



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: <i>Jose Jefferson Bezerra de Sousa</i>	Nacionalidade: BRASILEIRA		
Estado Civil: <i>Solteiro</i>	Profissão: <i>Securite</i>	Carteira de Identidade: <i>2007423333-0</i>	
CPF nº: <i>062.030.823-09</i>	Residência: <i>Quaila. Mus Moreira, 47</i>		
Bairro: <i>Santa Louzã</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>	CEP: <i>63.700.000</i>

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 sem reservas, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

Crateús – CE., *03* de *Agosto* de *2019*.

Jose Jefferson Bezerra de Sousa
(outorgante)



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: <i>Jose Jefferson Bezina de Sousa</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua da Alus Moreira 47</i>		Profissão: <i>Servente</i>
CPF nº: <i>062.030.823-09</i>	RG nº: <i>2007423333-0</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Santa Luzia</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.700.000</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., *03* de *Ago* de *2019*.

Jose Jefferson Bezina de Sousa
Declarante

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2007423333 - 0

DATA DE EXPEDIÇÃO 30/12/2009

NOME JOSE JEFFERSON BEZERRA DE SOUSA

PILHAÇÃO LUIZ CAMELO DE SOUZA

MARIA DE FÁTIMA BEZERRA DE SOUSA

NATURALIDADE CRATEUS - CE

DATA DE NASCIMENTO 09/06/1991

DOC. ORIGINAL

CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1

OFÍCIO TERMO: 21937 FOLHA: 240

LIVRO: A 21 CRATEUS - CE

CPF:

1 VIA

Assinatura do Diretor

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/85

P.: 36

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DO CEARÁ CORPO DE COMANDO DE POLICIAÇÃO RURAL E SERVIDOR PROTECTORAL	 Polegar Direito 
João Wilmar Luzene de Sousa	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

R\$ 0,33
 CANCELADO
 VALPARAÍSO
 2009
 CHILE
 2009

Certifico que a presente
cópia confere com
original respectivo. De
fê.
Crateús, 24/ ABR. 2017

Certifico que a presente
cópia confere com o
original respectivo. Dou
fê.
Crateús, 24/ APR 2017

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO
Número **062.030.823-09**
Nome **JOSE JEFFERSON BEZERRA DE SOUSA**

Nascimento **09/06/1991**
VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

CÓDIGO DE CONTROLE
1287 FB6E-96D3.0DE6

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

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
em 09.07.14 às 09:11:03:2011 (hora e data de Brasília)
código 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 RESIDÊNCIA

Declarante: <i>Jose Jefferson Bezerra de Sousa</i>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <i>Rua Ma. Alves Moreira, 47</i>		Profissão: <i>Securante</i>
CPF nº: <i>062.030.823-09</i>	RG nº: <i>2007423333-0</i>	Estado Civil: <i>Solteiro</i>
Bairro: <i>Santa Luzia</i>	Cidade: <i>Crateús</i>	Estado/UF: <i>Ceará</i>
CEP: <i>63.700.000</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., *03* de *Agosto* de *2019*.

Jose Jefferson Bezerra de Sousa
(declarante)



Esta é a segunda via de
JUN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
2705595 DV **7**

VENCIMENTO
16/07/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
47,97

Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **579766928**

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 20 038000 02 0107001 Medidor 11461464 Poste 0000 0
Nome LUIZ CAMELO DE SOUZA
Endereço Postal

End. da Unidade RU MA. ALVES MOREIRA 00047 SANTA LUZIA CRATEUS 63700000
Consumidora

RG / CPF / CNPJ 331.511.135-91 CGF
Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual 15569 Leitura Anterior 15451 Constante 1 Consumo (kWh) 118 Consumo Incl. 0 Consumo Faturado 118

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo faixa 0-30 Kwh	30	0,18352	5,50
Consumo faixa 31-100 Kwh	70	0,31462	22,02
Consumo faixa 101-220 Kwh	18	0,47195	8,50

