



	Ministério da Fazenda Receita Federal COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF	
Número 321.836.233-49		
Nome LUIS ELINOR BARROS GOMES		
Nascimento 25/12/1967		

3436995

Para regular seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

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

coelco

Grupo Eas

fls. 14

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

56056083

Rota 31 34012 04 091000 - 7

Data de Emissão 16/03/2019

Nome LUIS ELINOR BARROS GOMES

End. Postal PV LAGOA GRANDE 14200

UMARI - APUAIRES - 62630000

Medidor 23029919

Poste 0000 A085

Classe B2 - 04-RURAL 10-RESIDENCIA RURAL MONOFÁSICA

RG / CPF / CNPJ 321836233-49

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Mar/2019	16/03/2019	15/04/2019

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto APUAIRES

Mês Jan/2019 EUSD 16,00

ICMS

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

Padrão Individual

Mensal Trím. Anual Mensal Trím. Anual

DIC 10,44 20,88 41,76 0,41 0,00 0,00

FIC 7,52 15,04 30,09 1,00 0,00 0,00

DMIC 5,58 0,41

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

465E.E860.0E40.74E7.7422.2FF1.8B42.EFD9

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 8766	8671	1,00	95	0,00	95	0,3572	33,91
16-03/19	14-02/19		30 DIAS		95		33,91

DESCRIÇÃO

VALOR CONSUMO DO MÊS

SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO

VALOR (R\$)

33,91

-33,91

VENCIMENTO

15/04/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	17,91
Transmissão	1,91
Distribuição	10,20
Encargos Setoriais	2,73
Tributos (ICMS PIS/COFINS)	1,16
TOTAL	33,91

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

78	95	76	96	75	71	78	68	80	68	81	75	82
FEV	MAI	ABR	AGO	AGO	AGO	AGO	AGO	AGO	AGO	AGO	AGO	AGO

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelco.

Emitido kg(CO₂)

37,09

Compensado kg(CO₂)

0,00

Consciência Ecológica (% CO₂)

0 100

Informações importantes e avisos de vencimento

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

ATENÇÃO! Novo endereço para o atendimento presencial em Apuires

Rua 25 de Janeiro 88 - Centro, de 13h às 17h.

Consta desta fatura R\$ 1,16 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS: 0,61% e COFINS: 2,64%.

Caro Cliente, constam quitadas as faturas de consumo de energia elétrica desta unidade com sumidora vencidas até 31/12/2018, conforme a Lei N. 12.007/2009. Esta declaração substitui quitacoes anteriores.

Nº do Cliente: 3436995

Referência: Mar/2019

Data de Emissão: 16/03/2019

Total a Pagar (R\$): 0,00

Nº da Nota Fiscal: 56056083

Nº de Controle: 0003436995 00136 39452 75

PARA CONFERENCIA: Esta fatura por ter valor inferior ao mínimo para cobrança, não necessita pagamento. Assim, este valor será acrescido na próxima fatura mensal sem qualquer incidência de multas ou encargos.



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Luís Elienon Barros Gomes, brasileiro(a),
Casado, Agricultor, portador (a) de cédula de
 identidade nº 000098023048, inscrito(a) no PF sob o nº
321.836.233-49, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na
PU Jasepa Gamali, nº 142, Bairro
Umani, CEP: 62.630-000 /CE, conforme comprovante anexado
 em meu nome.

Apuians /CE, 19 de junho 2019.

Luís Elienon Barros

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.
 Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.
 E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979

SARA SOMBRA
Advocacia e Assessoria Jurídica
PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE:

Luís Elienor Barros Gomes, Casado, Agricultor, Brasileiro,
RG: 2000098023048 e CPF: 321.836.233-49 com endereço
PV Lagoa Grande, Umarizal - 142 - na cidade de Apuiars
cep. 62.630-000.

OUTORGADA: SARA CAMPELO SOMBRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB-CE sob o nº 23.562, com endereço profissional no Município de Fortaleza/CE, Rua Carlos Vasconcelos 1702, 1º andar, Aldeota; e também no Município de Pentecoste/CE, na Rua Major João Martins, nº 548, Centro, CEP 62.640-000.

PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "ad-judicia et extra", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, **poderes especiais** para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Local, Data Apuiars 19 de junho 2019.

