



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: deranysantos@hotmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome:	Joaquim Junior Costo Meneses			Nacionalidade:	BRASILEIRA
Estado Civil:	Casado	Profissão:	Agricultor	Carteira de Identidade:	108481996402106
CPF nº:	826.275.333-04	Residência:	Quilombo Arrematamento São José		
Bairro:	Dr. Inapua	Cidade:	Crateús	Estado/UF:	Ceará
				CEP:	63.700.000

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, município de Crateús/CE, CEP nº 63.702-885; Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396.

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, substabelecer com ou ser reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., 27 de Setil de 2019.

* Joaquim Junior de Costa Meneses
(outorgante)

FLS. 10

22 FEV. 2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA FEDERAL DO ESTADO DO CEARÁ

JOAQUIM JÚNIOR DE CASTRO MENESES

Polegar Direito

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas

COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número 826.275.333-04

Nome JOAQUIM JÚNIOR DE CASTRO MENESES

Nascimento 30/01/1974

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RECÍPITO GERAL 2008130537 - 5

DATA DE EXPEDIÇÃO 07/03/2012

NOME JOAQUIM JÚNIOR DE CASTRO MENESES

FILIAÇÃO JOAQUIM DE MELO MENESES

NATURALIDADE ANTONIA CASTRO MENESES

CARTEIUS - CE

DOC. ORDEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: POTY TERMO: 2994 FOLHA: 237V LIVRO: 04

CRAIUS - CE

CPF 826.275.333-04

RG: ANT: 239101492

P.: 36

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/09/83

1 VIA

CÓDIGO DE CONTROLE F0EE.076F.2115.E990

A autenticidade deste comprovante deverá ser confirmada na Internet, no endereço www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela Secretaria da Receita Federal do Brasil às 13:35:55 do dia 30/08/2016 (hora e data de Brasília) dígito verificador: 00



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

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro - Crateús-Ce
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 - 6396 - E-mail: deranysantos@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declarante: <u>Joaquim Junior Castro Menezes</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Favelado Armentamento, São José</u>		Profissão: <u>Sapientista</u>
CPF nº: <u>826.275.333-04</u>	RG nº: <u>1084819964</u>	Estado Civil: <u>Casado</u>
Bairro: <u>St. Maria</u>	Cidade: <u>Crateús</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.700.000</u>	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., 27 de Set de 2019.

* Joaquim Junior de Castro Menezes

Declarante



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

Impresso nº 201987880



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 506 / 2019

Dados da Ocorrência

006329/19

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **06/02/2019 09:14:56**
Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2018 21:30:00**
Endereço da Ocorrência: **BR BR 226 KM 13 CRATEUS A INDEPENDENCIA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **CRATEUS/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES**
Nascimento: **30/01/1974** CPF: **826.275.333-04**
CNH: **1084819964** Orgão Emissor: **DETRAN** UF: **CE**
Filiação: **ANTONIA CASTRO MENESES**
JOAQUIM DE MELO MENESES
Endereço: **VILA ASSENTAMENTO SÃO JOSÉ**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **CRATEUS/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99208-7774**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **PMD1526** Uf: **CE** Município: **CRATEUS** Chassi:
9C2KD0800FR026448 Renavam: **1046718824** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR160 BROS ESD** Ano
Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2015** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **BRANCA** Proprietário: **FRANCISCO DEUSIMAR FERREIRA DA**
PONTE Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa o declarante que pilotava a MOTOCICLETA HONDA/NXR 160 BROS ESD DE COR BRANCA E PLACA: PMD1526, licenciada no nome de FRANCISCO DEUSIMAR PEREIRA DA PONTE na BR 226, próximo KM 13 a uma velocidade média de 80km/h, quando ao ultrapassar uma MOTOCICLETA DESCONHECIDA, deparou-se com outra MOTOCICLETA na via e sem qualquer iluminação, onde o declarante desviou, mas ainda bateu a mão esquerda no CAPACETE do PASSAGEIRO da MOTOCICLETA; QUE não caiu ao solo; QUE foi até a sua residência e ao ligar para o proprietário da MOTOCICLETA que pilotava, foi levado até o HOSPITAL SÃO LUCAS situado nesta URBE; QUE não acionou a GUARDA MUNICIPAL desta urbe; QUE não acionou o CORPO DE BOMBEIROS desta urbe; QUE apresenta LAUDO HOSPITALAR ACOMPANHADO DE UMA DECLARAÇÃO relatando: "QUE o paciente JOAQUIM JÚNIOR CASTRO MENESES (Prontuário 39586), CPF: 826275333-04, foi atendido nesta unidade hospitalar (Hospital São Lucas) às 22:37h do dia 18/11/2018, referindo haver sofrido acidente de trânsito; QUE na GUIA HOSPITALAR relata TRAUMA EM MÃO ESQUERDA HÁ CERCA DE 1 HORA"; QUE apresenta como testemunhas do acidente supracitado de nome: FRANCISCO TELES DE DEUS, RG: 2018256419-8 e CPF: 441.345.333-68 e FRANCISCO ANDRÉ ANDRADE DE AGUIAR, CPF: 026.8601.683-88 e RG:

22 FEV. 2019

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

Pág. 1 de 2

Consolidado em: 06/02/2019 09:21:39

Impresso em: 06/02/2019 09:21:39

João

Francisco

André Aguiar



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS



Impresso nº 201987880

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 445 - 506 / 2019

2003014175300, relatando não serem testemunhas oculares do acidente supra, mas presenciaram o declarante com a lesão supracitada posteriormente.

OBSERVAÇÃO: As informações contidas neste Boletim de Ocorrência são de inteira responsabilidade do(a) noticiante, sendo a(o) mesmo(a) informado(a) que a comunicação de crime ou de contravenção não ocorrido ou fato inexistente, bem como imputar-lhe(s) a alguém, de que sabe ser inocente, é crime punível na forma da lei (Arts. 339 e 340, CPB).

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATEUS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniilo da Silva Paiva
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 301186-2-6

DANILO DA SILVA PAIVA - MAT.: 30118626

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X Joaquin Junior de Castro Menezes

VISTO DO DELEGADO(A) :

RENE GOMES MESQUITA - MAT.: 30124944

Renê Gomes Mesquita
DELEGADO DE POLÍCIA
MAT. Nº 301249-4-4

x For eito no dia 09/2/19

x Joaquin Junior de Castro Menezes

22 FEV. 2019

São Lucas

REGISTRAÇÃO SÂO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CDES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CDES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÔD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Doença em andamento
na mão e em orelha
e pulmão direito*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

ET

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÔD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

DECLARAÇÃO

A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS pessoa jurídica de direito privado, entidade filantrópica de assistência social e à saúde, com fins não lucrativos, com sede na Rua Ubaldino Souto Maior, 1052, Centro, CEP 63.700-000, Crateús/CE, regularmente inscrita no CNPJ/MF sob o nº 60.975.737/0076-79, neste ato representado legal abaixo assinado, **DECLARA**, para os devidos fins, que o paciente **JOAQUIM JÚNIOR CASTRO MENESES (Prontuário 39586)**, CPF Nº 826275333-04, foi atendido nesta unidade hospitalar (Hospital São Lucas) às 22:37h do dia 18/11/2018, referindo haver sofrido acidente de trânsito.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente termo de declaração.

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO LUCAS
CNPJ Nº 60.975.737/0076-79.

