

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

NOME
JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
556369105 SSP SP

CPF
046.618.153-19 DATA NASCIMENTO
07/01/1991

FILIAÇÃO
JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA
LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA

PERMISSÃO
ACC CATAB. AD

Nº REGISTRO
05689683759 VALIDADE
10/05/2021 1ª HABILITAÇÃO
16/01/2013

OBSERVAÇÕES
EXERCE ATIV. REMUNERADA

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

LOCAL
JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO
27/07/2016

ASSINATURA DO PORTADOR
IGOR VASCONCELOS PONTE

ASSINATURA DO EMISSOR
15645454051
CE153216166

DETRAN - CE (CEARA)

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1225635914

400000 PLASTIFICAR
1225635914

Nº DO CLIENTE

1345480

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 539859165

Rota 02 13000 03 275510 - 9 Data de Emissão 04/09/2018

Nome LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA

End. Postal RU ANTONIO DIAS SOBREIRA 00521
TIMBAUBA - JUAZEIRO DO NORTE - 63020110

Medidor 1430241 Poste 0000 A65W

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG/CPF/CNPJ 325461303-15 CGF

Nome do Responsável

DATAS			INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura	Veja a legenda no verso desta conta.		
Set/2018	04/09/2018	04/10/2018	Conjunto	JUAZEIRO DO NORTE	
ICMS			Mês	JUL 2018	EUSD 13,94
Base de Cálculo (R\$)			Padrão Individual		
Aliquota			Apuração Individual		
Valor do Imposto			Mensal	Trim.	Anual
ISENTO			Mensal	Trim.	Anual
ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL			DIC	4,35	9,91
1553.9324.FED4.07E4.1696.4872.71E3.0118			FIC	5,17	6,35
INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO			DMIC	2,77	

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FF 24579	24468	1,00	111	0,00	0	0,12754	14,16
					11	0,46238	5,09

04/09/18	03/08/18	02/01-2	111	33,43
VALOR (R\$)				
VALOR CONSUMO DO MES				33,43
MULTA MORATORIA REF 08/2018				0,66
JUROS DO MES				0,73
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA				0,60
DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 1/2				3,00
SAÍDA PARA PAGAMENTO FUTURO				-28,42
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 3,19)				

VENCIMENTO	12/09/2018	TOTAL A PAGAR (R\$)	0,00
------------	------------	---------------------	------

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO		HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)											
Energia	17,88	124	111	110	112	132	147	144	129	107	117	125	145
Transmissão	1,00												
Distribuição	10,92												
Encargos Setoriais	2,77												
Tributos (PIS/COFINS)	1,87												
TOTAL	34,44												

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO ₂ (kg/kWh)		
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.		
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
43,33	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

Previsão Multa

NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA

Prezado Cliente, constatamos em nossos controles contábil e em atraso.

Segue o detalhamento do Débito. O não pagamento de débitos implica

na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias

após a entrega desta, conforme previsto na Res. ANEL 414/10, Arts.

172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO

AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso não seja efetuado o pagamento

to, favor desconsiderar o aviso.

Consta desta fatura R\$ 1,07 referente a PIS e COFINS, alíquotas: PIS 0,40% e COFINS 0,91%

Estamos em Bandeira Vermelha porque já em atraso com custo de 5,00 reais a cada 100kWh

(multa em atraso). Informações: www.enel.com.br

DEBITOS ANTERIORES

Mês Ant

08/2018

Valor R\$

65,62

Total

65,62

Nº do Cliente: 1345480 Referência: Set/2018

Data de Emissão: 04/09/2018 Total a Pagar (R\$): 0,00

Nº da Nota Fiscal: 539859165 Nº de Controle: 0001345480 00529 39692 50

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

PROCURAÇÃOOUTORGANTE: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRABRASILEIRO, CASADO, MOTORISTAinscrito(a) no CNPF/IMF sob o nº 046 618 153-19, portador (a) da cédula deidentidade sob o nº 556369105, residente e domiciliado (a) na ANTONIODIAS SOBHEINA, nº 521, bairro LIMOEIRO, cidade JUZEIRO DO NORTE, estado CE, CEP 63020110

neste ato representado por quem de direito, nomeio e constitui, por este instrumento particular de procuração seus bastantes procuradores:

OUTORGADOS: ANA FRANCISCA BEZERRA MARTINS, brasileira, solteira, inscrita na OAB/CE sob o nº 28.948, com escritório profissional sediado na AV, Duque de Caxias, nº 357, Sala 02, centro, Crato-CE, local onde recebem correspondências e intimações.

