



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

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



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Francisco Edson da Silva</u>		Nacionalidade: <u>BRASILEIRA</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2006015000710</u>	
CPF nº: <u>034.285.893-05</u>	Residência: <u>Rua Antonio Lotero, 282</u>		
Bairro: <u>Alto da Colina</u>	Cidade: <u>Novo Quente</u>	Estado/UF: <u>CE</u>	CEP: <u>63.740-000</u>

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

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

CRATEÚS – CE., 10 de junho de 2019.

x Francisco Edson da Silva
 (outorgante)

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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




Francisco Edson da Silva

CPF Federal

Cadastro de Pessoas Físicas
Número de Identificação

031.285.893-05

FRANCISCO EDSON DA SILVA

Nº de Inscrição 02/09/1993



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO 2006015000710 DATA 2006/04/11

NOME FRANCISCO EDSON DA SILVA

FILIAÇÃO LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA E L
EONIZA MARIA DA SILVA

NATURALIDADE CRATEUS-CE

DATA DE NASCIMENTO 2/9/1993

DOC. OBRIG. CERT. NASC. 15145 L A.13 F

2003 NOVO ORIENTE/CE

CPF

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83






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

DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Francisco Edson da Silva</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Antonio Botero, 282</i>		Profissão: <i>Agricultor</i>
CPF nº: <i>031.285.893-05</i>	RG nº: <i>2006015000710</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Altada Colina</i>	Cidade: <i>Novo Oriente</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.740.000</i>	Telefone:	

DECLARO para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Crateús - CE, 10 de Junho de 2019.

** Francisco Edson da Silva*

Declarante



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



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

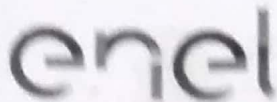
DECLARAÇÃO

Declarante: <i>Francisco Edson da Silva</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Antonio Latoro, 282</i>		Profissão: <i>Agricultor</i>
CPF nº: <i>031.285.893-05</i>	RG nº: <i>2006015000710</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Alto da Colina</i>	Cidade: <i>Novo Oriente</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.740.000</i>	Telefone:	

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

Crateús - CE, 10 de Junho de 2019.

Francisco Edson da Silva
 (declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 573226941
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 03043372/0001-70 | 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

MAI/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
7943698 6

VENCIMENTO
20/05/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
181,48

Rota 04 038030 01 0138010 Medidor 11133634 Poste 0000 0
Nome INGRYD WESS TEIXEIRA SOUSA
Endereço Postal

End. da Unidade RU ANTONIO LOTERO 00282 ALTO DA COLINA NOVO ORIENTE
Consumidora 63740000

RG / CPF / CNPJ 030.815.663-39 CGF
Classe B1 - 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
21148	21018	1	130	0	130

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

DATAS DE LEITURA

Data da Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
08/05/2019	08/06/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

98AC.1C82.5BAC.A387.8D22.9086.80F0.1E3E

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	0,04
JUROS DO MES	0,81
MULTA MORATORIA	0,87
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,89
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	1,16
TAXA DE RELIGACAO	7,98
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	10,11
CUSTO ADMIN RELIGACAO A REVELIA	118,68
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 0,19)	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica(%CO ₂)
		0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

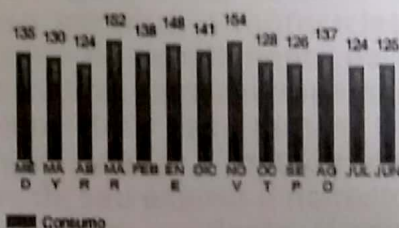
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 21,88

Conjunto CRATEUS

Mês MAR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,00	1,11	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	2,00	0,00
DMIC (h)	3,11			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 7943698-6 Nº da Nota Fiscal: 573226941 Total a Pagar (R\$): 181,48
Data de Emissão: 16/05/2019 Referência: MAI/2019 Nº de Controle: 0007943698 00030 4337 2 22

83810000001-9 81480031000-5 00079436980-4 00304337272-9



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 247 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **07/05/2018 15:51:55**Data / Hora da Ocorrência: **05/05/2018 16:00:00**Endereço da Ocorrência: **SITIO ENTRADA DA LOC. DE LAGOA DE DENTRO**