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 08/07/2019 Prev. Próxima Leitura 30/07/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

BF05.E6C2.AE20.1F1E.9B25.55A3.B9DE.0D46

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	19,29
TRANSMISSÃO	1,53
DISTRIBUIÇÃO	11,34
ENCARGOS SETORIAIS	2,57
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	2,22

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

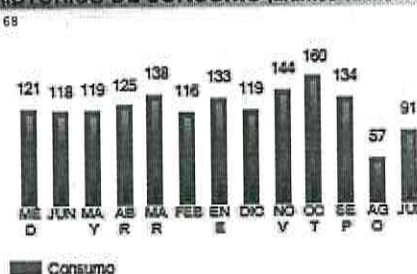
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 29,34

Conjunto CRATEUS

Mês ABR/ 2019

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,39	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	3,11			0,20		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



OUTROS PAGAMENTOS

CORRECAO MONETARIA DO MES 0,17
JUROS DO MES 0,52
MULTA MORATORIA 0,75
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA 0,93
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 9,58

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

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

0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO:

Informamos existir debito vencido sem acrescimos legais ate esta data, no valor de R\$ 49,68. Conforme Resolucao Anel 414/2010, Art. 173, podera ser suspensao o fornecimento de energia eletrica, apos decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o debito relacionado ao lado tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso.

DEBITOS ANTERIORES

MES/ANO VENCIMENTO

05/2019 49,68

Consta desta fatura R\$ 2,22 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS: 0,64% e COFINS: 2,9% (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e lei n. 10.637/02 e 10.833/03)

autenticação mecânica cliente

Nº do Cliente: 2705595-7 Nº da Nota Fiscal: 579766928 Total a Pagar (R\$): 47,97
Data de Emissão: 26/07/2019 Referência: JUN/2019 Nº de Controle: 0002705595 00189 4313 2 74

83810000000-0 47970031000-2 00027055950-7 01894313220-0





POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA ELETRÔNICA



SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
Governo do Estado do Ceará

VISUALIZAÇÃO

ATENÇÃO!

1) Verifique se os dados estão corretamente preenchidos. Caso seja necessária alguma modificação, basta clicar no link 'Corrigir', localizado no canto superior direito de cada quadro.

Confirmar

Dados do Noticiante

Corrigir 1

Nome: **JOSE JEFFERSON BEZERRA DE SOUSA**
Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **9/06/1991**
Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Grau de Instrução: **ALFABETIZADO**
Nome da mãe: **MARIA DE FATIMA BEZERRA DE SOUSA**
Nome do pai: **LUIZ CAMELO DE SOUSA**
CPF: **062.030.823-09** RG: **20074233330** Emissor: **SSP/CE**
E-mail: Telefone: **(88) 99705-3157**
Nasceu em: **CRATEUS - CE BRASIL**

Endereço: **RUA RUA GUSTAVO BARROSO, 2127** Complemento:
Bairro: **SÃO VICENTE** Cep: **63700-000** Ponto de Referência:
Tipo: **RESIDENCIAL** Moradia: **PRÓPRIA**
País: **BRASIL** Município: **CRATEUS** UF: **CE**

Dados da Ocorrência

Corrigir 2

Delegacia: **DELEGACIA ELETRÔNICA** Ano: **2017**
Data: **4/02/2017** Hora: **19:30**
Tipo da Ocorrência: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Endereço: **R RUA GUSTAVO BARROSO** Complemento:
Tipo do Local: **VIA PUBLICA** Compl Tipo do Local:
Bairro: **SÃO VICENTE** Município: **CRATEUS** UF: **CE**

Veículo(s) Envolvido(s)

Corrigir 3

1) PLACA **HX18271** TIPO DE VEÍCULO **MOTOCICLETA** MARCA/MODELO **HONDA/CG 150 TITAN KS** COR **VERMELHA**
PROPRIETÁRIO **JOSE RODRIGUES DA SILVA**

