



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Nome: <u>Francisco Audenes Mota Chaves</u>		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Agricultor</u>	Carteira de Identidade: <u>2015043539-2 SSP-ce</u>	
CPF nº: <u>079.943.793-03</u>	Residência: <u>Quilombo Cachoeira, DT Palestina</u>		
Bairro: <u>63.740-000</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>	CEP: <u>63.740-000</u>

OUTORGADO: ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

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

CRATEÚS - CE., 15 de Abri de 2019.

FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES
 (outorgante)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
 COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

Polgar Direito

FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES
 ASSINATURA DO TITULAR

PROTEÇÃO PLÁSTICA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO SERIAL 2015043539 - 2 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/06/2015

NOME FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

FILIAÇÃO MANOEL GERMANO CHAVES

TEREZINHA VITURIANO MOTA CHAVES

NATURALIDADE CRATEÚS - CE DATA DE NASCIMENTO 16/09/2000

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 17180 FOLHA: 061V

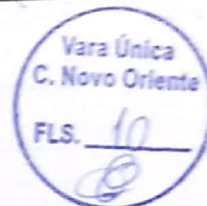
LEVRO: A-16 NOVO ORIENTE - CE

CPF 079.943.793-03

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/93

P.: 72





ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomê, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Francisco Audenes Mota Chaves</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>poçoado Cochoena, pt palestina</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>079.943.793-03</u>	RG nº: <u>2015043539-2 SSP-ce</u>	Estado Civil: <u>solteiro</u>
Bairro: <u>Lera Rural</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.740-000</u>	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, 15 de Abril de 2019.

FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

Declarante



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: deranysantos@hotmail.com



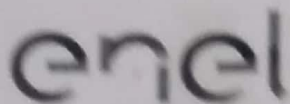
DECLARAÇÃO

Declarante: <u>Francisco Audenes Mota Chaves</u>		Nacionalidade: Brasileira
Residência: <u>Percebo Cachoeira, PT Palestina</u>		Profissão: <u>Agricultor</u>
CPF nº: <u>079.943.793-03</u>	RG nº: <u>2015043539-2 SSP-CE</u>	Estado Civil: <u>Solteiro</u>
Bairro: <u>Zona Rural</u>	Cidade: <u>Novo Oriente</u>	Estado/UF: <u>Ceará</u>
CEP: <u>63.740-000</u>	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, 15 de Abril de 2019.

FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES
 (declarante)



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | Nº **555869381**
 Companhia Energética do Ceará
 Rua Padre Valdevino, 190 | CEP 60138-040 | Fortaleza - CE
 CNPJ 07.041.291/0001-90 | CDT 06.108.848-3

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



Esta é a segunda via de

JAN/2019

Utilize o nº abaixo sempre
 que entrar em contato conosco

Nº DO CLIENTE
7220220 **3**

VENCIMENTO
05/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
0,00

Rota 21 038031 02 0137000 Medidor 24231405 Poste 0000 0
 Nome ANTONIA CLAUDIANE COSTA SILVA
 Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora PV CACHOEIRA 0000 DT PALESTINA NOVO ORIENTE 63740000

RG / CPF / CNPJ 609.394.153-13 CGF
 Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual	Leitura Anterior	Constante	Consumo (kWh)	Consumo Incl.	Consumo Faturado
3392	3313	1	79	0	79

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA			
Consumo Faixa 0-50 kWh	30	0,17454	5,23
Consumo Faixa 51-100 kWh	49	0,29923	14,66

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação	Prev. Próxima Leitura
29/12/2018	31/01/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B1CC.8822.8866.D73C.3355.D1EB.46F6.28C4

ICMS

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

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA	10,33
TRANSMISSÃO	1,10
DISTRIBUIÇÃO	5,88
ENCARGOS SETORIAIS	1,58
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS)	1,99

OUTROS PAGAMENTOS

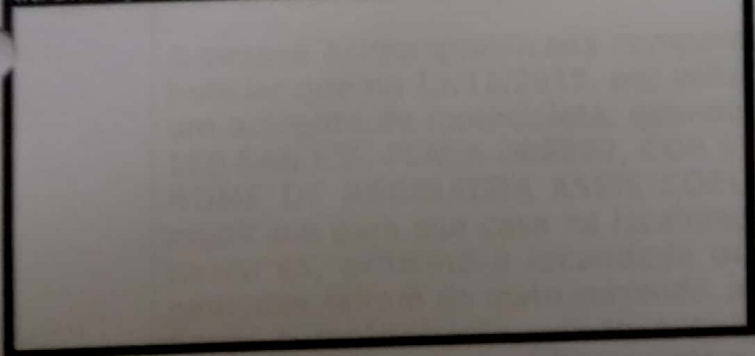
SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO	-25,40
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA	0,99
ILUMINAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL-INT	4,52