Dr. João Victor Melo
CREMEC 15492
MÉDICO
CIRURGIÃO GERAL

Dr. João Victor Leitão Melo
Diretor Técnico

22 FEV. 2019

de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586	Atendimento 0012	Nome do Paciente JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES	CNS 700102909339819	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 826.275.333-04		Local CRATEUS/CE	Estado Civil Casado(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 30/01/1974	Mãe ANTONIA CASTRO DE MENESES			Idade 44 Ano(s)
Pai JOAQUIM DE MELO MENESES	Bairro ZONA RURAL	CEP 63700-000	Município CRATEUS	UF CE
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN	Cônjuge MARIA DO SOCORRO TELES	Telefone 88 92087774		
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Município CRATEUS	UF CE	
Responsável MARIA DO SOCORRO TELES	CPF do Responsável	Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 18/11/2018	Hora 22:37	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento ANTONIO JEAN ANDRE DA SILVA			CRM/UF 18383/CE	Tipo Atendimento CONSULTA COM PROCEDIMENTO
Indicador de Acidente			Funcionário WILMA SABOIA LOIOLA	
Sala		Data/Hora Liberação 18/11/2018 23:12	Tipo de Saída Alta	

Sinais Vitais					Oximetria (%): 97	Glicemia (mg/dL)
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C) 36,1	P (bpm) 44	R (mpm) 20	PA (mmHg) 140 X 80	

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 18/11/2018 22:41
Responsável pela Classificação: JEFERSON ALVES VIAN

Relatório:
PACIENTE RELATA TRAUMA E EDEMA NA MÃO ESQUERDA.

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

18/11/2018 23:12:17h Responsável: ANTONIO JEAN ANDRE DA SILVA CRM-CE 18383

PCT, 44 ANOS, NEGA ALERGIAS

COMORBIDADES: NEGA

EM USO DE: NEGA

REFERE QUADRO DE: TRAUMA EM MÃO ESQUERDA HÁ CERCA DE 1 HORA.

EF: EDEMA IMPORTANTE EM MÃO ESQUERDA

CD:

1- VOLTAREM 75 MG, IM

2- RX DE MÃO ESQUERDA (API/OBLÍQUO)

OK 23:27
Presença de fratura fechada
Solicito Avaliação de

Antonio Jean Andre da Silva
Téc. Enfermagem
CRM-CE: 969702

Dr. Thyago Vieira
MÉDICO
CREMEC 19481

ANTONIO JEAN ANDRE DA SILVA - CRM: 18383

22 FEV. 2019

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES

de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586
Atendimento 0014
Documento(s)
CPF 826 275 333-04
Data de Nascimento
30/01/1974

Nome do Paciente
JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES

CNS 700102909339819
Estado Civil
Casado(a)

Guia de Autorização

Sexo
Masculino
Idade
44 Ano(s)

Pai
JOAQUIM DE MELO MENESES

Mãe
ANTONIA CASTRO DE MENESES

Endereço
CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Bairro
ZONA RURAL

CEP
63700-000

Município
CRATEUS

UF
CE

Profissão
AGRICULTOR

Cônjuge
MARIA DO SOCORRO TELES

Responsável
MARIA DO SOCORRO TELES

CPF do Responsável
Endereço
CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Município
CRATEUS

UF
CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento
19/11/2018
Hora
09:58
Convênio
SUS

Profissional do Atendimento
JAMIL SANCHES JORQUEIRA

Indicador de Acidente

Matrícula

CRM/UF
6945/CE

Funcionário

MARTA MOTA VENANCIO DO VALE

CID

Tipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Obs

Sala

Data/Hora Liberação

às _____ hs.

Tipo de Saída

() Alta

() Internação

() Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg)
83,000

Altura (cm)

T (°C)
36,6

P (bpm)
52

R (mpm)
21

PA (mmHg)
110 X 70

Oximetria (%):
98

Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 19/11/2018 10:22

Responsável pela Classificação: PATRICIA ROSA DE AN

Relatório:

PACIENTE COMPARECE AO ATENDIMENTO PARA REALIZAR RAO X DE CONTROLE.