Descrição da Ocorrência

Corrigir 4

EU JOSE JEFFERSON BEZERRA DE SOUSA, DECLARO QUE NO DIA E HORA ACIMA MENCIONADO, FUI VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO QUANDO EU SEGUIA NA RUA GUSTAVO BARROSO, QUANDO DERRE PENTE OUTRA MOTO AVANÇA A MINHA PREFERENCIA E QUANDO SE CHOCAMOS MOTO COM MOTO O OUTRO CONDUTOR SE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE FUI SOCORRIDO PELO CORPO DE BOMBEIROS PARA O HOSPITAL SÃO LUCAS DE CRATEUS; CE E NADA MAIS DISSE.

Declaro, sob as penas da lei, que as informações fornecidas são verdadeiras.

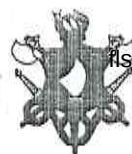
Confirmar

Jose Jefferson Bezerra de Sousa

Supremo escrivão



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
CORPO DE BOMBEIROS MILITAR
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO
GRUPO DE SOCORRO DE URGÊNCIA
REGISTRO DE SOCORRO



14

ESTAÇÃO: CRATEIROS DATA: 04/03/17 Nº DA ASS.:
NOME: JOSÉ JEFFERSON DE ALMEIDA DE SOUSA
IDADE: 26 ANOS SEXO: F () M ()
LOCAL DA OCORRÊNCIA: AV COSTA RIBEIRO, S/N
BAIRRO: MARATONA

HORA DA OCORRÊNCIA: 20:15
CHEGADA AO LOCAL: 20:20
SAÍDA DO LOCAL: 20:30
CHEGADA AO HOSPITAL: 20:40

TIPO DE OCORRÊNCIA:

- | | | |
|--|-------------------------|-------------------------------|
| 01. ☒ ACIDENTE DE TRÂNSITO | 05. () AFOGAMENTO | 09. () MAL SÚBITO |
| 02. () AGRESSÃO | 06. () QUEIMADURA | 10. () EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA |
| 03. () DESABAMENTO | 07. () CHOQUE ELÉTRICO | 11. () JÁ REMOVIDO |
| 04. () INTOXICAÇÃO | 08. () QUEDA | 12. () FALSO AVISO |

RAZÃO DO ATENDIMENTO: COLÍSEO MARATONA

DOENÇAS ANTERIORES:

MEDICAMENTOS:

ALERGIAS:

COR		PELE		RESPIRAÇÃO	
CIANÓTICO ()		QUENTE ()	SECA ()	SUPERFICIAL ()	
PÁLIDO ()		FRIA ()	ÚMIDA ()	DIFÍCIL ()	
CONGESTO ()		NORMAL ()	NORMAL ()	NORMAL ()	
NORMAL ()				AUSENTE ()	
PULSO RADIAL		ENCHIMENTO CAPILAR		SANGRAMENTO	
FORTE ()		NORMAL ()		AUSENTE ()	
FRACO ()		RETARDADO ()		MÍNIMO ()	
REGULAR ()		AUSENTE ()		MODERADO ()	
				INTENSO ()	
NÍVEL DE CONSCIÊNCIA INICIAL		FALA		PUPILAS	
ALERTA ()		NORMAL ()			
RESPONDE A COMANDO ()		CONFUSA ()		D. _____ mm	
RESPONDE A DOR ()		ININTELIGÍVEL ()		E. _____ mm	
SEM RESPOSTA ()		NENHUMA ()		REAGENTE ()	
				SEM REAÇÃO ()	

SINAIS VITAIS: HORA:

P.A.:

PULSO:

FR:

NATUREZA DA DOENÇA OU LESÕES PRINCIPAIS:

SUSPEITA DE TCE, EDENIA NA FACE E ESCO-
LA DO CORPO GENERALIZADAS PELO CORPO.

