



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de

Outorgante: <u>Edson Sousa Távares</u>		Data Nasc:
Estado Civil: <u>casado</u>	Profissão: <u>autônomo</u>	Nacionalidade: <u>brasileiro</u>
RG: <u>0006098074024</u>	CPF: <u>809.710.913-15</u>	
Endereço: <u>Rua: Vandevila Torquato nº 1010</u>		
Cidade: <u>Cumocim</u>	CEP: <u>62.400.000</u>	

nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

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, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, 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), 05 de Maio de 20 18.

Edson de Sousa Távares
OUTORGANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu, Edson Souza Tenreiro, residente e domiciliado na Rua Vanderlino Torquato, nº 1010, bairro: -, na cidade de Limoeiro, portador(a) do RG nº 2006098074024, inscrito(a) no CPF nº 809.710.913-15, 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.

Fortaleza, 25 de Março de 20 18.

x Edson de Souza Tenreiro
DECLARANTE



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela presente, o (a)
Sr(a) Edson Sampaio Teixeira 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 tramitará 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. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 25 de Abril 20 18

Edmond et Louis Farwell

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Edson Souza Tenório, brasileiro(a), solteiro, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 20060990 440 24, inscrito(a) no CPF sob o nº 809.710.913-15, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Rua Vanderlei Torquato, nº 1010, Bairro —, CEP: — - — /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 25 de Abril 2018

Edson de Souza Tenório

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

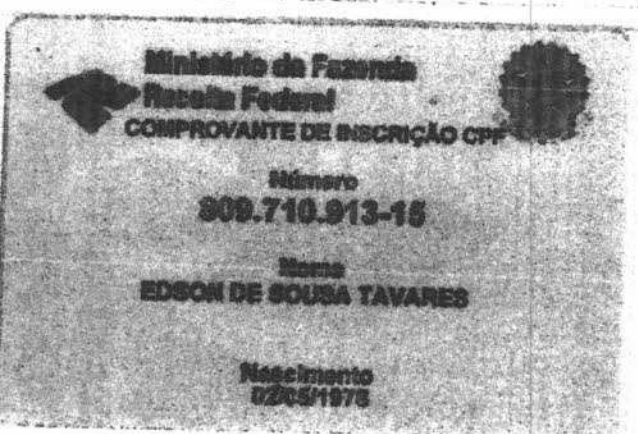
RG Nº:

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **501026273**

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 n° 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
NOV/2017

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
5420297 DV **3**

VENCIMENTO
23/11/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)
106,18

Rota **09 033000 02 046000**

Nome **RITA DE SOUSA TAVARES**

Endereço Postal

Medidor

1486498

Poste

0000 0

End. da Unidade
Consumidora

RUA VANDERILLO TORQUATO 01010 CAMOCIM 62400000

RG / CPF / CNPJ **440.386.903-34**

CGF

Classe **01-RESIDENCIAL, MONOFASICA**

Fator de Potência **0**

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
6463	6345	1	118	0	118

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	118	0,74418	87,81

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES
MULTA MORATORIA
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 7,31)

0,83

2,02

15,52

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
16/11/2017	15/12/2017

AREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

ESE1.4FC9.7CF9.E3B5.7CB2.CFCD.3B7C.BF0A

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
87,81	27%	23,70

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	30,28
TRANSMISSÃO	3,02
DISTRIBUIÇÃO	20,56
ENCARGOS SETORIAIS	7,12
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	26,83

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

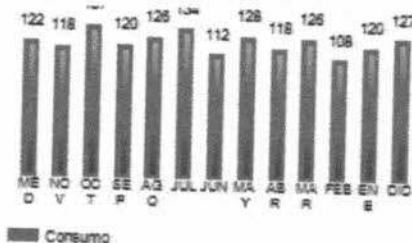
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 27,01

Conjunto CAMOCIM

Mês SET/ 2017

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	5,43	10,86	21,73	0,41	0,41	0,00
FIC (un)	3,30	6,60	13,20	1,00	1,00	0,00
DMIC (h)	3,11			0,41		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



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

N° do Cliente:

5420297-3

N° da Nota Fiscal: **501026273**

Total a Pagar (R\$): **106,18**

Data de Emissão:

28/11/2017

Referência: **NOV/2017**

N° de Controle: **0005420297 00056 4359 2 02**

83820000001-0 06180031000-6 00054202970-7 00564359230-0



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA REGIONAL DE CAMOCIM

fls. 19

FLS.