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

T reme mo (E)

v edue / + + + / + + +

Ra mo (E)

10 harte de 20/30/40/50?
metarpo

lura gessede
englobando dedo

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES

22 FEV. 2019

de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586
Atendimento 0015
Documento(s)
CPF: 826 275 333-04
Data de Nascimento 30/01/1974
Local CRATEUS/CE

CNS 700102909339819
Estado Civil Casado(a)

Sexo Masculino
Idade 44 Ano(s)

Pai JOAQUIM DE MELO MENESES

Mãe ANTONIA CASTRO DE MENESES

Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Bairro ZONA RURAL

CEP 63700-000

Município CRATEUS

UF CE Telefone 88 92087774

Profissão AGRICULTOR

Cônjuge MARIA DO SOCORRO TELES

Responsável MARIA DO SOCORRO TELES

CPF do Responsável

Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 29/11/2018
Hora 08:32
Convênio SUS

Profissional do Atendimento JAMIL SANCHES JORQUEIRA
Indicador de Acidente

Matricula

CID

CRM/UF 6945/CE

Funcionário

MONALIZA LOPES CLAUDINO

Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Obervação

Sala

Data/Hora Liberação ____/____/____ às ____ hs.

Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 83,000
Altura (cm) T (°C) 35
P (bpm) 61
R (mpm) 20
PA (mmHg) 150 X 100
Oximetria (%) 98
Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: AZUL Data e Hora: 29/11/2018 10:26

Responsável pela Classificação: LILIAN BATISTA COST

Relatório:

PACIENTE RETORNA PARA REAVALIAÇÃO DO TRAUMATOLOGISTA.

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

Dr. Jamil S. Jorqueira
Traumato Ortopedia
CRM: 6945

JAMIL SANCHES JORQUEIRA - CRM: 6945

Joaquim Junior
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES

22 FEV. 2019

de atendimento - CONSULTORIOS

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 039586
Atendimento 0017
Nome do Paciente JOAQUIM JUNIOR CASTRO ME:IESES
CPF 826 275 333-04
Data de Nascimento 30/01/1974
Local CRATEUS/CE
Pai JOAQUIM DE MELO MENESES
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN
Profissão AGRICULTOR
Responsável MARIA DO SOCORRO TELES

CNS 700102909339819
Estado Civil Casado(a)
Sexo Masculino
Idade 44 Ano(s)

Mãe ANTONIA CASTRO DE MENESES
CEP 63700-000
Município CRATEUS
Bairro ZONA RURAL
Cônjugue MARIA DO SOCORRO TELES
CPF do Responsável
Endereço CAMPO ASSENTAMENTO SAO JOSE, SN

UF CE
Telefone 88 92087774

Município CRATEUS

UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 30/11/2018
Hora 09:41
Convênio SUS
Profissional do Atendimento JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR
Indicador de Acidente

Matrícula
CRM/UF 6029/CE
Funcionário ANTONIA VIERA DA SILVA

CID
Tipo Atendimento CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Observação

Sala Data/Hora Liberação às hs.

Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito

Sinais Vitais

Peso (kg) 80,000
Altura (cm)
T (°C) 36
P (bpm) 62
R (mpm) 20
PA (mmHg) 132 X 84
Oximetria (%) 98
Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE
Data e Hora: 30/11/2018 09:51
Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

paciente com trauma em MSE na mão, há 13 dias, para retorno medico hoje

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

*Mão esquerda
doe no olecranon
na mão direita*

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM: 6029

X Joaquim Junior
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: MARIA DO SOCORRO TELES

22 FEV. 2019

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

S. B. S. C.

2 - CDES

24181073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

J. R. S. L.

4 - CDES

241811073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

89586

Paciente JOAQUIM JUNIOR CASTRO MENESES

Prontuário: 039586 Convênio: SUS

Data Nascimento: 30/01/1974

Nome da Mãe: ANTONIA CASTRO DE MENESES

Município: CRATEUS-CE

8 - DATA DE NASCIMENTO

30/01/74

9 - SEXO

Masc. ☒Fem. ☐

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

CE 03700000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Prontuário em andamento
muito do que o que
habe-se com