Complemento:

Bairro: **ZONA RURAL**Município: **NOVO ORIENTE/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)Nome: **SUYANNE TEIXEIRA SOUSA**Nascimento: **03/08/1991** CPF: **045.081.673-73**RG: **559425272** Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **ANTONIA EVANGELISTA DE SOUSA****JOSE ZILMAR TEIXEIRA DE SOUSA**Endereço: **RUA ANTONIO LOTERO, 282**Bairro: **ALTO DA COLINA**Município: **NOVO ORIENTE/CE**CEP: **63.740-000**País: **BRASIL**

Telefone:

Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: NUX7124** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:**9C2KC1550AR146087** Renavam: **224016431** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** AnoFabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:**VERMELHA** Proprietário: **MARIA LUCIA PARENTE AGUIAR MACHADO****ME** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

Que, a declarante juntamente com seu esposo Francisco Edson da Silva e sua filha Raylane Karine Sousa do Nascimento de 07 anos de idade, estavam trafegando na motocicleta Honda/CG 150 Fan, placa NUX7124; QUE, estavam acompanhando o enterro de sua avó até o cemitério localizado na localidade de Lagoa de Dentro, Zona Rural de Novo Oriente-CE; QUE, em certo momento do percurso pararam a motocicleta, para deixar os carros ultrapassarem; QUE, ficaram no acostamento da estrada; QUE, após os carros passarem, um veículo D20, ao tentar ultrapassar, veio a colidir a lateral direita do veículo na motocicleta das vítimas; QUE, seu esposo ao perceber o que ia acontecer, tentou deitar a motocicleta, mas o veículo D20 ainda bateu no braço esquerdo de seu esposo e no rosto de sua filha, vindo a cortar sua boca por dentro e quebrar um dente, já seu esposo sofreu uma fratura no braço esquerdo; QUE, o motorista evadiu-se do local sem prestar nenhum socorro; QUE, o condutor do veículo é conhecido por EVALDO, residente na localidade de Batista, Zona Rural de Novo Oriente-CE; QUE, após colisão as vítimas foram socorridas para o hospital local por populares que também estavam acompanhando o enterro; QUE, sua filha foi transferida para o Hospital de Sobral-CE, com suspeita de Traumatismo Crânio-Encefálico após vomitar muito sangue; QUE, até a presente data encontra-se internada no hospital de Sobral. QUE, seu estado de saúde é estável; QUE, sua irmã Ivina está acompanhando a sua filha no hospital por

*Juliana Almeida
Márcia R. Costa
Secretaria AD-HOC*

DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 07/05/2018 16:03:52

Suzyane Teixeira Sousa



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE



BOLETIM DE Ocorrência Nº 511 - 247 / 2018

conta da declarante estar grávida; QUE, a declarante procurou **Evaldo** para que mesmo ajudasse nas despesas hospitalares de sua filha, onde a princípio concordou, e em seguida sumiu, ninguém sabendo mais seu paradeiro.



DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Julio Klorta *Júlia F. Costa*
Escrivã AD' HOC

"ESCRIVAO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Emerson Faria

VISTO DO DELEGADO(A) :

EMERSON FARIA - MAT.: 30114019



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - DPI
13ª DELEGACIA MUNICIPAL DE POLICIA CIVIL DE NOVO ORIENTE- CE



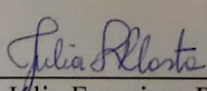
C E R T I D ã O

JÚLIA FRANCISCA RODRIGUES COSTA Escrivã
“ad hoc” de Polícia Civil, em exercício na
Delegacia Municipal de Polícia Civil de NOVO
ORIENTE-CE, no uso de suas atribuições legais,
etc...

C E R T I F I C O, para os devidos fins e efeitos legais, que, na data de 10/05/2018, alterei o conteúdo do Boletim de Ocorrência 511-247/2018, para acrescentar os dados pessoais e endereço das vítimas que foram citadas no referido Boletim de Ocorrência. As vítimas são: **FRANCISCO EDSON DA SILVA**, nascimento: 02/09/1993, CPF: 031.285.893-05, RG: 2006015000710, Órgão emissor: SSP UF: CE, filiação: Leoniza Maria da Silva e Lourival Francisco da Silva, endereço: Rua Antonio Lotero, 282, bairro: Alto Alegre, Município: Novo Oriente/CE, CEP:63.740 e **RAYLANE KARINE SOUSA DO NASCIMENTO**, nascimento: 05/07/2010, filiação Suyanne Teixeira Sousa e Valdemir Araújo do Nascimento, Endereço Rua Antonio Lotero, 282, bairro: Alto Alegre, Município: Novo Oriente/CE, CEP:63.740.