PODERES: para o foro em geral, com a cláusula ad judicial et extra, para representá-lo em qualquer juízo, instância ou tribunal, repartição pública ou privada, podendo propor contra quem de direito as ações cabíveis e defendê-lo nas contrárias, seguindo, umas e outras, até final decisão, inclusive recursos, conferindo-lhe também, poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos, receber e dar quitações, levantar valores existentes em contas judiciais, precatórios, RPV,

Sucumbência nas respectivas prestações de contas, agindo separadamente ou em conjunto, junto as Repartições públicas federais, Estaduais e Municipais, facultando-lhe outrossim substabelecer esta a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes,

Dando tudo por bom, firme e valioso.

CRATO/CE, 28 de NOVEMBRO de 2018

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE POBREZA

EU, JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
BRASILEIRO, CASADO, MOTORISTA inscrito (a) no
 CNPF/ MF sob o nº 046618153-19, portador (a) da cédula de identidade
 Sob o nº 556369105, residente e domiciliado (a) na ANTONIO
DIAS SOBREIRA, nº 521, bairro LIMOEIRO
 Cidade JUAZEIRO DO NORTE, estado CE
 CEP 63020110, DECLARO, nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de
 1983, que dispõe sobre prova documental, para todos os fins de direito, especialmente para
 fazer prova junto a justiça, que sou reconhecidamente pobre na forma de lei nº 1.060 de 05
 de fevereiro de 1950 e, sendo assim, não posso pagar custas ou despesas com processo na
 justiça civil, bem como honorários advocatícios.

Por ser expressão da verdade, assumo inteira responsabilidade

Pela declaração supra, sob as penas da lei.

Assino a presente para que se produzam seus efeitos jurídicos e

Legais.

Crato / CE, 29 de NOVEMBRO de 2018

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA



HOSPITAL
REGIONAL
DO CARIRI



Organização Social mantida com recursos públicos
provenientes de seus impostos e contribuições sociais



fls. 17
GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

NOME: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

PRONTUÁRIO: 155470

DATA DE NASCIMENTO: 07/01/1991

SOLICITANTE: Dr. FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ

SETOR SOLICITANTE: INTERMEDIARIA II

ENFERMARIA/LEITO: EXT11

DATA DO EXAME: 25.12.2017

HORA DO EXAME: 08:27

DATA DO LAUDO: 25.12.2017

HORA DO LAUDO: 10:40

EXAME: TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO

RELATÓRIO DE URGÊNCIA

TÉCNICA:

Foram realizados cortes tomográficos da base à convexidade do crânio, em aparelho multidetector, de acordo com a radiografia digital marcada. Não foi realizada a sequência com contraste venoso, por indicação clínica.

INDICAÇÃO:

TCE.

ANÁLISE:

- Aumento de volume e de densidade de partes moles em região parietal direita.
- Não há evidência de processo expansivo, de calcificações patológicas, de coleções líquidas extra-axiais ou de lesões intraparenquimatosas isquêmicas e/ou hemorrágicas agudas supra ou infratentoriais.
- Sistema ventricular com topografia, morfologia e dimensões normais.
- Não há desvios de estruturas da linha média.
- Aspecto anatômico das cisternas basais e da convexidade dos hemisférios cerebrais.
- Tronco cerebral e cerebelo sem alterações
- Espessamento do revestimento mucoso dos seios paranasais.
- Elementos ósseos avaliados sem traços de fratura ou lesões agressivas

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

Hematoma subgaleal parietal direito, NÃO associado a fraturas ósseas, contusões encefálicas ou coleções hemáticas extra-axiais.



Dr. José Célio Couto Vasconcelos
Médico Radiologista CRM-CE 13064
Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia/AMB

Rua Catulo da Paixão Cearense, s/n | Triângulo
Juazeiro do Norte/CE | CEP: 63.041-162

CNPJ/MF: 05.268.526/0002-51

Fone: (88) 3566.3600 | Fax: (88) 3566.3610
email: conselhogestorhrc@isgh.org.br

DIGITADOR: LARYSSE

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Pront.: 155470 Data Nasc.: 07/01/1991 Idade: 26 ano(s) 11 mes(es) e 18 dia(s) Admissão: 25/12/2017
Mãe: LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA
Sexo: Masculino RG: Município: JUAZEIRO DO NORTE
CEP 63010-000 Bairro: LIMOEIRO Tel.: 88 98882-971
Endereço: RUA ANTONIO DIAS SOBREIRA Num: 521