RUBRICA

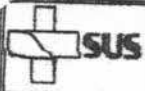
AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE Ocorrência Nº 430 - 2311 / 2017**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **01/08/2017 12:00:42**Data / Hora da Ocorrência: **26/03/2017 11:39:00**Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO ZEFERINO VERAS**

Complemento:

Bairro: **CENTRO**Município: **CAMOCIM/CE**Ponto de Referência: **PADARIA DO CÍCERO****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **EDSON DE SOUSA TAVARES**Nascimento: **02/05/1978** CPF:RG: **2006098074024** Órgão Emissor: **SSP**Filiação: **RITA DE SOUSA TAVARES****MANOEL DA HORA TAVARES**Endereço: **RUA TRÊS MARIA, 1300**Bairro: **CENTRO**Município: **BARROQUINHA/CE**País: **BRASIL**Telefone: **88****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **FAY4369** Uf: **SP** Município: **SAO PAULO** Chassi:**95VD42E5CDM001602** Renavam: **478417420** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **DAFRA/NEXT 250** Ano Fabricação:**2012** Ano Modelo: **2013** Combustível: **GASOLINA** Cor: **VERMELHA**Proprietário: **FRANCIMAR DE SOUSA TAVARES** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **NORMAL****Histórico**

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA CIVIL O (A) NOTICIANTE DEVIDAMENTE QUALIFICADO (A) O (A) QUAL NARROU O SEGUINTE FATO: Que, na data, local e horário informado o (a) noticiante dá ciência de que estava conduzindo seu veículo na Rua-Antonio Zeferino Veras, nas proximidades da padaria do Cícero quando em certo momento veio outro motociclista em contra mão e colidiu de frente com o veículo do noticiante. Que, o noticiante não teve como se livrar da colisão, pois o outro motociclista estava em contra mão e puxou a moto de uma vez pro lado do noticiante. Que, devido a queda o noticiante sofreu as seguintes lesões: FRATURA NA CLAVÍCULA - LADO DIREITO; FRATURA DE 04 (QUATRO) DEDOS DA MÃO DIREITA e ESCORIAÇÕES PELO CORPO. Que, a noticiante foi levada por populares para receber atendimento médico no HOSPITAL MURILO AGUIAR CAMOCIM e devido à gravidade dos ferimentos, foi encaminhado para a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL-CE. Que, o veículo em que o noticiante estava trata-se de: (01) UMA MOTOCICLETA DAFRA NEXT 250, COR: VERMELHA, PLACA FAY 4369/SP, VEÍCULO EM NOME DE: FRANCIMAR DE SOUSA TAVARES-CPF: 251.606.878-66. Que, tem como testemunhas as pessoas de: RITA DE SOUSA TAVARES RG 985650-85 e CPF 440.386.903-34 e THALES RENATO TAVARES VIDAL RG - 2007009043789 e CPF 040.461.313-65. Que, no local do acidente não havia atendimento de: ANJOS DO ASFALTO, CORPO DE BOMBEIROS OU



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Edson de Sousa Tavares

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

02/05/1978

9 - SEXO

Masc ☒ 1

Fem ☐ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua: Valderilo Torquato, Boa Esperança

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camocim

17 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu traumatismo na mão direita resultando em fratura do 1º 3º 4º quirodáctilos, necessita de tratamento cirúrgico.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico e anamnese

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma complexo do 1º 3º 4º quirodáctilos da mão direita

24 - CID 10 PRINCIPAL

S624

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ACIDENTAIS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução dos Metacarpians com Fixação

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

0 4 0 8 0 2 0 3 7 7

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS CPF

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

2 1 8 5 7 9 6 2 3 1 2 0

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Antônio Agostinho Moura

28/03/2017

Antônio Agostinho Moura
Cirurgia Plástica

PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

CNS CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SAÚDE

FICHA DE REFERÊNCIA

- 1 - Preencher esta ficha em 3 vias.
2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias para o usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: HBMA
Distrito Sanitário: _____ Município: Limoeiro

Nome: Edson de Souza Tavares Prontuário N°: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nascimento: 02/05/78 Ocupação: _____
Endereço: R. Vanderilo Torquato Bairro: Boa Esperança Tel.: _____

Motivo do encaminhamento: Ref. c/ fratura de dor

Resultado de Exames: na mão D. c/ fratura de mão D.

