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
JOSÉ GENILSON PERES CHAVES
Assinatura: 02/04/1996
Proced.: 0407040141-LAPAROTOMIA EXPLORADORA
Op.Sistema: DARILO
Protocolo: 222422
Dt.Autoriza: 18/08/2014

Identificação do Paciente
5 - NOME DO PACIENTE
ATEND.: 3893659 DT. ATEND.: 13/8/2014 - 15:39
MATRI.: B21017 NASCIMENTO.: 2/4/1996
NOME.: JOSÉ GENILSON PERES CHAVES
MAE.: MARIA DA CONCEICAO FREIRE CHAVES
CPF.: CNS: 207918155220003 SUSFACIL:
ENDER.: GURIU-O
BAIRRO: MUNICIPIO - CAMOCIM

AIH : 231410414694-8
Estabelec.: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
JOSÉ GENILSON PERES CHAVES
Nascimento: 02/04/1996
Proced.: 0407030140-HEPATORRAFIA
Op.Sistema: DARILO
Protocolo: 222422
Dt.Autoriza: 18/08/2014

MEDICO RESPONSÁVEL

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA 17 - Cód. IBGE-MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente M, 18 anos, submetido a LE em 11/08 devido a trauma abdominal fechado. Lesões a LE: lesão hepática extensa da borda da vesícula do diafragma. Realizado controle de danos com 04 compressas envolvendo lesão hepática. Pelo necessita nova abordagem cirúrgica para retirada de compressas.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO.

Risco de complicações

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

Exames + exame físico.

CONFERE COM O ORIGINAL
PP. Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Lesão hepática extensa

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Laparotomia exploradora

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04070401410161

29 - CLÍNICA 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

1

2

31 - DOCUMENTO () CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Nathalia Azeite

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

13/08/14

35 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

Dr. Zilhalva Dispr. Pereira
Presidente de Cirurgia Geral
C.R.C. 1327

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO
39 - CNPJ DA SEGURADORA
40 - Nº DO BILHETE
41 - SÉRIE
42 - CNPJ EMPRESA
43 - CNAE 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
48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF
49 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Nelson Vasconcelos Lira
Médico Auditor - GERENCIAMENTO HOSPITALAR
52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE IMPLANTAÇÃO

220814

CRM: 6591
CPF: 003.380.757-47

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 28/06/2018 às 09:43, sob o número 014335766201806060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0143357-66.2018.8.06.0001 e código 38D2FDB.



SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

MV 2000 - Sistema de Centro Cirurgico e Obstétrico

Ficha de Cirurgia Descritiva

fls. 23

Página:

Data: 13/8/2014

Hora: 17:49:00

FICHA DE CIRURGIA DESCRITIVA

Aviso de Cirurgia: 247608

Sala: 3

SALA 03

Paciente: 821017

JOSE GENILSON PERES CHAVES

Atendimento: 3893659

Convênio Atend.: 1

SUS - SIH

Carteira:

Leito: 826

LEITO 1017 - EMERGENCIA ADULTA

Idade: 18 Anos 11 Dias 17 Horas

Data: 13/08/2014

Início: 15:42 Fim: 16:48

Hora de Término: 16:50:00

Cid Final: R100 - ABDOME AGUDO

PROCEDIMENTOS

Procedimento: 0407040161 LAFAROTOMIA EXPLORADORA

Convênio: 1 SUS - SIH

Anestesia: 1 GERAL

Procedimento: 0407030140 HEPATORRAFIA

Convênio: 1 SUS - SIH

Anestesia: 1 GERAL

Equipe Médica

ANESTESISTA

250 RICARDO REGIS AGUIAR MONTALVERNE

CIRURGIÃO

31 ELSON ARRUDA LINHARES

1 AUXILIAR

201 RAIMUNDO NONATO ARAUJO

DESCRIÇÃO

- PACIENTE EM D.D SOB ANESTESIA GERAL;
- ASSEPSIA E ANTISSEPSE E CAMPOS CIRÚRGICOS;
- INCISÃO XIFOPUBIANA;
- DIERESE POR PLANOS;
- REALIZADO: INVENTÁRIO DA LOJA HEPÁTICA, LOJA ESPLENICA E DAS ALÇAS, RETIRADA DE 04 COMPRESSAS EM LESÃO HEPÁTICA EXTENSA DA BORDA HEPÁTICA PROXIMA A VESÍCULA BILIAR ATÉ DIAFRAGMA, HEPATORRAFIA DE LESÃO PRÓXIMO A VESÍCULA BILIAR, COLOCADO GELFOAM EM LESÃO HEPÁTICA, APOSIÇÃO DE DRENO DE PENROSE SENTINELA E LAVAGEM DA CAVIDADE COM SFO, 9%.
- SINTESE POR PLANOS
- CURATIVO

