



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	Francisco Jaelson Alves de Oliveira		
NACIONALIDADE	Brasileiro	NATURAL	Maranguape-CE
RG	06650288695 Petron-CE	ESTADO CIVIL	Cosodo
CPF	657.320.223-68	PROFISSÃO	Estoquista
ENDEREÇO	Rua Capitão Valdemar de Lima 371		
BAIRRO	Centro	CEP	61900-025
MUNICÍPIO / UF	Maracanaú-CE		
FONES	9-8764-9848		
E-MAIL			

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

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, desistir, 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 outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 30 de setembro de 2019.

Fº Jaelson Alves de Oliveira
outorgante



Najma Said

Advocacia e Consultoria

Dra. Najma Said – OAB/CE 28.394

Fones: (85) 98799.2088 / 99955.5507

Rua Antonio Drumond, 1051 C – Monte Castelo – Fortaleza-CE.

E-mail: najma.said.adv@gmail.com

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, Francisco Joelson Alves de Oliveira, Brasileiro(a),
casado, estagiário, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 066.502.886-95 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o
 nº 657.320.223-68, residente e domiciliado na cidade de
Maracanaú estado Ceará, na Rua
Capitão Valdemor de Lima, Nº 371, Centro,
 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.

Fortaleza (CE), 10 de setembro de 20 19.

fe Joelson Alves de Oliveira

Declarante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1545147937 							
NOME				FRANCISCO JOELSON ALVES DE OLIVEIRA			
DOC. IDENTIDADE / ORIG. EMISSOR DE		010729		MTPS		CE	
CPF		657.320.223-68		DATA NASCIMENTO		12/09/1979	
FILIAÇÃO				JOAQUIM PEREIRA DE OLIVEIRA FRANCISCA ALVES DE OLIVEIRA			
PERMISSÃO		ACC		CEARÁ		A	
Nº REGISTRO		06650288695		VALIDADE		03/05/2021	
				1ª HABILITAÇÃO		29/06/2016	
OBSERVAÇÕES							
SEM OBSERVAÇÃO;							
PROIBIDO PLASTIFICAR 1545147937 <i>Francisco Joelson Alves de Oliveira</i> ASSINATURA DO PORTADOR							
LOCAL		FORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO		23/10/2017	
		 ASSINATURA DO EMISSOR		36525047748		CE161919774	
CEARÁ CEARÁ							



Esta é a segunda via de
JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE

3224717

DV 6

VENCIMENTO

25/06/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

83,55

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº 578803920

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

DADOS DO CLIENTE

Rota 11 026000 12 098200 Medidor Poste
Nome FRANCISCO JOELSON ALVES DE OLIVEIRA 2426718 0000 A87S
Endereço Postal

End. da Unidade RU CAP VALDEMAR DE LIMA 00371 CENTRO MARACANAU
Consumidora 61900025

RG / CPF / CNPJ 657.320.223-68 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 12390 Leitura Anterior 12303 Constante 1 Consumo (kWh) 87 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 87

DESCRIÇÃO DA CONTA

	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	87	0,76946	66,94

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 17/06/2019 Prev. Próxima Leitura 19/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

7F38.E126.4456.E5A1.D26E.0EEA.A290.E635

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Aliquota	Valor do Imposto
66,94	27%	18,07

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	25,82
TRANSMISSÃO	2,04
DISTRIBUIÇÃO	15,17
ENCARGOS SETORIAIS	3,44
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	20,47

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

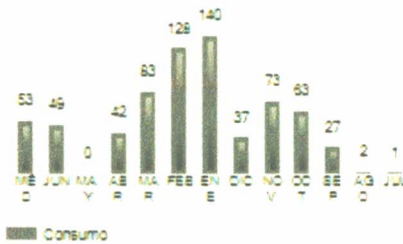
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 16,52

Conjunto MARANGUAPE

Mês ABR/ 2019

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES	1,25
MULTA MORATORIA	1,30
CORRECAO MONETARIA DO MES	1,56
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT	12,50