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

FPE

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

03081010019

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

108193322835

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

30/11/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - Nº DO REGISTRO DO CONSELHO

22 FEV. 2019

Dr. Ivan Melo Marques
Médico Assistente CRM/CE: 10784
Secretaria Municipal de Saúde de Crateús
Departamento de Controle, Avaliação
Regulação e Auditoria

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETTRAN - CE	
Nº 012411305178	
38626450186	
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
EDIL	012411305178
VIA	COD. RENAVAM
01	1046718824
RINTRC	
0000000000	
NOME/ENDEREÇO	
FRANCISCO DEUSIMAR FERREIRA DA PONTE	
R CAP CASTRO, 01176	
- VENANCIOS	
63700000 - CRATEUS/CE	
CNPJ/CNPJ	PLACA
79859526320	FMD1526
NOME ANTERIOR	
MARIA KAROENNE DE SOUSA JERONIMO	
PLACA ANT/UF	CHASSI
*****/CE	9C2KD0800FR026448
ESPECIE TIPO	COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.	GASOL/ALCO
MARCA/MODELO	ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESD	2015 2015
CAP/POT/CIL	CATEGORIA
2P/0CV/162CC	PARTIC
COR PREDOMINANTE	
BRANCA	
OBSERVAÇÕES	
MOTOR: KD08E0FQ26448	

LOCAL	DATA
CRATEUS	30/06/2016
Assinatura	Assinatura
Igor Ponte	
SECRETARIA DE VARA	SECRETARIA DE VARA



Esta é a segunda via de
JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
7127000 DV **0**

VENCIMENTO
18/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
60,88

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **558507399**

Companhia Energética do Ceará

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

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 34 038002 02 049800 Medidor Poste
Nome JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES 9226494 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade PV ASSENTAMENTO SAO JOSE 00000 IRAPUA CRATEUS 63700000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 826.275.333-04 CGF
Classe B2 - 04-RURAL, 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 22098 21959 1 139 0 139

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	139	0,36315	50,47

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/
Apresentação 18/01/2019
Prev. Próxima
Leitura 18/02/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7D85.D7C5.7B8E.F57E.A78C.2D2D.A1C8.A907

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	26,20
TRANSMISSÃO	2,79
DISTRIBUIÇÃO	14,93
ENCARGOS SETORIAIS	4,00
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,55

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

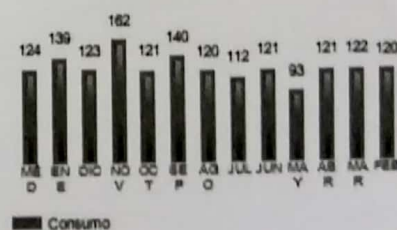
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 27,14

Conjunto

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	0,00			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)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: **7127000-0** Nº da Nota Fiscal: **558507399** Total a Pagar (R\$): **60,88**
Data de Emissão: **20/02/2019** Referência: **JAN/2019** Nº de Controle: **0007127000 00039 4340 2 82**

8381000000-0 60880031000-8 00071270000-5 00394340230-6



22 FEV. 2019

NISTRO 3190166752 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA**CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME****BENEFICIÁRIO** JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENESES**CPF/CNPJ:** 82627533304**Posição em 27-04-2019 18:28:13**

Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo.

Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do

Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
Comprovação de ato declaratório	Vitima	Pendente	

Registrado no livro do tombo
nº 03
35 03

VITIMA JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENDES
COBERTURA Livres
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPÇÃO
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JOAQUIM JUNIOR DE CASTRO MENDES
CPF/CNPJ: 8262753304

Procedido em 27-04-2019 15:28:13

CONCLUSÃO
Seu pedido de indenização foi analisado e identificamos pendências na documentação apresentada. Por favor, regularize os documentos listados a seguir, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para a indenização do Seguro DPVAT.

Comprovação de sua declaração Vitima Pendente