Luís Elienor Barros

Cliente
CPF nº



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado, Fortaleza/CE.
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz, Pentecoste/CE.
E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979

**SARA SOMBRA**

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)

Sr(a) Luis Elienon Barros Gomes 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 tramitara 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. SARA CAMPELO SOMBRA, OAB/CE Nº 23.562, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Apurados /CE, 19 de junho 2019.

Luis Elienon Barros

DECLARANTE

OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.
E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



SARA SOMBRA

Advocacia e Assessoria Jurídica

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Luís Eltoner Barros Gomes,
domiciliado na Rua Lagoa Grande, residente e
142, bairro: Umani, na cidade de Apucarana,
portador (a) do RG nº 0000098023048, inscrito (a) no CPF nº
321.836.233-49, 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.

Apucarana /CE, 19 de junho de 2019

Luís Eltoner Barros

DECLARANTE



OAB-CE 23562

Endereço 1: Rua Pedro de Queirós, 640 - Amadeu Furtado. Fortaleza/CE.
Endereço 2: Rua Dr. Moreira de Azevedo, 458 - Matriz. Pentecoste/CE.
E-mail: advsarasombra@gmail.com - Fones: 85 3243-5517 / 85 9213-9979



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

Impresso nº 2019141532



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 525 - 1203 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **26/07/2018 08:45:59**
 Data / Hora da Ocorrência: **07/04/2018 08:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **RODOVIA ESTRADA QUE LIGA PITOMBEIRA AO**
 Complemento:
 Bairro: **PITOMBEIRA** Município: **ITAJAJÉ/CE**
 Ponto de Referência:

Noticiante(s)

Nome: **LUIS ELINOR BARROS GOMES**
 Nascimento: **25/12/1967** CPF:
 RG: **2000098023048** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
 Filiação: **RAIMUNDA BARROS GOMES**
MANOEL NOJOSA GOMES
 Endereço: **SÍTIO LAGOA GRANDE**
 Bairro: **LAGOA GRANDE** CEP: **62.630-000**
 Município: **APUIARES/CE**
 País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

Informa o noticiante que em data mencionada dirigia-se por um a estrada carroçável que liga a localidade de Pitombeira a localidade de Moreira, conduzindo uma motocicleta de PLACA NUZ4769, COR VERMELHA, CHASSI 9C2KC1680BR329622, quando colidiu com outra motocicleta que vinha na contramão em uma curva. QUE foi socorrido por populares ao hospital do município de Umirim. QUE quebrou o joelho. QUE fez uma cirurgia no joelho por conta do acidente. E nada mais disse.///

O noticiante ficou ciente das penalidades do Art. 299 do C.P.B. (Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante - Falsidade Ideológica.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PENTECOSTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : *[assinatura]*

MARIA ELANE SOARES DE SOUSA - MAT.: 405030-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[assinatura]*

VISTO DO DELEGADO(A) :

VICTOR BARBOSA PIONA - MAT.: 30123573



SãOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Impressão: 24/04/2018 08:41
Página 1
v2017005

DADOS DO PACIENTE

Prontuário	Atendimento	Nome do Paciente	CNS	Guia de Autorização
242345	0001	LUIS ELINOR BARROS GOMES	898005853822332	
Documento(s)			Estado Civil	Sexo
Identidade: 2000098023048			Casado(a)	Masculino
Data de Nascimento	Local		Idade	
25/12/1967	APIAIRES/CE		50 Ano(s)	
Pai	Mãe			
MANOEL NOJOSA GOMES	RAIMUNDA BARROSO GOMES			
Endereço	Bairro	CEP	Município	UF
DISTRITO LAGOA GRANDE, 49	ZONA RURAL	62603-000	ITAPAGE	CE
Profissão	Empresa			Telefone
AGRICULTOR				85 99713425
Responsável	CPF do Responsável	Endereço	Município	UF
ALEXANDRE ANDRADE GOMES		RUA PITOMBEIRA, 49	UMIRIM	CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID
07/04/2018	13:28	SUS		S82.0 Fratura da rótula [patela]
Profissional do Atendimento		CRM/UF		Tipo Atendimento
ADRIANO DE ALMADA FERREIRA		12320/CE		CONSULTA
Indicador de Acidente		Funcionário		
		ROSA MARA NASCIMENTO FERREIRA		
Transição				
Observação				
Sala		Data/Hora Liberação		Tipo de Saída
		07/04/2018 14:49		Alta
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	PA (mmHg)
			80	120 X 70
			R (mpm)	
Classificação de Risco				
Classificação de Risco: VERDE	Data e Hora: 07/04/2018 14:13			
Responsável pela Classificação: ROSA MARA NASCIMENT				
Relatório:				
Cliente encaminhado de Umirim, com edema e lesão em região do joelho D, após acidente de moto, nega alergia medicamentosa, HAS e DM.SPO2 98%aa				



SÃOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

www.saocamiloitapipoca.org.br

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

LUIS EUFON BARROS GOMES

Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

() Retornar ao trabalho.

() Ser dispensado no dia de hoje.

(X) Permanecer afastado do trabalho (90) NOVENTA
dias a partir de HOJE.

Observações: _____

CID: 582.0

ITAPIPOCA, 07 de 04 de 2018

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ASSINATURA CRM 12320

Hospital e Maternidade São Vicente de Paulo
Rua Urbano Teixeira de Menezes, 01
Fazendinha
62500-000 Itapipoca CE
Tel.: 88 3631.5100

ATESTADO MÉDICO

Atesto que o Sr(a) LUIS ELINOR BARROS GOMES necessita afastar-se de suas atividades de 07/04/2018 (sábado) até 05/08/2018 (sábado), para tratamento médico.

Diagnóstico (CID): S82.0 Fratura da rótula [patela]

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º: Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando por esta causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Assinatura do paciente ou representante
para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

ITAPIPOCA - CE, 25 de junho de 2018 - 11:54

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM 12320



SÃO CAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente de Paulo

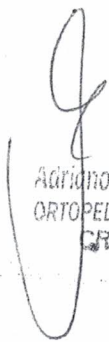
fls. 23

www.saocamiloitapipoca.org.br

Laudo Médico

Declaro que o Sr. **Luis Elinor Barros Gomes**, vítima de trauma há aproximadamente 10 meses, com fratura em patela D, submetido a tratamento cirúrgico, recebendo alta do serviço de ortopedia com sequela funcional moderada em membro inferior D,

Atenciosamente,


Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

Itapipoca – CE, 11 de dezembro de 2018



SAOCAMILO
Hospital e Maternidade
São Vicente do Paulo

41-05-2018
08:00

RECEITA MÉDICA

Prontuário/Atendimento: 242345/3

Paciente: LUIS ELIONOR BARROSO GOMES - 50 Ano(s)

Dt. Nasc.: 25/12/1967

Sexo: Masculino

Convênio: SUS

Endereço: RUA PITOMBEIRA, 49, ZONA RURAL, UNIRIM - CE - CEP: 33000-000

Dt./Hr. Impressão: 09/04/2018 08:55

Prescrição

1 - TORAGESIC

Duração do Tratamento: 5 DIAS

Modo de Usar: Frequência: 12/12 H

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 12 EM 12 HORAS POR 5 DIAS

Dosagem Via
10mg oral

Quant. Apres.
10 (DEZ)

2 - CEFALOXINA 500MG

DCB: cefalexina

Modo de Usar: Frequência: 06/06 H

TOMAR 1 COMPRIMIDO DE 06 EM 06 HORAS POR 7 DIAS

Dosagem Via
500mg oral

Duração do Tratamento: 7 DIAS

Quant. Apres.
28 cap

9 de abril de 2018

Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM 12320

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: DuiriuNome: Luís Elinor Barros Gomes

Prontuário N.º _____

Sexo: M FData de Nascimento 25/12/67 Ocupação: _____Endereço: PitombamaBairro: Curcul Tel: _____Mãe: RAMUNDA BARROS GOMESPai: MANOEL NOBOSA GOMESDocumento (CPF/RG/CERT.NASC.): 21000098023048

Cartão do SUS N.º: _____

Motivo de Encaminhamento: _____

Paciente com história de queda de moto sobre
trauma no peito direito e escorregou

Resultado de Exames _____

no corpo. Repete dor intensa e limitação
funcional no peito direito

Conduta já Realizada _____

Impressão Diagnóstica: trauma no peito D. ate.Assinatura do Encaminhante: Leandro Fernandes