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

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 3224717-6 Nº da Nota Fiscal: 578803920 Total a Pagar (R\$): 83,55
Data de Emissão: 08/09/2019 Referência: JUN/2019 Nº de Controle: 0003224717 00151 4313 2 92

83810000000-0 83550031000-2 00032247170-2 01514313281-2



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 121 - 283 / 2018****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **25/04/2018 16:30:47**Data / Hora da Ocorrência: **20/01/2018 01:30:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CONTORNO NORTE**

Complemento:

Bairro: **DISTRITO INDUSTRIAL**Município: **MARACANAÚ/CE**Ponto de Referência: **CEFET****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO JOELSON ALVES DE OLIVEIRA**Nascimento: **12/09/1979** CPF: **657.320.223-68**RG: **98020004258**Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **FRANCISCA ALVES DE OLIVEIRA****JOAQUIM PEREIRA DE OLIVEIRA**Endereço: **RUA CAPITÃO VALDEMAR DE LIMA, 371 CASA A**Bairro: **BOA VISTA**Município: **MARACANAÚ/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98636-6377****Histórico**

Narra o declarante que na data e hora acima informadas vinha pilotando a motocicleta (HONDA/CG 150 FAN ESDI, DE PLACA OIB-5410-MARACANAÚ, LICENCIADA EM SEU NOME), quando ao trafegar pelo endereço acima informado, colidiu lateralmente com uma viatura da Polícia Militar; QUE foi socorrido por uma ambulância do SOS MARACANAÚ até o hospital de municipal de Maracanaú e em seguida, transferido para o IJF em Fortaleza; QUE em consequência do acidente sofreu fratura na clavícula esquerda e escoriações pelo corpo; QUE se responsabiliza civil e penalmente por todas as informações aqui narradas; E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 21. DISTRITO POLICIAL**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO ANJOS BEZERRA DE LIMA FILHO - MAT.: 198838-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****FRANCISCO JOELSON ALVES DE OLIVEIRA****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSÉ EVILÁSIO COSTA REBOUÇAS - MAT.: 013335-1-8**



Secretaria de Saúde de Maracanaú
SOS Ambulância

CERTIDÃO NARRATIVA

Certificamos, em virtude do direito que lhe é conferido por Lei a esta Coordenação, mediante ao requerimento por escrito da parte interessada que, o SOS AMBULÂNCIA de Maracanaú, prestou Atendimento, Extra-hospitalar ao Sr.(a) **FRANCISCO JOELSON ALVES DE OLIVEIRA CONTATO DO TITULAR OU RESPONSÁVEL: 986366377, RG Nº: 98020004258 SSP-CE,** filho(a) de JOAQUIM PEREIRA DE OLIVEIRA e de FRANCISCA ALVES DE OLIVEIRA nascido(a) em 12/09/1979, natural de MARANGUAPE-CE Residente na RUA: CAPITÃO VALDEMAR DE LIMA Nº 371A, BOA VISTA MARACANAÚ-CE, O(a) qual na data de 20/01/2018, por volta das 01:36h, foi vitimado(a) no trânsito (CARRO X MOTO)

A vítima foi conduzida ao Hospital HMJEH MARACANAÚ-CE

Em anexo, cópia da Ficha de Registro de Ocorrência de Socorro e Urgência.

MARACANAÚ, 05 de FEVEREIRO de 2018.