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: LARANJA Classificador João Paulo Lima Santos Horário 25/12/2017
Queixa: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO, APRESENTANDO FERIMENTO EM COURO-
CABELUDO E DOR EM OMBRO (E)
Exograma: TRAUMA MAIOR
MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO

ATENDIMENTO MEDICO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM: 6 Nº: 404153 Horário 25/12/2017
Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO INTERMEDIÁRIA II
Hipótese Diagnóstico: TRAUMATISMO SUPERFICIAL DE OUTRAS PARTES DA CABECA
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO SOFRENDO TCE COM PERDA DE CONSCIÊNCIA E TRAUMA EM OMBRO DIREITO COM SINAIS DE FRATURA DE CLAVICULA. PRESENÇA DE HEMATOMA NA REGIÃO PAI-
DIREITA. NO MOMENTO ESTÁ CONSCIENTE E OREINTADO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situação
RX CLAVICULA-D AP (0204040060)	25/12/2017 03:37	Sim	Pendente
TC CRÂNIO SEM CONTRASTE (0206010079)	25/12/2017 03:37	Não	Pendente

PRESCRIÇÃO

Médico: FERNANDO NEVES PEREIRA DA LUZ CRM 4366 25/12/17 03:38	Horário:
Prescrição	06:00
SINAIS VITAIS	



UPA 24h Limoeiro

Endereço: RUA CAPITÃO DOMINGOS, S/N
Cidade...: JUAZEIRO DO NORTE
E-mail...:

CNPJ:19.622.700/0001-46
Telefone: (088) 3512-2373

fls. 19

295741

Ficha de Atendimento

Data: 25/12/2017
Hora: 01:25

Data de Saida
Hora de Saida:

Paciente

Nome: 96691 JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Responsável: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Mãe: LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA
Endereço: ANT. DIAS SOBREIRA, 521, TIMBAÚBA - JUAZEIRO DO
Nasc: 07/01/1991 Idade: 26
Telefone: (88) 9770-8595 Celular: (88) -
CEP: 63.020-110 Natural: JUAZEIRO DO

Documento

Mat/CNS: Doc. Identidade: 556369105 Guia: Autorização:
Trabalho: Validade da Carteira: Ultimo Pagto:

Convênio

Convênio: SUS Cod. de Credenciamento Tipo de Atendimento: 2

Queixas do Paciente

ACOMPANHANTE RELATA ACIDENTE MOTOCICLISTICO, NEGA NAUSEAS, VOMITOS E PERDA TRANSITÓRIA DA CONSCIENCIA

Antecedentes Médicos

Exame Físico

BEG, CONSCIENTE, ORIENTADO(A), ACIANÓTICO(A), AFEBRIL AO TOQUE, NORMOCORADO(A), HIDRATADO(A), EUPNEICO(A), GLASGOW 15, PUPILAS ISOCORICAS E FOTORREAGENTES, NEGA ALERGIA MEDICAMENTOSA.
AC: BNF, RR 2T, SS
AR: MV+, AUSENCIA DE RUÍDOS ADVENTÍCIOS
AA: RHA+, PLANO, DEPRESSIVO, INDOLOR A PALPAÇÃO.

Exames Complementares

Conclusão Diagnóstica

CID-10 T07

POLITRAUMA

Tratamento

DIPIRONA 500MG 1 AMP IM

DAVI LEAL LANDIM CRUZ
CRM: 17716 / CE

Hedibeito
Correspondente Médico
UPA Limoeiro
IMEGI - Instituto Médico de Gestão Integrada

Diretor Médico



indo

fls. 20

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 06/02/2018 08

N.Atendimento...: 468371
Data Atendimento: 06/02/2018 Hora:08:10
Médico Respons...: CASSIO MURILO DA SILVA
Recepcionista...: KAROLAYNE
Setor Atend.....: CONSULTORIO
Convênio.: BPA SUS
Matricula: 702300157940215
Guia.:
Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Serviço: CONSULTA

=====IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE=====

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA Pront: 133697
Dta Nasc.: 07/01/1991 - 27 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil:SOLTEIRO RG: 55636910
Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521
Cep.....: 63100000 Bairro:LIMOEIRO Município:JUAZEIRO DO NORTE
Estado....: CE Resp...: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Fone: 88997708595

DIAGNÓSTICO

CONSULTA MÉDICA

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro [] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. [] Out