Função _____

Data 10/05/18

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: _____

Ambulatorial

Hospitalar

Auxílio Diagnóstico

Procedimento: RX do peito direito

Profissional: _____

traumatologistaUnidade de Referência: e averbação

Data: ____/____/____

Hora: ____

FICHA DE CONTRA - REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário N.º _____

Alta ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico _____

Resultado de Exames _____

Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento _____

O problema justificou a referência: Sim Não

O motivo de referência coincide com o Diagnóstico? Sim Não

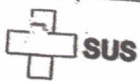
Assinatura do Consultante N.º Registro _____

Função _____

Data ____/____/____

(*) Utilizar também como resumo de alta

(**) Obrigatoriamente devem ser preenchidos todos os campos solicitados.



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

C. C. LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 26

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO - HOSPITAL MAT. SAO VICENTE DE PAULO

2 - CNES
2552086

4 - CNES
2552086

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
LUIS ELINOR BARROS GOMES

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE

8 - DATA DE NASCIMENTO
25/12/1967

9 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

10 RAÇA/COR
01 - Branca

6 - Nº DO PRONTUÁRIO
242345

10.1 ETNIA

11 - NOME DA MÃE
RAIMUNDA BARROSO GOMES

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
ALEXANDRE ANDRADE GOMES

12 - TELEFONE DE CONTATO
(85) 9971-3425

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
RUA PITOMBEIRA, 49, ZONA RURAL

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA
UMIRIM

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO
2313757

18 - UF
CE

19 - CEP
62660-000

10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Vítima de trauma, com fratura de patela D

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dr. Arnóbio Avelino da Silva
*or Técnico
685.524./53-91

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Quadro Acima

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)
Anamnese + Exames

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

2.0 Fratura da rótula [patela]

24 - CID 10 PRINCIPAL
S820

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO
TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA PATELA POR FIXAÇÃO INTERNA

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
Eletivo

31 - DOCUMENTO
(X) CNB () CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
980016278224025

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
0408050527

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO
07/04/2018

35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM CE 12320

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

() ACIDENTE DE TRÂNSITO
() ACIDENTE TRABALHO TÍPICO
() ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

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

DATA DA AUTORIZAÇÃO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARA CAMPELO SOMBRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/07/2019 às 19:53, sob o número 0156388-22-2019.8.06.0001-e código 4D9044C. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0156388-22-2019.8.06.0001-e código 4D9044C.



Prefeitura de
Pentecoste
Pentecoste de novo para você!

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

RECEITUÁRIO

Nome: Luís Elenor Barros Gomes

Declarações

Declaro para os devidos fins que o
paciente supracitado com o diagnóstico
de fratura de rótula (patela) à direita.

Encontra-se em tratamento fisioterapêu-
tico nos meses de agosto de 2018 a
março de 2019. Sendo impossibilidade
de realizar suas totais funções laborais,
com ênfase em limitação de flexo-extensão
de articulação de joelho.

CID 82.0.


Paolielly C. Castro e Silva
Fisioterapeuta
CREFITO 6147LTF

DATA: 28/03/2019

Carimbo e assinatura do Profissional

Rua João Verçosa, s/n - Centro - Pentecoste - Ceará
Fone: (85) 3352-2619 | E-mail: saudepentecoste@hotmail.com

Guia de atendimento - EMERGENCIA ADULTO

Prontuário 242345		Atendimento 0001		Nome do Paciente LUIZ ELINOR BARROS GOMES				DADOS DO PACIENTE			
Documento(s) Identidade: 2000098023048		CNS 898005853822332				Guia de Autorização					
Data de Nascimento 25/12/1967		Local APUIARES/CE		Estado Civil Casado(a)				Sexo Masculino			
Pai MANOEL NOJOSA GOMES		Mãe RAIMUNDA BARROSO GOMES				Idade 50 Ano(s)					
Endereço DISTRITO LAGOA GRANDE, 49		Bairro ZONA RURAL		CEP 62603-000		Município ITAPAGE		UF CE			
Profissão AGRICULTOR		Empresa		Cônjuge SANDRA DE SOUSA ANDRADE GOMES		Telefone 85 99713426					
Responsável ALEXANDRE ANDRADE GOMES		CPF do Responsável		Endereço RUA PITOMBEIRA, 49		Município UMIRIM					
Data Atendimento		DADOS DO ATENDIMENTO									