OBSERVAÇÕES:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

- | | |
|--------------------------|------------------------------|
| () ASPIRAÇÃO | () CURATIVOS |
| () OXIGÊNIO | () BANDAGENS |
| () ASSIST. VENTILATÓRIO | () IMOBILIZAÇÕES DE MEMBROS |
| () RCP | () FÉRULA DE TRAÇÃO |
| () ASSIST. OBSTÉTRICA | () LÍQUIDO EV: |

CONDIÇÕES DE CHEGADA AO HOSPITAL:

- () MELHORADO
() PIORADO
() INALTERADO

HOSPITAL DE DESTINO:

ÓBITO

- () ANTES DO SOCORRO
() ANTES DO TRANSPORTE
() NO TRANSPORTE



ANTONIO CAVALCANTE - Oficial de Registro de Inovação
Nayana Correia Sampaio - Escrevente Autorizada

ST ALEXANDRE / 80 EDILSON / 80 MURCIA

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO SÁO CAMILO

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 15

V151

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HRS

2 - CDES

2481073

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HRS

4 - CDES

2481073

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Joaquim Jefferson Bezerra de Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

031126

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

04/06/1991

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Antônio de Jesus Alves Lima

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Anchieta, 1000

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Cariacás

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

CE

16 - CEP

63100000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

paciente polipneumônico, com tosse, febre, dor no peito, dispnéia, sudorese, náusea, vômito, diarréia, perda de peso, anemia, icterícia, hiperbilirrubinemia, hipotensão arterial, taquicardia, fibrilação atrial, insuficiência cardíaca congestiva, insuficiência renal aguda, insuficiência hepática, insuficiência pulmonar, insuficiência sistêmica, insuficiência multiorgânica.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Pneumonia

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

Apex hiperdenso + Rx de pulmão.

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Síndrome de Guillain-Barré

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

() CNS () CPF

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

777788889999

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Joaquim Jefferson Bezerra de Sousa

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

04/07/17

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

José Gonçalves de Farias, 191

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

38 - SÉRIE

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

04/07/17

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

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

REGISTRO DE ENFERMAGEM

115.17
 Maria Elvira
 COBENICE
 COBENICE

NOME: Joné Jefferson B. de SousaDATA: 04/02/17PRONTUÁRIO: 31 136LEITO: 04DATA DA INTERNAÇÃO 1/1/17

MÉDICO:

CONVÊNIO: SUSUNIDADE/SETOR: Obstetria

MOTIVO DA INTERNAÇÃO:

CONTROLES

Hora	PA	FC	T	FR	SpO ₂	Glicemia	Diurese	Evacuações	Êmese	DT	DS
04:20	110/70	77	36°	19	97%						
06:00	130/80	77	36.3	18	97%						

DIETAS/ VOLUME

CONTROLE DE CATETERES E SONDAS

Hora	Via Oral	SNG	SNE	CVC	CH	TOT	SNG	SNE	SVD	Traqueostomia

EXAMES (Laboratório / Imagem)

Coletado/Realizado

Entregue

	/	/	/	/
	/	/	/	/
	/	/	/	/

CONTROLE DE PUNÇÃO VENOSA

HORA	LOCAL	MATERIAL UTILIZADO			
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente
		() Abocath nº ____	() extensor	() tree way	() curativo transparente

TRANSFUSÕES SANGÜÍNEAS

DATA/HORA DO INÍCIO	RESPONSÁVEL	DATA/HORA DO TÉRMINO	RESPONSÁVEL

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica; DT = Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; CH = Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

DATA	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM	Assinatura e nº CO
05.02.17	às 07:20h paciente consciente, orientado, verbaliza, deambula, acamado. apresenta epifila e anomalias. apresenta enxaquecas generalizadas e hematoma na região ocular n° 1. segue quimica adequada no momento. Relato acidente de trânsito motorblista.	
05.02.17	às 09:15hs paciente encaminhado para clínica cirúrgica sob cuidados do maguero Manoel. Pat. relatando efeitos realizados medicacão.	
05.02	às 09:30hs Paciente admitido nesta unidade, clínica Cirúrgica Traumatológica, vítima de acidente de trânsito. apresenta hematoma em região ocular n° 1, edema com generalização, Rx em prontuário, aguardando avaliação do (traumatologista), o mesmo apresenta vômitos, está consciente. Obs: Avaliação do G/ traumatologista.	
05/02/17	às 10:53hs Paciente encaminhado à clínica médica.	