Dr. Raimundo Nonato Araújo
CRM: 4883

DR(A): RAIMUNDO NONATO ARAUJO

CRM: 4883

1º Auxiliar

Elson Arruda Linhares
Médico
CRM: 3934

DR(A): ELSON ARRUDA LINHARES

CRM: 3934

Cirurgião

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

DADOS DO PACIENTE

Matrícula...: 821017
 Paciente...: JOSE GENILSON PERES CHAVES
 Sexo...: MASCULINO
 Data Nasc...: 2/4/1996
 Nome...: MARIA DA CONCEICAO FREIRE CHAVES
 Estado Civil...: SOLTEIRO
 Endereço...: GURIU
 Município...: MUNICIPIO
 Cidade...: CAMOCIM
 CEP...: 99101804
 CPF...:
 Idade...: 18a 4m 8d
 Cor...: PARDA
 CNS...:
 Nº...: 0
 CEP...: 62400-000
 UF...: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome...:
 Endereço...:
 Documento...:
 Telefone...:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento...: 3889203
 Data...: 09/08/2014
 Procedimento...: 0415030013- TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO
 Médico...: THIAGO CHILTON DE ALCANTARA JORGE
 Unidade Int...: UI EMERGENCIA - ADULTA
 Leito...: LEITO 1022 - EMERGENCIA ADULTA
 Convenio...: SUS - SIH
 Plano...: 1
 Arteira...:
 Guia...:

Atendente...: RAIMUNDO COSTA
 Hora...: 16:20
 Permanência...: 0 Dias

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

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

RV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
 Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Páginas: 1/1

Emitido por: LUZIANE ROCHA

Em: 13/08/2014 15:23

Atendimento: 3889203 Dt. Atendimento: 09/08/2014 - 16:20

Data Alta: 13/08/2014 Hora Alta: 15:23

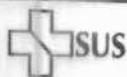
Paciente: 821017 JOSE GENILSON PERES CHAVES

Serviço: 35 OUTROS SERVICOS (convenio: 1 SUS - SIH)
 Leito: 222 LEITO 1482 - RECUPERAC Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 50 PERMANENCIA POR MUDANC Usuario: LUZIANE ROCHA
 CID: T07 TRAUMATISMOS MULTIPLOS NAO ESPECIFICADOS

Procedimento de Alta: 41503001 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Observação de Alta:



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 25

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE S

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Jose Benilson Peres Chaves

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

ATEND.: 3889203 DT. ATEND.: 9/8/2014 - 16:20

MATR.: 021017 NASCIMENTO.: 2/4/1996

NOME.: JOSE BENILSON PERES CHAVES

MAE.: MARIA DA CONCEICAO FREIRE CHAVES

CPF.: CNS: 207918155220003 SUSFACIL:

ENDER.: GURIU O

BAIRRO: MUNICIPIO

- CAMOCIM

-CE- CEP: 62400000

Protocolo: 222118

Estabelecimento: SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

DT. Autoriza: 12/08/2014

MEDICO RESPONSÁVEL

SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 18 - UF 19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente de Ressonância Magnética, com quadro de distúrbio de movimento, manifestando transtorno de movimento.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação.

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

Imagem de Ressonância Magnética.

Santa Casa de M. de S.
CONFERE COM O ORIGINAL
Dr. Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Poliquetose.

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND. 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

5362

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Hepatocarcinoma

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0141703101110

29 - CLÍNICA

CA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

02

31 - DOCUMENTO

() CNS

(X) CPF

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

01041566523111

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

09/08/14

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. George André F. Sales
Médico

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE 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
Dr. Wilson S. de M. MOREIRA
Médico Auditor

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

618.288.233-68

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

12 DEZ. 2015

CPF 628.660.443-02



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE JIJOCA DE JERICOACOARA
SECRETARIA DE SAÚDE

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

FICHA DE REFERENCIA

Unidade de Origem: centro de saúde
Distrito Sanitário: _____ Município: Jijoca
Nome: Jose Genilson Peres Chaves Prontuário Nº.: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 02/04/96 Ocupação: _____
Endereço: Quilô (Camocim) Bairro: _____ Fone: _____
Motivo do Encaminhamento: vitima acidente moto + automovel com
Poletraumatismo, traumatismo abdominal,
Resultado de Exames: Sudorese, palido, com 3 episódios de
convulsão. Fratura MSD. Paciente de Camocim.
PA - 40x60 mmHg. ~~120x80 mmHg~~
Pulso - 62ppm.
Conduta já Realizada: obs: Paciente de Camocim.

Impressão Diagnóstica: _____
Assinatura do Encaminhante: [Assinatura] Função: Médica Data: 09/08/14 Hora: _____
*Dr. Valmir Camocim Montenegro
Médico
CREMEC-14824*

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: / / Hora: _____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: S.C.M-S
Município: Sobral Prontuário Nº: 824037 Alta: 13/08/14

Resumo: Clínico / Cirúrgico tratamento cirurgico de laparotomia
abdominal

Resultado de Exames: laboratoriais

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

Diagnóstico Principal: _____ CID: _____
Secundário 1: _____ CID: _____
Secundário 2: _____ CID: _____

Proposta de Conduta para seguimento: retorno Ambulatório



(1)

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 3150116124 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JOSE GENILSON FREIRES CHAVES**COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RECEPTORA DO SINISTRO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** JOSE GENILSON FREIRES CHAVES**CPF/CNPJ:** 06497086366**Posição em 07-04-2017 14:57:42**

Pedido de Indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO



Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO



Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/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)