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIAY

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ____/____/____

Dr. (a) CASSIO MURILO DA SILVA
CRM: 6002 CPF: 34631348372

X JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
Paciente / Responsável

HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 18:34

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Prontuario: 133697

Leito...: AM3.10

Atendimento: 470340

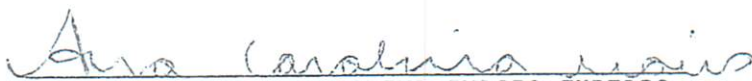
Conv: CONVENIO JUAZEI

Técnico(a): CAROLINA

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 17:31

TARDE

CLIENTE COM HD: FRATURA EM CLAVICULA DIREITA POR DR. CASSIO.
FOI ENCAMINHADO AO BLOCO CIRURGICO ÀS 16:37 RETORNOU ÀS 18:12
SOBRE EFEITO ANESTESICO, VEIO COM ACESSO VENOSO PERIFERICO
, ESTA COM SORO TERAPIA. PERMANECE NO LEITO AOS CUIDADOS DA
ENFERMAGEM.



Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO

COREN: 1169836-CE



HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 21:30

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Prontuario: 133697

Leito...: AM3.10

Atendimento: 470340

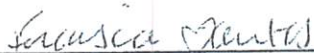
Conv: CONVENIO JUAZEI

Técnico(a): DANTAS

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 21:30

NOITE-

PACIENTE EVOLUI COSNCIENTE ORIENTADO, AFEBRIL EUPNEICO EM PÓ DE CLAVICULAR
DIREITA, ACEITA BEM DIETA OFERECIDA REFERE DOR AVP PARA TERAPIA
MEDICAMENTOSA, RESPIRA EM AMBIENTE MEDICADO SEGUE AOS CUIDADOS ENFERMAGEM.



Técnico(a): FRANCISCA MARIA DANTAS DE FREITAS

COREN: 188850-CE



HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 20/02/18 09:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Leito...: AM3.10

Técnico(a): SANDRA

Atendimento: 470340

Prontuario: 133697

Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 20/02/2018 09:46

MANHÃ:

PACIENTE JOVEM ADMITIDO NESTE SETOR PARA TRATAMENTO CIRURGICO POR DR. CASSIO MURILO, COM HD DE FRATURA DE CLAVICULA DIREITA. EVOLUI CONSCIENTE, CALMO, COOPERATIVO, ORIENTADO, AFEBRIL, NORMOTENSO, RESPIRA EM AR AMBIENTE, DIETA ZERO ATÉ 2º ORDEM, NEGA ALERGIA + HIPERTENÇÃO + DIABETICO, TEM EXAMES LABORATÓRIAS + ECG + XERO DE RX DE CLVICULA. SEGUE NO LEITO AGUARDA PROCEDIMENTO HOJE.

PA-110/80MMHG

T-36°C

Sandra
Técnico(a): SANDRA REGINA DE SOUSA ALVES
COREN: 936564-CE

21/03, dp, 21/02 = 51 queixas

*Of. 100% melhor, orientado, GCS=15
pufos de 100ml*

*Of. alter of 10
100ml de 100ml*

Dr. Samir Samaan Fo
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10.345/TEOT 13.659

21 FEV. 2018

"Não a nós, Senhor, mas a Teu
nome seja dada toda a glória."
Sl. 115:1



HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 12:46

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Leito...: AM3.10

Técnico(a): WILLIANY

Atendimento: 470340

Prontuario: 133697

Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 12:46

MANHÃ:

CLIENTE EM PÓS OPERATORIO DE FRATURA EM CLAVICULA "D"

EVOLUI: CONSIENTE, ORIENTADO, RESPIRANDO EM AR AMBIENTE SEM QUEIXA NO PERIODO, ACEITA DIETA OFERECIDA, FICA EM REPOUSO NO LEITO E AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM.

Williany C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 883.524

Técnico(a): WILLIANY CRUZ LIMA

COREN: 883524-CE



HOSPITAL SAO RAIMUNDO
ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM - Impresso: 21/02/18 15:08

Paciente: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Leito...: AM3.10

Técnico(a): VIVI

Atendimento: 470340

Prontuario: 133697

Conv: CONVENIO JUAZEI

Anotações de Enfermagem: - 21/02/2018 15:08

TARDE

PACIENTE RECEBEU VISITA MEDICA E EM SEGUIDA, ALTA HOSPITALAR.