O referido é verdade. DOU FÉ.

Cartório da Delegacia Municipal de Polícia Civil de Novo Oriente-CE, aos dez (10) dias do mês de maio do ano de dois mil e dezoito (2018).



Júlia Francisca Rodrigues Costa
Escrivã “ad hoc”

Júlia F. R. Costa
Escrivã AD' HOC

HOSPITAL E MATERNIDADE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LEITÃO

Nº

DATA: 05/05/18

NOME:

Fca FOSAD DA SILVA

NOME DA MÃE:

Mãe Leandra da Silva

NOME DO PAI:

DATA DE NASCIMENTO: 02/09/43 IDADE: 25. CARTÃO SUS: 16233940363 00041

SEXO:

M ESTADO CIVIL:

PROFISSÃO:

ENDEREÇO:

Avg 101600

CIDADE:

PA:

X MMHG

DX: MG/DL

TEMPERATURA:

°C

1. SINAIS E SINTOMAS:

PRIMEIRA VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO (SIC). PRIMEIRA

LEVA INJUNÇÃO EM COTOVELO (E) COM DEFECLORAÇÃO PL MUMINENTIA

2. DIAGNÓSTICO:

INJUNÇÃO EM COTOVELO (E)

3. CONDUTA:

ENCAMENTAMENTO: HRSL

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. MÉDICO

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: H.M.D. J.M.F.L.

Distrito Sanitário: _____ Município: NOVO ORIENTE

Nome: FRANCISCO EDSON DA SILVA

Prontuário: _____

Endereço: R. ANTONIO LOBATO

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nasc.: 02/09/1993

Ocupação: _____



Motivo do Encaminhamento?

PRETENDO VERIFICAÇÃO DO AUSENTE DE MOTO (SIC), APRESENTANDO
INCURSAÇÃO EM CAROTÍDIO (E) COM DEFEITO DE P/ MOVIMENTAR O

Resultado de Exames: NENHUM

Conduta já Realizada

In. Pressão Dr. Raimundo A. Camelo
CRM/CE: 18803 Exatidão de CAROTÍDIO (E) ?

Assinatura

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: H.M.S.X. Data 07/05/18 Hora _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º _____ Alta / /

Resumo 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 - N.º Registro

Função

Data



SACAMILLO

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 102990
Atendimento 0003
Nome do Paciente FRANCISCO EDSON DA SILVA

Documento(s) 2006015000710

Data de Nascimento 02/09/1993

Local CRATEUS/CE

Pai LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA

Endereço RUA CLARINDO XAVIER, 686

Profissão AGRICULTOR

Responsável SUYANE TEIXERA SOUSA

Mãe LEONIZA MARIA DA SILVA

Bairro ALTO ALEGRE

CEP 83740-000

Município NOVO ORIENTE

Cônjuge

Empresa

CPF do Responsável

Endereço RUA CLARINDO XAVIER, 686

Município NOVO ORIENTE

UF CE

Guia de Autorização

CNS 162339403630004

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino

Idade 24 Ano(s)

UF CE Telefone 88998544817

Data Atendimento 07/05/2018
Hora 10:24
Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Observação trouxe guia de referencia dia 07/05/2018

Sala

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula

CID

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento

CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário

MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Data/Hora Liberação

____/____/____ às ____ hs

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

Sinais vitais

Peso (kg) 62,000

Altura (cm)

T (°C) 36

P (bpm) 82

R (mpm) 22

PA (mmHg) 140 X 90

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 07/05/2018 12:03

Responsável pela Classificação: LUTIELLE PEREIRA AL

Relatório:

paciente transferido para unidade, vítima de colisão de veículos, com edema em MSE na região do cotovelo, para avaliação com médico especialista em traumatologia.