PA = Pressão Arterial; FC = Frequência Cardíaca; T = Temperatura; FR = Frequência Respiratória; SpO₂ = Saturação Periférica de Oxigênio; Dreno de Tórax; DS = Dreno de Sucção; SNG = Sonda Nasogástrica; SNE = Sonda Nasoentérica; CVC = Cateter Venoso Central; Cateter para Hemodiálise; TOT = Tubo Orotraqueal; SVD = Sonda Vesical de Demora.

Hospital São Lucas

ADMINISTRAÇÃO  SÃO CAMILO

PACIENTE: Jose Jefferson B. de Sousa

DN: 1/1

NOME DA MÃE:

PRONTUÁRIO: 31126

SETOR: Unidade Médica

LEITO: 205

CONVÊNIO: SUS

DATA: 08.02.17

	PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO
01	<u>Prontuário</u>	
02	<u>Leptotrip no Ap. Em 6/6h.</u>	<u>12V 18: 00: 06.</u>
03	<u>QV anti-epi 1g sub/6h.</u>	<u>12V 18: 00: 06.</u>
04	<u>Leptotrip 01 Am Em 12/24h.</u>	<u>09:15V 21:15.</u>
05	<u>AVOLGAS 00.50/100/09.17h</u>	<u>COMUNICAR</u>
06	<u>Prontuário 2:15h em 6/6h</u>	<u>12V 18: 00: 06.</u>
07	<u>Prontuário 12/12h</u>	
08	<u>C-675v</u>	
09		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		

Assinatura
 José Gonçalves Rosa Neto
 Rua Edite R. de Farias, 197
 Nova Russas - CE.
 Médico CRM 15488

Evolução Médica:

Prontuário em 12/12h e 12/24h
Na 12/12h, o paciente apresenta
prontuário em 12/12h e 12/24h

Assinatura
 José Gonçalves Rosa Neto
 Rua Edite R. de Farias, 197
 Nova Russas - CE.
 Médico CRM 15488

Assinatura e Carimbo



Centro de Diagnóstico por Imagem de Crateús

Paciente: JOSE JEFFERSON BEZERRA DE SOUS
Data de Nascimento: 09/06/1991
Data do Exame: 07/02/2017
Procedência: Paciente Externo

Nº do Paciente: 25436
Solicitante:
Nº do Exame: 8284
Sexo: M
Convênio:

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de tomografia computadorizada, com colimação, filtros e reconstruções específicas para o segmento de interesse, sem a administração endovenosa do meio de contraste.

RESULTADO:

Hematoma epidural medindo 2,0 x 0,8 cm na região frontal à direita. Fratura do osso frontal em adjacência com extensão ao teto da órbita.

Discreto aumento de partes moles nas regiões frontal e periorbitária à direita.

Sulcos entre os giros corticais, cissuras de Sylvius, sistema ventricular supratentorial e cisternas da base de aspecto usual para a faixa etária.

Estruturas da linha média centradas.

Não há evidências de lesões focais detectáveis ao método na fossa posterior.

O IV ventrículo é tópico e tem dimensões normais.

CONCLUSÃO:

Hematoma epidural medindo 2,0 x 0,8 cm na região frontal à direita. Fratura do osso frontal em adjacência com extensão ao teto da órbita.

Discreto aumento de partes moles nas regiões frontal e periorbitária à direita.