PREFEITURA DE MARACANAÚ
SECRETARIA DA SAÚDE

Fco. Gessival M. Santos
COORDENADOR SOS AMBULÂNCIA

FRANCISCO GESSIVAL MARQUES DOS SANTOS
COORDENADOR DO S.O.S AMBULÂNCIAS

PACIENTE COLIDIA VIATURA POLICIA MILITAR - 14092

06-12-09-79

FICHA DE ATENDIMENTO S.O.S. MARACANAÚ Nº DA SOLICITAÇÃO 01728635320198060001 HORA DA SOLICITAÇÃO 09:21 HORA DE CHEGADA AO HOSPITAL 09:21 HORA DA SAÍDA DO LOCAL 09:21		1. DATA 20-01-18 2. ENDEREÇO Rua Vinte e Nove de Abril, 388 - Bairro do Centro - Fortaleza - CE 3. REFERÊNCIA 388 - Bairro do Centro - Fortaleza - CE	
4. SEXO ☒ MASC. ☐ FEM. 5. IDADE 38 ANOS 6. BAIRRO 388 - Bairro do Centro - Fortaleza - CE		7. NOME Paulo Roberto de Oliveira 8. C. EXTERNAS 8.1 ☐ Atropelamento 8.2 ☐ Capotamento 8.3 ☐ Colisão 8.4 ☐ Queda de bicicleta 8.5 ☐ Queda de moto 8.6 ☐ Queda 8.7 ☐ Agressão física 8.8 ☐ Intoxicação 8.9 ☐ F. Lacero contuso 8.10 ☐ FAF 8.11 ☐ FAF 8.12 ☐ Tent. Suicídio 8.13 ☐ Choque Elétrico 8.14 ☐ Queimadura 8.15 ☐ Alogamento	
9. C. CLÍNICAS 9.1 ☐ Dor Intensa 9.2 ☐ Dispnéia 9.3 ☐ Mal Soltado 9.4 ☐ Convulsão 9.5 ☐ AVC 9.6 ☐ Vômitos 9.7 ☐ Hipertensão		10. C. OBSTÉTRICAS 10.1 ☐ Aborto 10.2 ☐ STV 10.3 ☐ Parto 10.4 ☐ Complic. Pós Parto 10.5 ☐ Outros	
11. C. PSIQUIÁTRICAS 11.1 ☐ Crises 11.2 ☐ Transfêrências		12. AVALIAÇÃO INICIAL A - VIAS AÉREAS ☐ Patentes ☐ Obstruídas C - CIRCULAÇÃO 12.1 ☐ Pálida 12.2 ☐ Seca 12.3 ☐ Úmida 12.4 ☐ Normal 12.5 ☐ Filiforme 12.6 ☐ Sangramento Externo 12.7 ☐ Pulso	
13. AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA MÉTODO AVON 13.1 ☐ Aléria 13.2 ☐ Responde a Estímulos Verbais 13.3 ☐ Responde a Estímulos Táteis 13.4 ☐ Responde a Estímulos Dolorosos 13.5 ☐ Nenhum Resposta		14. ESCALA DE GLASGOW 14.1 ☐ AC 14.2 ☐ RV 14.3 ☐ F. Resp.: As. O. 5	
15. ESCALA DE TRAUMA 15.1 ☐ Laceração 15.2 ☐ Abrasão 15.3 ☐ Hematoma 15.4 ☐ Contusão 15.5 ☐ Edema 15.6 ☐ Amputação 15.7 ☐ Avulsão 15.8 ☐ Dor 15.9 ☐ Queimadura		16. PRINCIPAIS LESÕES 16.1 ☐ Deformidade 16.2 ☐ Fratura Aberta 16.3 ☐ FAF 16.4 ☐ FAF 16.5 ☐ FAF 16.6 ☐ FAF 16.7 ☐ FAF 16.8 ☐ FAF 16.9 ☐ FAF 16.10 ☐ FAF 16.11 ☐ FAF 16.12 ☐ FAF 16.13 ☐ FAF 16.14 ☐ FAF 16.15 ☐ FAF 16.16 ☐ FAF 16.17 ☐ FAF 16.18 ☐ FAF 16.19 ☐ FAF 16.20 ☐ FAF 16.21 ☐ FAF 16.22 ☐ FAF	