SPO2: 98

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

paciente em atendimento
na unidade com o
cotovelo

X + Atendimento \$ 4446
Análise de risco
Fatores de risco

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: SUYANE TEIXERA SOUSA

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: João Fagundes da Silva Prontuário: _____

Endereço: _____

Sexo: M ☐ F ☐

Data de Nasc.: ____/____/____

Ocupação: _____



Motivo do Encaminhamento? Paciente com dor, edema em

Resultado de Exames: pele após trauma, semelhante a

Conduta já Realizada antibiótico + imagem.

Assinatura Dr. Carlos Mendes Romão

Função _____

14/02/2018

Data

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: _____

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data ____/____/____

Hora _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N.º _____

Alta ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____

CID _____

Secundário 1 _____

CID _____

Secundário 2 _____

CID _____

Proposta de Conduta para seguimento

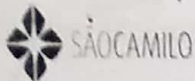
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

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

Assinatura do Consultante - N.º Registro _____

Função _____

Data ____/____/____



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTORIOS



Impressão: 14/02/2018 12:01

Página 1

v2017005

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 132373 Atendimento 0001 Nome do Paciente JOSE FAGNER SALES CAMELO
Documento(s) CPF: 033.266.393-09 Local NOVO ORIENTE/CE
Data de Nascimento 07/01/1988 Mãe TEREZA RODRIGUES SALES CAMELOS
Pai FRANCISCO CAMELO BIO Estado Civil Solteiro(a) Sexo Masculino Idade 30 Ano(s)
Endereço RUA BRAZ CANDIDO MOREIRA, SN Bairro LAGOA DO TIGRE CEP 63740-000 Município NOVO ORIENTE UF CE Telefone 88997789241
Profissão MECANICO Empresa Cónjuge
Responsável MARIA ALICE SALES BIO CPF do Responsável Endereço RUA BRAZ CANDIDO MOREIRA, SN Município NOVO ORIENTE UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 14/02/2018 Hora 11:24 Convênio SUS Matricula CID
Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA CRM/UF 6945/CE Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO
Indicador de Acidente Funcionário MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação trouxe guia de referencia dia 14/02/2018

Sala Data/Hora Liberação às hs. Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 55,000 Altura (cm) T (°C) 36,4 P (bpm) 88 R (mpm) 19 PA (mmHg) 110 X 60

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 14/02/2018 12:00

Responsável pela Classificação: NAIR BANDEIRA LIRA

Relatório:

PACIENTE RELATA TRAUMA EM M, ID HA 01 DIA, RELATA DORMENCIA LOCAL.

SPO2:99

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

Prontuário 132373
Paciente relata trauma em M, ID HA 01 DIA, RELATA DORMENCIA LOCAL.
SPO2:99

J. Jamil S. Jorqueira
Ortopedista

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Jose Fagner Sales
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA ALICE SALES BIO

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: HUNTAFC

Distrito Sanitário: _____ Município: NOVO ORIENTE

Nome: Fco Edison da Silva Prontuário: _____

Endereço: Av. Ant. Lorena

Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nasc.: 02/09/93 Ocupação: _____

Vara Única
C. Novo Oriente
FLS. 20

Motivo do Encaminhamento?

Retorno tratamento físico

Resultado de Exames:

Fratura no braço @ h2 11 dias

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Assinatura: _____ Função: _____ Data: 29/05/18 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____ Profissional: Prontuário 10157A

Unidade de Referência: HRS L Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário N.º _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal _____ CID _____

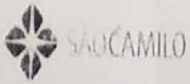
Secundário 1 _____ CID _____

Secundário 2 _____ CID _____

Proposta de Conduta para seguimento

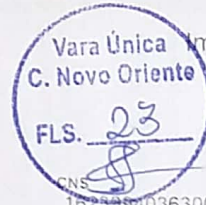
O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - N.º Registro: _____ Função: _____ Data: ____/____/____



SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Guia de atendimento - CONSULTÓRIOS



Impressão: 29/05/2018 10:33

Página 1
v2017/005

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 10299Q Atendimento 0005 Nome do Paciente FRANCISCO EDSON DA SILVA