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
 Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

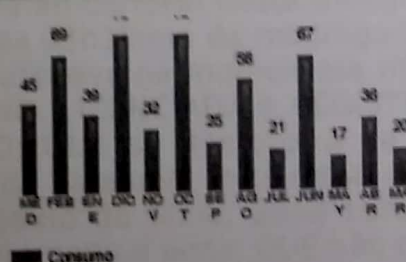
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 8,79

Conjunto CRATEUS

Mês NOV/ 2018

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC (h)	10,73	21,46	42,92	0,00	0,00	0,00
FIC (un)	7,52	15,04	30,09	0,00	0,00	0,00
DMIC (h)	5,78			0,00		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



Nº do Cliente: **7220220-3** Nº da Nota Fiscal: **555869381** Total a Pagar (R\$): **0,00**
 Data de Emissão: **21/03/2019** Referência: **JAN/2019** Nº de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



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

Impresso nº 2019128808

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 149 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/02/2019 10:09:37**
Data / Hora da Ocorrência: **12/11/2018 03:30:00**
Endereço da Ocorrência: **RODOVIA CE-192**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **NOVO ORIENTE/CE**
Ponto de Referência: **PRÓXIMO A LOC DE BAIXIO DO MAIA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**
Nascimento: **16/09/2000** CPF: **079.943.793-03** UF: **CE**
RG: **20150435392** Orgão Emissor: **SSP**
Filiação: **TEREZINHA VITURIANO MOTA CHAVES**
MANOEL GERMANO CHAVES
Endereço: **SITIO LOC. DE TATAJUBA**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **NOVO ORIENTE/CE** CEP: **63.740-000**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 99786-4875**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OII9892** Uf: **CE** Município: **NOVO ORIENTE** Chassi: **9C2KC1670CR490161** Renavam: **458815926** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 FAN ESI** Ano: **2012** Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **VERMELHA** Proprietário: **REGINALDA ASSIS COELHO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

1ª) Vítima

A pessoa acima qualificada compareceu ao cartório desta delegacia para noticiar que no 12/11/2018, por volta das 03h30min da madrugada, sofreu um acidente de motocicleta, quando trafegava na motocicleta HONDA/CG 150 FAN ESI, PLACA OII9892, COR VINHO, LICENCIADA E REGISTRADA NO NOME DE REGINALDA ASSIS COELHO; QUE se deslocava da sede do município para sua casa na localidade de Tatajuba, zona rural, quando no percurso, próximo a localidade de Baxio do Maia, zona rural, vários jumentos saíram do mato correndo, adentrando a pista; QUE não conseguiu parar a motocicleta, vindo a colidir com um dos animais; QUE foi arremessado da motocicleta, vindo a cair ao chão; QUE sofreu escoriações por todo o corpo; QUE conseguiu levantar-se do chão, e por sentir fortes dores nas duas mãos, não conseguiu conduzir a motocicleta; QUE então, procurou ajuda na vizinhança, mas ninguém abriu a porta; QUE andou cerca de 5 km até a casa de um amigo de nome ANDRÉ, tendo este levado-o para o Hospital local; QUE foi examinado e em seguida transferido para o Hospital de Crateús-CE; QUE foi realizado exame de raio-X, constatando fraturas nas duas mãos; QUE seus braços foram imobilizados com gesso,

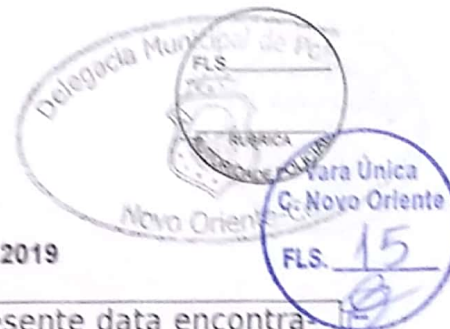
X FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES



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

Impresso nº 2019128808

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 511 - 149 / 2019



ficando em média 30 dias com o gesso; QUE até a presente data encontra-se com sequelas do acidente. E nada mais disse

2ª) Determinou a Autoridade Policial que no presente documento consigne que a motocicleta foi apresentada na Delegacia (ou qualquer outro órgão público) na data dos fatos para realizar perícia, a fim de comprovar que realmente houve acidente, sendo periciado o veículo na data de 04/02/2019, conforme laudo pericial nº 191895-02/2019P Ademais, não foi realizado exame complementar, ocasião, em que a SEGURADORA LÍDER dispensa laudo do IML nos casos em que não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou a região em que reside a vítima. QUE, o boletim de ocorrência foi registrado aproximadamente 03 meses após o acidente.

3ª) Dados do veículo acima descrito.