17. SINAIS / SINTOMAS / QUEIXAS 17.1 ☐ Anúria 17.2 ☐ Anúria 17.3 ☐ Anúria 17.4 ☐ Anúria 17.5 ☐ Anúria 17.6 ☐ Anúria 17.7 ☐ Anúria 17.8 ☐ Anúria 17.9 ☐ Anúria 17.10 ☐ Anúria 17.11 ☐ Anúria 17.12 ☐ Anúria 17.13 ☐ Anúria 17.14 ☐ Anúria 17.15 ☐ Anúria 17.16 ☐ Anúria 17.17 ☐ Anúria 17.18 ☐ Anúria 17.19 ☐ Anúria 17.20 ☐ Anúria 17.21 ☐ Anúria 17.22 ☐ Anúria		18. PROCEDIMENTO REALIZADO 18.1 ☐ Hemostasia por compressão 18.2 ☐ Colar Cervical 18.3 ☐ KED 18.4 ☐ Imobilização de Membros 18.5 ☐ Prancha Longa 18.6 ☐ Ventilação Mecânica 18.7 ☐ Intubação 18.8 ☐ Limpeza da Ferida com Soro Fisiológico 18.9 ☐ Massagem Cardíaca Esterna 18.10 ☐ Monitorização Cardíaca 18.11 ☐ Oximetria de Pulso 18.12 ☐ Puncão Venoso 18.13 ☐ Puncão Intra-Osses 18.14 ☐ Ventilação por Válvula de Demanda 18.15 ☐ Ventilação Boca-Máscara 18.16 ☐ Ventilação com Ressuscitador Manual	
19. HISTÓRIA AMPLA 19.1 ☐ Alergia 19.2 ☐ Medicamentos 19.3 ☐ Doenças 19.4 ☐ Última Refeição 19.5 ☐ Ambiente		20. MEDICAMENTOS ADMINISTRADOS 20.1 ☐ Droga 20.2 ☐ Quantidade 20.3 ☐ Via 20.4 ☐ 1. EV 20.5 ☐ 2. ET 20.6 ☐ 3. IM 20.7 ☐ 4. SC 20.8 ☐ 5. VO 20.9 ☐ 6. ID 20.10 ☐ 7. ID 20.11 ☐ 1. SOLUÇÃO 20.12 ☐ 2. VOLUME	
21. SOLUÇÕES INFUNDIDAS 21.1 ☐ 1. EV 21.2 ☐ 2. ET 21.3 ☐ 3. IM 21.4 ☐ 4. SC 21.5 ☐ 5. VO 21.6 ☐ 6. ID 21.7 ☐ 7. ID 21.8 ☐ 1. SOLUÇÃO 21.9 ☐ 2. VOLUME		22. DESTINO 22.1 ☐ 1. Liberado 22.2 ☐ 2. Obito 22.3 ☐ 3. Recusa Hospital 22.4 ☐ 4. Qual? ☐ SIM ☒ NÃO	
23. OBSERVAÇÕES 23.1 ☐ Obito no local 23.2 ☐ Obito Durante o Transporte		24. CLIENTE ACOMPANHADO 24.1 ☐ 1. Liberado 24.2 ☐ 2. Obito 24.3 ☐ 3. Recusa Hospital 24.4 ☐ 4. Qual? ☐ SIM ☒ NÃO	
25. ASSINATURAS 25.1 ☐ PLANTONISTA 25.2 ☐ Enfermeiro(a) / COREN-CE 25.3 ☐ Auxiliar de Enfermagem 25.4 ☐ Médico / CRM 25.5 ☐ Sogrelia		26. RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HOSPITAL 26.1 ☐ ASSINATURA DO ACOMPANHANTE 26.2 ☐ RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO NO HOSPITAL	