Documento(s) Identidade: 2006015000710

Data de Nascimento 02/09/1993 Local CRATEUS/CE

Pai LOURIVAL FRANCISCO DA SILVA

Endereço RUA ANTONIO LOTERO, 282

Profissão AGRICULTOR

Responsável SUYANE TEIXERA SOUSA

Mãe LEONIZA MARIA DA SILVA

Bairro ALTO ALEGRE

CEP 63740-000

Município NOVO ORIENTE

Guia de Autorização

Estado Civil Solteiro(a)

Sexo Masculino

Idade 24 Ano(s)

UF CE Telefone 88 97269753

CPF do Responsável Endereço RUA ANTONIO LOTERO, 282

Município NOVO ORIENTE

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/05/2018 Hora 09:28 Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula

CID

CRM/UF 6945/CE

Tipo Atendimento

CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Funcionário

MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

Observação

trouxe guia de referencia dia 29/05/2018

Sala

Data/Hora Liberação

às _____ hs

Tipo de Saída

() Alta () Internação () Óbito

S. Vitais

Peso (kg) 68,000

Altura (cm)

T (°C) 36

P (bpm) 104

R (rpm) 20

PA (mmHg) 130 X 80

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 29/05/2018 10:30

Responsável pela Classificação: LUTIELLE PEREIRA AL

Relatório:

PACIENTE COMPARECE A UNIDADE PARA RETORNO COM MÉDICO TRAUMATOLOGISTA. SEM QUEIXAS NO MOMENTO SPO2,97

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

Handwritten notes:
Paciente comparece
e se apresenta
sem queixas e
sem alterações
na avaliação física.

Handwritten notes:
13:30
alta M

Dr. Jamil S. Jorquera
Médico
CRM-CE 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Handwritten signature: Isotereque

Handwritten signature: Francisco Edson da Silva

Assinatura Paciente/Responsável
SUYANE TEIXERA SOUSA

Handwritten signature: Dr. Junior Ferraz
CRM 6029
TRAUMATOLOGIA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETTRAN - CE Nº 011628096599
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
EXERCÍCIO 2014
VIA 01 COD RENAVAM 00224016431 RNTIC 0000000000

NOME MARIA LUCIA PARENTE AGUIAR MACHA
CRATEUS /CE

CPF / CNPJ 01988881000163 PLACA NUX 7124 /CE
CHASSI 9C2KC1550AR146087

ESPÉCIE TIPO ESPECIE TIPO / NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA
MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI ANO FAB 2010 ANO MOD. 2010

CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

CAP / POT / OIL 22 / 0CV / 149CC
COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA 1
FAIXA IPVA PARCELAMENTO / COTAS 2
PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA 11/06/2014

CRATEUS Igor Ponte

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

CE Nº 011628096599 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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 2014 11/06/2014

VIA 01 CPF / CNPJ 01988881000163 PLACA NUX 7124

RENAVAM 00224016431 MARCA / MODELO HONDA / CG 150 FAN ESI

ANO FAB 2010 ANO MOD. 2010 Nº CHASSI 9C2KC1550AR146087

PRÊMIO TARIFÁRIO FNS (R\$) 129,04 DENATRAN (R\$) 14,34 CUSTO DO SEGURO (R\$) 143,38

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4,13 IOF (R\$) 1,11 COTA ÚNICA

DATA DE QUITAÇÃO 10/06/2014

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 06.246.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br

Vara Única
C. Nova Oriente
FLS. 24

SINISTRO 3190329385 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO EDSON DA SILVA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Compreve

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO EDSON DA SILVA**CPF/CNPJ:** 03128589305**Posição em 07-06-2019 09:04:27**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado, conforme carta enviada para o beneficiário.

Rio de Janeiro, 30 de Maio de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190329385

Vítima: FRANCISCO EDSON DA SILVA

Data do Acidente: 05/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: DENILSON CASTRO DANTAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO EDSON DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequela definitiva, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 0102101022 - carta_04 - INVALIDEZ

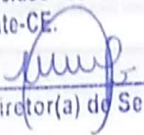
00070511



Carta nº 14393940

CONCLUSÃO

Aos 17 de 06 de 20 19 faço estes
autos Concluso ao MM. Juiz de Direito
Novo Oriente-CE.



Diretor(a) de Secretaria