Assinado Eletronicamente por:

Dra. Larissa Vidaurre | CRM - 5291100-3

Através de Telelaudo Tecnologia Médica Ltda | CRM ES-1964-55 em laudo Radiológico

Criado em 07/02/2017 09:05:09 GMT -3 DST (Brasília Time)

Este documento contém informações de saúde identificáveis que são objeto de proteção legal. Esta informação destina-se ao uso exclusivo da instituição mencionada acima. Este é um exame complementar à consulta clínica. Descrições e hipóteses diagnósticas aqui contidas não devem ser analisadas isoladamente, mas correlacionadas com as demais informações (anamnese, exame físico e outros exames) pelo médico/dentista do paciente, a quem compete, exclusivamente, conduzir o diagnóstico e decidir a conduta a ser seguida. O relator se coloca à disposição do médico/dentista para quaisquer esclarecimentos necessários.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Rodrigues da Silva,
 RG nº 53.489.565-7, data de expedição 28/04/09,
 Órgão SSP-Ce, portador do CPF nº 714.795.627-34, com
 domicílio na cidade de Crateús, no Estado de
Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua Gustavo Barroso, Santa Luzia, nº 2127,
 complemento casa, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima Jose Jefferson Bezerra de Sousa cujo o condutor era
Jose Jefferson Bezerra de Sousa.

Veículo: motocicleta HONDA / CG 150

Modelo: CG 150 TITAN KS

Ano: 2005

Placa: HXT 8271

Chassi: 9C2K08106R834932

Data do Acidente: 04/02/2017

Local e Data: Crateús - Ce, 26.04.2017

CARTÓRIO
MARTINS

Jose Rodrigues da Silva
 Assinatura do Declarante

Jose Jefferson Bezerra de Sousa

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO MARTINS	RECONHEÇO A(S) FIRMA(S) <u>Jose</u>
	<u>Jefferson Bezerra de Sousa</u>
	<u>Jose Rodrigues da Silva</u>
	Dou fé.
	Crateús <u>02 MAIO 2017</u>
	Em testemunho <u>da verdade</u>

Natalia M. Albuquerque Nascimento
 Escrevente Substituto
 Crateús - CE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS

DETRAN - CE Nº 013132684030
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA COD. RENAVAM ENTRC EXERCÍCIO
01 873615503 000000000 2017

NOME
JOSE RODRIGUES DA SILVA

CRATEUS

PLACA
71475562734
71475562734

PLACA ANT/NF
71475562734
71475562734

CHASSI
71475562734
71475562734

ESPECÍFICO
PAS MOTOCICLO 150 TITAN K3

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO FAB/ANO MOD
2005/2006

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

CATEGORIA
PARTIC

VENO/COTAS
1º + + + + +
2º + + + + +
3º + + + + +

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
150 65 115 17/04/2017

PARCELAMENTO/COTAS
1º + + + + +
2º + + + + +
3º + + + + +

CONSERVAÇÕES

LOCAL
CRATEUS

DATA
17/04/2017

CE Nº 013132684030 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2017

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 17/04/2017

VIA 01 71475562734
71475562734

RENAVAM
71475562734

MARCA/MODELO
HONDA/CG 150 TITAN K3

ANO FAB/ANO MOD
2005/2006

CHASSI
71475562734

PLACA
71475562734

PRÊMIO TARIFÁRIO

R\$ (R\$) DENAT (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
150 65 115 17/04/2017

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAGO (R\$)
150 65 115 17/04/2017

PAGAMENTO PARCELADO
17/04/2017

DATA DE QUITAÇÃO
17/04/2017

LIDER DO SEGURO DPVAT

MOTOR: 150 65 115 17/04/2017



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: JOSE JEFFERSON BEZERRA DE SOUSA

Nº Sinistro: 3170563867
Vítima: JOSE JEFFERSON BEZERRA DE SOUSA
Data do Acidente: 04/02/2017
Cobertura: INVALIDEZ
Procurador: KAMILA VIEIRA GOMES

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - IRREGULARIDADE

Senhor(a),

Após a análise no sinistro cadastrado sob o número 3170563867, verificamos a existência de irregularidades, por essa razão o seu pedido de indenização foi negado.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 0059/100592 - carta_13 - INVALIDEZ



Carta nº 12203292