Data Atendimento 07/04/2018		Hora 13:28	Convênio SUS	DADOS DO ATENDIMENTO		CID S82.0 Fratura da rótula [patela]
Profissional do Atendimento ADRIANO DE ALMADA FERREIRA				Matrícula		
Indicador de Acidente Trânsito				CRM/UF 12320/CE		Tipo Atendimento CONSULTA
Observação				Funcionário ROSA MARA NASCIMENTO FERREIRA		
Sala				Data/Hora Liberação 07/04/2018 14:49		
Sinais Vitais				Tipo de Saída Alta		
Peso (kg)		Altura (cm)		T (°C)		P (bpm)
						R (mpm)
Classificação de Risco						PA (mmHg)
Classificação						120 X 70

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE Data e Hora: 07/04/2018 14:13
Responsável pela Classificação: ROSA MARIA NASCIMENTO

Responsável pela Classificação: ROSA MARA NASCIMENT
Relatório:

Relatório:

DM.SPO2 98%aa

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

07/04/2018 14:49:06h Responsável: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA CRM-CE 12320
Vítima de trauma, com fratura exposta de patela D

Internar para procedimento cirúrgico

Adriano de Almeida Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-CE 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA - CRM: 12320

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: ALEXANDRE ANDRADE GOME

ATESTADO MÉDICO

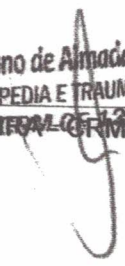
Atesto que o Sr(a) LUIS ELINOR BARROS GOMES necessita afastar-se de suas atividades de 07/04/2018 (sábado) até 25/08/2018 (sábado), para tratamento médico.

Diagnóstico (CID): S82.0 Fratura da rótula [patela]

Resolução CFM 1.658/2002 - Artigo 5º: Os médicos somente podem fornecer atestados codificados ou não quando por justa causa, exercício de dever legal, solicitação do próprio paciente ou de seu representante legal.

Assinatura do paciente ou representante
(para o caso de solicitação do CID pelo paciente)

ITAPIPOCA - CE, 25 de junho de 2018 - 11:54


Adriano de Almada Ferreira
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM 12320

ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

DADOS DO PACIENTE

Nome LUIS ELINOR BARROS GOMES						Prontuário/Atendimento 242345/0003	
Nascimento 25/12/1967		Local APUIARES		País Nacionalidade Brasil		Idade 50 Ano(s)	
Sexo Masculino		Raça/Cor Branca		Etnia		Religião	
Documento(s) Identidade: 2000098023048				Estado Civil Casado(a)		CNS 89.8005.853.8223-32	
Endereço DISTRITO LAGOA GRANDE		Nº 49		Bairro ZONA RURAL		Município ITAPAGE-CE	
Fone (85) 9971-3425		Profissão AGRICULTOR		Empresa		CEP 62603-000	
Responsável SANDRA DE SOUSA ANDRADE GOMES				CPF do Responsável		Fone Responsável	
Endereço Responsável				Cônjuge SANDRA DE SOUSA ANDRADE GOMES			
Mãe RAIMUNDA BARROSO GOMES				Pai MANOEL NOJOSA GOMES			

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora 07/04/2018 15:02		Quarto/Leito 017-0002		Aposento ENFERMARIA		Clinica CIRURGICA		Setor POSTO 2	
Convênio SUS		Matrícula		Autorização		Dias 0		Guia	
Médico ADRIANO DE ALMADA FERREIRA						CRM 12320			
CID Principal S82.0 Fratura da rótula [patela]						CID Complementar X59.0 Exposição a fator não especificado causando fratura			
Observação									
Usuário SYLVANIA DOURADO DE SOUSA				Procedimento SUS 0408050268 - REDUCAO INCRUENTA DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO DO JOELHO				Sisprenatal	
Data Saída 09/04/2018		Hora 11:10		Condição da Saída ALTA MELHORADO				Usuário Saída NATALIA REJANE	

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

[Assinatura manuscrita]
Assinatura do responsável

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARA CAMPELO SOMBRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/07/2019 às 19:53, sob o número 015638822201980600001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0156388-22.2019.8.06.0001 e código 4D9044C.

ITAPIPOCA, 7 de abril de 2018.