Consulta já realizada: Consult. r/ analise com plástica

Impressão Diagnóstica: fratura mão D.
Assinatura do Encaminhante: [assinatura] N° Registro: _____ Função: medic Data: 27/03/17 Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional: _____
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____
Município: _____ Prontuário N°: _____ Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal:

Secundário 1:

Secundário 2:

CID:

CID:

CID:

Proposta de Conduta para Seguimento

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: Secretaria de Saúde

Distrito Sanitário: _____

Município: Camocim

Nome: Edson de Sousa Tavares

Prontuário Nº: _____

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: 02/05/78

Ocupação: _____

Endereço: Venduro Terguato, 100

Bairro: São Expiação Tel.: _____

Motivo do Encaminhamento: Redução dos Nutricionismo com Fixação

Resultado de Exames: _____

Conduta já realizada: _____

Impressão Diagnóstica:

Fernando Wilson Fernandes Silva
Secretário de Saúde
CPF Nº 023.325.643-72
Portaria de Nomeação Nº 0102009/17

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento:

Ambulatorial ☐

Hospitalar ☐

Auxílio Diagnóstico ☐

Procedimento: _____

Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____:____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA (*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Alta: ____/____/____

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico Principal: _____

CID: _____

Secundário 1: _____

CID: _____

Secundário 2: _____

CID: _____

Proposta de Conduta para Seguimento

12950013534

11:39



PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE
TRANSFERÊNCIA CRESUS/16º CRES
MACRORREGIÃO SOBRAL
SOLICITAÇÃO DE TRANSFERÊNCIA
CLÍNICA MÉDICA

Unidade solicitante: U D M A Telefone do setor: (80) 3621-0744 Município: Camolin

Nome do paciente: Edson Souza Tanases Sexo: M Data de nascimento: 02/05/78 Idade: 35

Rua/Número/Bairro/Cidade: Wanderley Torguato - 382 - D. do Bonfim - Camolin
Filiação: Rita de Souza Tanases

Médico solicitante: Sergio CREMEC:

Diagnóstico(s):

Co-Morbidade(s):

QUEIXA: DURAÇÃO: D M A

ANAMNESE: Acidente automobilístico há 26 dias
com fratura cominada de R. posterior
em nível de L1, L3 e L4-MTC/D
com mexericidade avaliada

SINAIS VITAIS: PA: 120/80 mmHg | FC: 70 bpm | FR: 18 lpm | TAX: 60 | G | DX: magdo

EXAME FÍSICO: unidade de nã

MEDICAÇÃO E TEMPO DE USO:

EXAMES COMPLEMENTARES:

CONDUTA NO HOSPITAL DE ORIGEM: Tale + tratamento a ser

Data da solicitação: 20/03/18

Dr. José Sérgio Rodrigues
Ortopedista e Traumatologista
CRM 5919 e CBO 3610 - João
Assinatura do médico com carimbo

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 26/04/2018 às 14:05, sob o número 01274894820188060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0127489-48.2018.8.06.0001 e código 35B6D92.