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA



Emitido em: 27/03/2018 15:10:38

Por: EDUARDO MOREIRA

Registro de Atendimento Emergencial

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL						DATA/HORA: 20/01/2018 09:09:58	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
CNS: 702806191385165	NOME: FRANCISCO JOELSON ALVES DE OLIVEIRA				Registro: 5546617		
CPF: 65732022368	RG: 010729	D. NASC: 12/09/1979	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda		
NOME DA MÃE: FRANCISCA ALVES DE OLIVEIRA				NOME DO PAI: JOAQUIM PEREIRA DE OLIVEIRA			
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: MANOEL PEREIRA		Nº: 385	BAIRRO: CENTRO		
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 985012219, 988609658	MUNICÍPIO: MARACANAU		UF: CE	CEP: 61900005		
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL							
NOME: AMB.DO HOSP.DE MARACANAU		PARENTESCO: FCA-JOSEFA-IRMA			TELEFONE:		
ACIDENTE DE TRABALHO							
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:		COSIDO DO CNAER:			
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO							
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou camionete							
QUEIXAS: PACIENTE, 38 ANOS, ENC. HOSP. MARACANAU, SOB ESCOLTA POLICIAL, COM HISTÓRIA DE TRAUMA CORTO-CONTUSO NO CRANIO HÁ 08 HORAS COM RELATO DE SÍNCOPE							
OBSERVAÇÕES: TCE HISTÓRIA DE INCONSCIÊNCIA							
SINAIS VITAIS							
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Publica		Escala de Dor: Moderado		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO:							
ATENDIMENTO MÉDICO							
Anamnese:							
Exame Físico:							
Conduta:							
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:							
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:							
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:							
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:				CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

Hospital Municipal Dr. João Erisio de Holanda		
Elaboração: 01/06/2015	Revisão: 20/02/2017	Código: TR03

FICHA DE ATENDIMENTO MÓVEL

(Formulário utilizado no setor de Transporte)

US-03

DADOS DO USUÁRIO			
Nome: <u>Felipe Jackson de Oliveira</u>			
Idade: <u>36</u>		Sexo: () F () M	
Situação: Acamado ()		Dependente de O2 ()	
		Deambulando ☒ ()	
Estado atual: Instável: ()		Crítico: ()	
		Grave: ()	
		Estável: ☒ Moderado: ()	
		Leve: ()	
Diagnóstico: <u>Fratura de clavícula</u>			
DADOS DA SOLICITAÇÃO DO ATENDIMENTO			
Local ou Setor: <u>SPR</u>		Hora: <u>08:14</u>	
Nome do Atendente: <u>Adriana</u>		Data: <u>22/06/18</u>	
Carro/Equipe: <u>US 03</u>	Socorrista: <u>Assis</u>	Téc. de Enf: <u>Celso Jr.</u>	
Solicitante: Médico (a) (1)		Enfermeiro (a) (2)	
Serviço Social (3)		Outros (4)	
Motivo: Transferência (1)		Exame (2)	
Socorro (3)		Avaliação (3)	
Destino: <u>H-F</u>		Remoção (4)	
Outros (7):			
Regulador: Sim () Não ()		Interno () Externo ☒ ()	
Liberado por: <u>Assis</u>		() Recebido por:	
Concedido por:			
Realizado: () Sim () Não. Motivo:			
Fim do Atendimento:		Data: <u>22/06/18</u>	

Assis
Téc. de Enfermagem

ASSIS
Socorrista

Observações e pendências (sim) ou (não)?

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

ABEMP

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE
INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1. ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2. CNES
3. ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4. CNES
ABEMP- ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA	237215-0

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5. NOME DO PACIENTE	6. Nº DO PRONTUÁRIO
FRANCISCO JOELSON ALVES DE OLIVEIRA	
7. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - SUS	8. DATA DE NASCIMENTO
702806191385165	12/09/1979
9. SEXO (1- MASCULINO/ 3-FEMININO)	10. NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL
1 X 3	FRANCISCA ALVES DE OLIVEIRA
11. TELEFONE DE CONTATO	12. ENDEREÇO (RUA, Nº, COMPLEMENTO E BAIRRO)
85 988609658	RUA MANOEL PEREIRA N°385 BOA VISTA
13. MUNICÍPIO	14. IBGE
MARACANAU	CE
15. UF	16. CEP6386000000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVO DA INTERNAÇÃO

17. PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
<i>Pré-eclâmpsia em evolução</i>
18. CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
<i>TD</i>
19. PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)
<i>M</i>

20. DIAGNÓSTICO INICIAL	CID 10		
<i>Pré-eclâmpsia</i>	21. PRINCIPAL	22. SECUNDÁRIO	23. CAUSAS ASSOCIADAS
	<i>J52</i>		

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24. DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25. CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
<i>TD</i>	
26. LEITO/CLÍNICA	27. CARÁTER DA INTERNAÇÃO (1- ELETIVO/ 2- URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA EM HOSP. DE REFERÊNCIA)
	1 2 (Outro ver manual SIH-SL)
28. NOME DO RESPONSÁVEL SOLICITANTE	31. ASSINATURA E CARIMBO C/ CONSELHO
29. DATA	30. CNS/CPF:

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32. ACIDENTE DE TRÂNSITO	33. CNPJ DA SEGURADORA	34. Nº DO BILHETE DO SEGURO	35. Nº DE SÉRIE DO BILHETE
36. ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	37.	38. CNPJ DA EMPRESA	39. CNAE DA EMPRESA
ACIDENTE DE TRABALHO NO TRAJETO			40. CBOR
41. CID PRINCIPAL	42. CID SECUNDÁRIO	43. NATUREZA DA LESÃO DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO MÉDICA LEGAL	
		43. LEVE	44. GRAVE
			45. GRAVISSÍMA

AUTORIZAÇÃO

46. NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	49. Nº DE SÉRIE DO BILHETE
47. DATA	48. CNS/CPF:
50. NOME DO PROFISSIONAL / PARECER DO CONTROLE, AVALIAÇÃO/AUDITORIA	51. Nº DE SÉRIE DO BILHETE
52. DATA	53. CNS/CPF:
54. Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR- AIH	55. ORGÃO EMISSOR DA AIH

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330
MARACANAU-CE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/09/2019 às 09:21, sob o número 01728635320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172863-53.2019.8.06.0001 e código 519B274.

71 A. netena

Dr. Indira

Iman

Em Gen

pen

DR. CLAUDIO EUFRASIO
ORTOPEDIA-TRAUMATOLOGIA
CRM-CE: 4078

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330
COORDENAÇÃO
MAPACANAU-GE

Assinado digitalmente por NAJMA MARIA SAID SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/09/2019 às 09:21, sob o número 01728635320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0172863-53.2019.8.06.0001 e código 519B274.



Convênios: SIM/SUS - INAMPS
Rua João Conrado, 363 - Paj. cara - Maracanã
Fone/Fax: (85) 3215.3120 - Cont: (85) 3215.3121

NOME DO PACIENTE

Francisco Jaelson Silva de Oliveira

DATA E HORA

ENF. OU APTO.

LEITO

PRONTUÁRIO

EVOLUÇÃO DIÁRIA - ASSINATURA - CARIMBO

26/11/18

para 7 dias de cura

27/01/19

até 14 dias

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-CE-4078

DR. CLAUDIO EUFRÁSIO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM-CE: 4078



COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE MÉDICA DE PAJUÇARA-ABEMP
Rua João Conrado, Nº 363-Pajuçara
CEP: 61.941-330

COORDENAÇÃO
MAPACANILCE

Paciente: FRANCISCO JOELSON ALVES
HOSPITAL ABEMP

COMISSÃO REVISORA DE PRONTUÁRIO
CONFERE COM O ORIGINAL
ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE MÉDICA DE PAJUÇARA ABEMP
Rua João Gonçalo, Nº 363 - Pajuçara
CEP: 61.941-330

SINISTRO 3180332887 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO JOELSON ALVES DE OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO JOELSON ALVES DE OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 65732022368

Posição em 12-09-2019 15:55:41

Seu processo foi analisado por nossa equipe técnica e, como identificamos a existência de irregularidades, o seu pedido de indenização do Seguro DPVAT foi negado.