Assinatura do paciente

Responsável pela Impressão: JOSE LEOSMAR HENRIQUE OLIVEIRA

Assinatura do responsável



FOLHA DE OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Hospital H.M.S.V.P. Clínica Traum Enf. II Sala 17 Leito 2
Paciente Quis Olima Barros Gomes Matrícula 242345

Diagnóstico _____

Moléstias Secundárias _____

Queixa e Duração _____

História da Moléstia Atual _____

Antecedentes Individuais _____

Antecedentes Hereditários _____

Hábitos _____

Interrogatório sobre Aparelho _____

Alta curado ☐ Alta melhorado ☐ Alta estado inalterado ☐ Alta piorada ☐

Só p/ diagnóstico ☐ Transferido ☐ Alta a pedido ☐ Alta por abandono ☐

Alta tratam. terminado ☐ Óbito ☐

/ /
Data

Assinatura

Dados Clínicos - Médico

Paciente			
LUIS ELIN BARROS GOMES			
Data de Nascimento	Idade	Nome da Mãe	Prontuário
25/12/1967	50 Ano(s)	RAIMUNDA BARROSO GOMES	242340000
Data Internação	Aposento		
07/04/2018	ENFERMARIA		
Profissional Responsável			Quarto/Leito
ADRIANO DE ALMADA FERREIRA			061/0001
Convênio	Sector	Especialidade	CRM
SUS	EMERGENCIA ADULTO	CIRURGICA	12320
Diagnóstico			
S82.0 Fratura da rótula [patela] W99.9 Local ne			

DESCRIÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRURGICO

Descrição de Procedimento Cirúrgico - 07/04/2018 17:50:57

- teossíntese de patela D
- Paciente em decúbito dorsal sob anestesia raquidiana
 - Feito exanguição e torniquete com faixa de Smach
 - Assepsia e antissepsia
 - Aposição de campos estéreis
 - Incisão em face anterior do joelho transpatelar
 - Visualização do foco fraturário, com múltiplos fragmentos cominutivos
 - Redução da fratura
 - Cerclagem com fio de aço
 - Lavagem com SF 0,9%
 - Sutura por planos
 - Curativo compressivo

Adriano de Almada Ferreira

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA 320

RESPONSÁVEL: ADRIANO DE ALMADA FERREIRA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARA CAMPELO SOMBRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/07/2019 às 19:53, sob o número 0156388-22.2019.8.06.0001 e código 4D9044C. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0156388-22.2019.8.06.0001 e código 4D9044C.



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE PENTECOSTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL E MATERNIDADE REGIONAL VALE DO CURÚ
Rua Francisco Moreira, S/n - Pentecoste - Ceará

RECEITUÁRIO

Akoto que Luis Elton
Barros Gomes, 51 anos, Agricultor,
foi vítima de acidente
de trânsito, moto, em 07/04/2018,
sofrendo FRATURA COMINUTIVA
da parte do joelho direito.
Foi submetido o tratamento
cirúrgico (osteossíntese) e
apresenta SEQUELA com limi-
tações de movimentos na flexo-
extensão do joelho e dor
moderada. ALTA DEFINITIVA.

Depno DPUAT

Ac. C 1210 - T 93.2

Data: 03/04/2019

Carimbo e Assinatura do Médico

FUMAR CAUSA CÂNCER DE BOCA, ESÔFAGO E PULMÃO

Rio de Janeiro, 12 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270259

Vítima: LUIS ELINOR BARROS GOMES

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), LUIS ELINOR BARROS GOMES

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.531,25

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: LUIS ELINOR BARROS GOMES

Valor: R\$ 2.531,25

Banco: 104

Agência: 000003281

Conta: 0000040987-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270259 **Vítima: LUIS ELINOR BARROS GOMES**

Data do Acidente: 07/04/2018 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

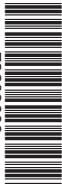
Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT
Estamos aqui para Você

Pag. 01163/01164 - carta_02 - INVALIDEZ





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Abril de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190270259 Vítima: LUIS ELINOR BARROS GOMES

Data do Acidente: 07/04/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

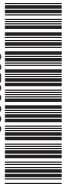
Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 00591/00592 - carta_02 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 15 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190270259

Vítima: LUIS ELINOR BARROS GOMES

Data do Acidente: 07/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARFRA HERBEN SILVA BANDEIRA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), LUIS ELINOR BARROS GOMES

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

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 informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você