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

Atendimento: 4795290 | **Paciente:** 268319 - EDSON DE SOUSA TAVARES
Data e Hora do Acolhimento: 20/03/2017 16:17:05

TIPO DE ACOLHIMENTO: ADULTO
TIPO DE ATENDIMENTO: CIRÚRGICO
CLASSIFICAÇÃO: VERDE

Paciente Referência: NÃO / **Paciente Regulado:** NÃO / **SAMU:** NÃO

Descrição da História Prévia do Atendimento:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA +- 3 DIAS, REFERE DOR + EDEMA NA D

Sinais Vitais do Paciente:

Pressão Arterial: / , **Nº Pulso:** , **Nº Freq. Resp:** , **DX:** , **Temperatura:**

INFORMAÇÕES SOBRE O ACIDENTE DO PACIENTE:

☐ Objeto Corto Contuso ☐ Arma de Fogo ☐ Afogamento ☐ Choque Elétrico
☐ Queda? Descrição da Queda:
☐ Intoxicação ☐ Queimadura Tipo de Queimadura: Causa da Queimadura:
☐ Atropelamento Tipo de Atropelamento: ☐ Carro ☐ Utilizava cinto
☐ Moto ☐ Utilizava Capacete
☐ Mordedura de Animais Tipo de Animal:
☐ Agressão Física ☐ Outros

Descrição do Local do Acidente:

História da Doença Atual:

--

Exame Físico:

Destino do Atendimento: ALTA

ANTONIO BRUNO DE MEDEIROS LIMA - CRM.: 14100

Santa Casa de M. de Sobral
CONFERE COM O ORIGINAL
Andréia R. Montenegro
COORDENADORA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 26/04/2018 às 14:05, sob o número 0127439482018060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.jce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0127489-48.2018.8.06.0001 e código 35B6D92.

ANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
istema de Internação Hospitalar
anamnese de Internação Hospitalar

DADOS DO PACIENTE

Matricula...: 268319
 Paciente....: EDSON DE SOUSA TAVARES CPF...: 80971091315
 Sexo.....: Masculino
 Dt. Nasc....: 02/05/1978 Idade...: 38a 11m 7d
 Mae.....: RITA DE SOUSA TAVARES
 Pai.....: MANOEL DA HORA TAVARES Cor...: Parda
 E.Civil....: CASADO Grau de Instrução...:
 Endereço...: RUA VALDERILO TORQUATO, 282
 Bairro.....: BOA ESPERANCA Cep...: 62400000
 Cidade.....: CAMOCIM UF...: CE
 Fone.....: 988036564

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome.....:
Endereco.....:
Documento.....:
Fone.....:

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento.: 4813962 Atendente: WELLINGTON
Data.....: 08/04/2017 Hora.....: 14:24
Procedimento: 0408020377 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA / LESÃO FISARIA DOS METACARPIANOS
Medico.....: ANTONIO AGOSTINHO MOURA
Unid Int....: UI ONCOLOGIA
Leito.....: LEITO 1-1 - ONCOLOGIA
Convenio....: SUS - SIH
Plano.....: SUS - SIH
Carteira....:
N. Guia.....:

 
Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

 Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
VV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Pagina: 1/1
Emitido por: RITA_CHAVE
Em: 11/04/2017 14:00

Atendimento: 4813962

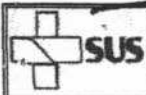
Dt Atendimento: 08/04/2017 - 14:24 Dt Alta: 11/04/2017 - 14:48

Paciente: 268319 EDSON DE SOUSA TAVARES

Serviço:	22 TRAUMATO/ORTOPEDIA	Convênio:	1 SUS - SIH
Leito:	468 LEITO 1-1 - ONCOLOGIA	Plano:	1 SUS - SIH
Motivo Alta:	1 ALTA MELHORADA	Usuário:	RITA CHAVES

010 0074

ERATURAS MULTIPLES DE 00000 METROS (00000)



Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

293583

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITADO

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

Identificação do Paciente

ATEND.: 4813962 DT. ATEND.: 8/4/2017 - 14:24

MATRI.: 268319 NASCIMENTO.: 2/5/1978

NOME.: EDSON DE SOUSA TAVARES

MAE.: RITA DE SOUSA TAVARES

CPF.: 80971091315 CNES: 898003901149491 SUSFACIL:

ENDER.: RUA VALDERILO TORQUATO 282

BAIRRO: RUA ESPERANÇA - CAMOCIM

-CE- CEP: 62400000

Rua: Valderilo Torquato, 282

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Camocim

TA DE NASCIMENTO

02/05/1978

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - RAÇA/COR

12 - TELEFONE DE CONTATO

14 - TELEFONE DE CONTATO

16 - TELEFONE DE CONTATO

18 - TELEFONE DE CONTATO

20 - TELEFONE DE CONTATO

22 - TELEFONE DE CONTATO

24 - TELEFONE DE CONTATO

26 - TELEFONE DE CONTATO

28 - TELEFONE DE CONTATO

30 - TELEFONE DE CONTATO

32 - TELEFONE DE CONTATO

34 - TELEFONE DE CONTATO

36 - TELEFONE DE CONTATO

38 - TELEFONE DE CONTATO

40 - TELEFONE DE CONTATO

42 - TELEFONE DE CONTATO

44 - TELEFONE DE CONTATO

46 - TELEFONE DE CONTATO

48 - TELEFONE DE CONTATO

50 - TELEFONE DE CONTATO

52 - TELEFONE DE CONTATO

54 - TELEFONE DE CONTATO

56 - TELEFONE DE CONTATO

58 - TELEFONE DE CONTATO

60 - TELEFONE DE CONTATO

62 - TELEFONE DE CONTATO

64 - TELEFONE DE CONTATO

66 - TELEFONE DE CONTATO

68 - TELEFONE DE CONTATO

70 - TELEFONE DE CONTATO

72 - TELEFONE DE CONTATO

74 - TELEFONE DE CONTATO

76 - TELEFONE DE CONTATO

78 - TELEFONE DE CONTATO

80 - TELEFONE DE CONTATO

82 - TELEFONE DE CONTATO

84 - TELEFONE DE CONTATO

86 - TELEFONE DE CONTATO

88 - TELEFONE DE CONTATO

90 - TELEFONE DE CONTATO

92 - TELEFONE DE CONTATO

94 - TELEFONE DE CONTATO

96 - TELEFONE DE CONTATO

98 - TELEFONE DE CONTATO

100 - TELEFONE DE CONTATO

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Paciente sofreu traumatismo na mão direita resultando em fratura do 1º 3º 4º quirodactílios, necessita de tratamento cirúrgico.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

As Acima

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DE EXAMES REALIZADOS)

Exame físico e anamnese

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Trauma complexo do 1º 3º 4º quirodactílios da mão direita

24 - CID 10 PRINCIPAL

S624

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

S624

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Redução dos Metacarpianos com Fixação

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Antônio Agostinho Moura

28/03/2017

Assinatura Agostinho Moura
Cirurgião Plástico

PREENCHER NO CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

36 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

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 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

CNS CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. José Claudio Aguiar
CRM: 1083 - CPF: 015.283.943-7
Médico Auditor - SSAS

309009



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: 3677-1990 - Sobral-CE.
Boletim de Cirurgia
Este boletim de cirurgia é emitido para a cirurgia - verba a universo
POTENCIALMENTE CONTAMINADA

NOME DO PACIENTE:

EDSON DE SOUSA ÍRMAES ASA II (M) 38a

DIAGNÓSTICO:

Fratura ULD

OPERAÇÃO:

Fratura ULD

61 MATERIAL DE SALA

TIPO CALIBRE (espessura) QUANT.

65 MEDICAMENTOS DE SALA

TIPO DOSAG. Q

Nº DA AIH

REF 3062

CÓDIGO CID

CONVERSAO CATEGORIA DETALHES

CÓDIGO SSM

12:58 18:58
DIA MÊS ANO
10 04 17

CIRURGIA

1. PEQUENA 4. SIMULT.
2. MEDIA 5. MUL. T.
3. GRANDE 6. ESPECIAL
7. PRINC. E SECUNDARIA

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Andreia R. Montenegro Portela
COORDENADORA

Barbosa Paulo Ruynd

30 de Outubro de 2017

Ass. da Enfermeira

74 OXIGÊNIO

INICIO HORAS TERM. HORAS TOTAL DE HORAS

Ass. do Cirurgião Médico
CREMEQ 5430



(/)

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170477304 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** EDSON DE SOUSA TAVARES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** EDSON DE SOUSA TAVARES**CPF/CNPJ:** 80971091315**Posição em 28-11-2017 12:36:46**

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
16/10/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)

Consulta a Pagamentos Efetuados (/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetutados.aspx)

Informações Gerais (/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)