Viviane Maria

TÉCNICA EM ENFERMAGEM

Técnico(a): VIVIANE MARIA DA SILVA

COREN: 779297-CE



FICHA DE INTERNAÇÃO

Controle/Ar
Comp.:
Apres.:

Prontuário N°.: 133697
Internação N°.: 470340

Impresso: 20/02/2018 08:2

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA | Nasc.: 07/01/1991 Idade: 27 Sexo: M
Respons.: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Matricula: 702300157940215
Endereço.: RUA ANTONIA DIAS SOBREIRA 521 | Bairro.: LIMOEIRO Cep.: 63100000
Cidade.: JUAZEIRO DO NORTE | Telefone: 88997708595
Filiação.: Mãe - LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA | Pai - JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA
CPF.: 046.618.153-19 RG: 556369105 | UF: Orgão: Natural: JUAZEIRO DO NORTE
Raça.: PARDO Profissão: MOTORISTA | Est.Civil: SOLTEIRO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: CASSIO MURILO DA SILVA | Cadastro.: KAROLAYNE /Atendente: VAND
Clínica.: INTERN. CIRURGICA | Data/Hora.: 20/02/2018 08:17
Setor.: POSTO MASCULINO | Convênio.: CONVENIO JUAZEIRO 17/2017
Acomod.: AM03 | Carater.: ELETIVA
Leito.: AM3.10 Trans.P/Leito: Enf/Apto: | Tipo Acom.: ENFERMARIA CLINICA

RESUMO DE TRATAMENTO

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

ANTECEDENTES PESSOAIS

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA = FP = FR = TA =

ACV:

AR.:

OME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO = RV = RM =

PUPILOS:

DIAGNÓSTICO

CONDUTA:

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

RESERVADO A RECEPÇÃO
N° DO UNISUS:
ASS.:

TRASNF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 01 / 02 / 2018

JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA
PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(A): 6002 CASSIO MURILO DA SILVA



Window/Level (Right Mouse)



Window/Level (Right Mouse)



CAP NUM SCRL





BOLETIM DE Ocorrência Nº 488 - 6359 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **05/06/2018 10:07:50**
Data / Hora da Ocorrência: **25/12/2017 01:25:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA 22 DE JULHO**
Complemento:
Bairro: **LIMOEIRO** Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**
Nascimento: **07/01/1991** CPF:
RG: **556369105** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **LUCIA PEREIRA DE OLIVEIRA**
JOSE FERNANDES DE OLIVEIRA
Endereço: **RUA ANTONIO DIAS SOBREIRA , 521**
Bairro: **LIMOEIRO**
Município: **JUAZEIRO DO NORTE/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 9787-3195**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NUX6023** Uf: **CE** Município: **JUAZEIRO DO NORTE** Chassi:
9C2HB0210AR106900 Renavam: **212734725** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/POP100** Ano Fabricação: **2010**
Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário:
EDUARDO FILGUEIRAS CALLOU Situação: **NÃO INFORMADO**
Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Comunica que quando trafegava numa Moto Honda Pop 100, de Cor Preta, veio a cair de aludida Moto em razão de ter que desviar de outra Motocicleta que trafegava em sentido contrário, cujo condutor não sabe identificar, o qual conduzia sua moto de maneira imprudente, causando-lhe, em razão do acidente, fratura na clavícula direita e escoriações na região do crânio e nas pernas; QUE foi socorrido por populares e levado para a Unidade de pronto Atendimento (UPA), do bairro Limoeiro, nesta cidade de Juazeiro do Norte/CE, sendo transferido depois para o Hospital Regional do cariri, nesta urbe, onde recebeu os tratamentos médicos pertinentes. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE JUAZEIRO DO NORTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Daniilo T. de Medeiros
DANILO TAVARES DE MEDEIROS - MAT.: 167851-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: X JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

VISTO DO DELEGADO(A) :

Juliano Marcúla de Almeida Lima - MAT.: 300520-1-3

SINISTRO 3180496553 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA**CPF/CNPJ:** 04661815319**Posição em 19-02-2019 17:02:51**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
12/11/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Nº Sinistro: 3180496553

Vitima: JASONIEL PEREIRA DE OLIVEIRA

Data do Acidente: 25/12/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CICERO INACIO DA SILVA

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180496553**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas

A documentação deve ser entregue na **SEGURADORA LIDER DPVAT - REGULAÇÃO**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

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

Carta nº 13509287

Pag. 01173/01174 - carta_03 - INVALIDEZ