4ª) Testemunhas

4.1) ALBENISA GERMANO CHAVES, RG 34.939.784-3, residente à Rua Raimundo Pereira Leite, nº 450, Bairro Centro, Novo Oriente-CE. Tel: (88) 997324628

Albenisa Germano Chaves

4.2) ANTONIO RODRIGUES MOTA, RG 52.126.891-6, residente na Localidade de Tatajuba, Zona Rural, Bairro Novo Oriente-CE. Tel: (88) 996817458

Antonio Rodrigues Mota

Falsa comunicação à Polícia constitui crime previsto no artigo 340 do Código Penal Brasileiro.

Art. 340 - Provocar a ação de autoridade, comunicando-lhe a ocorrência de crime ou de contravenção que sabe não se ter verificado: Pena - detenção, de 1 (um) a 6 (seis) meses, ou multa.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

Júlia Costa

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X FRANCISCO

RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS

VISTO DO DELEGADO(A):

RODRIGO RIBEIRO DE VASCONCELOS - MAT.: 301231-4-X

PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO ORIENTE SECRETARIA DE SAÚDE			
HISTÓRICO E PATERNIDADE DE DR. JOSÉ MARIA FERNANDES LENTÃO			
NOME: <u>Dr. José Marques Neto Moura</u>		DATA: <u>12.11.18</u>	
NOME DA MÃE: <u>Trangela Dutra Moura Moura</u>			
NOME DO PAI: <u>Dr. José Marques Neto Moura</u>			
DATA DE NASCIMENTO: <u>16/09/2000</u>		IDADE: <u>18</u>	
SEXO: <u>Masculino</u>		ESTADO CIVIL: <u>Solteiro</u>	
PROFISSÃO: <u>Advogado</u>		CARTÃO SUS: <u>8.0</u>	
PAI: <u>Dr. José Marques Neto Moura</u>		DIAGNÓSTICO: <u>Doença de Alzheimer</u>	
1. SINAIS E SINTOMAS:		2. SINAIS E SINTOMAS:	
3. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		4. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
5. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		6. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
7. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		8. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
9. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		10. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
11. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		12. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
13. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		14. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
15. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		16. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
17. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		18. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
19. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		20. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
21. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		22. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
23. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		24. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
25. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		26. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
27. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		28. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
29. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		30. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
31. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		32. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
33. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		34. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
35. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		36. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
37. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		38. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
39. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		40. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
41. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		42. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
43. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		44. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
45. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		46. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
47. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		48. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
49. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		50. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
51. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		52. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
53. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		54. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
55. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		56. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
57. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		58. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
59. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		60. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
61. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		62. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
63. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		64. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
65. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		66. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
67. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		68. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
69. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		70. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
71. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		72. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
73. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		74. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
75. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		76. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
77. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		78. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
79. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		80. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
81. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		82. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
83. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		84. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
85. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		86. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
87. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		88. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
89. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		90. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
91. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		92. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
93. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		94. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
95. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		96. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
97. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		98. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	
99. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>		100. CONDUTA: <u>Tratamento com insulina</u>	

ASSINATURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL

ASS. MÉDICO

FICHA DE REFERÊNCIA

Unidade de Origem: _____ Município: _____
Distrito Sanitário: _____
Nome: FSC ALEXANDRE MOTA CHAVES Prontuário: _____
Endereço: _____
Sexo: M ☒ F ☐ Data de Nasc.: 16/09/2000 Ocupação: _____

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 17

Motivo do Encaminhamento?

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM SUSPEITA DE
FRATURA DE PUNHO DIREITO E MÃO ESQUERDA.

Resultado de Exames:

SOLICITO RADIOGRAFIA DE PUNHO DIREITO E MÃO ESQUERDA EM P.A. E
PROFIL E AVALIAÇÃO DO ORTOPEDISTA.

Conduta já Realizada

Impressão Diagnóstica

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMPC 19150

Assinatura

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 N.º

Alta

Resumo Clínico/Cirúrgico

Resultado de Exames

Diagnóstico: Principal

CID

Secundário 1

CID

Secundário 2

CID

Proposta de Conduta para seguimento

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL SAO LUCAS

Impressão 12/11/2018 08 11
Página 1

Vara Única
C. Novo Oriente

FLS. 18

UF CE

Telefone 88997864875

UF CE

DADOS DO PACIENTE

CNS

Guia de Autorização

Estado Civil
Solteiro(a)

Sexo
Masculino
Idade
18 Anos(s)

UF CE

Município
NOVO ORIENTE

Nome do Paciente
FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES

Mão
TEREZINHA VITURIANO MOTA CHAVES

CEP
63740-000

Município
NOVO ORIENTE

Bairro
ZONA RURAL

Cônjuge

Empresa

CPF do Responsável
Endereço
CAMPO TATAJUBA, SN

DADOS DO ATENDIMENTO

CID

CRM/UF
6029/CE

Funcionário
MONALIZA LOPES CLAUDINO

Tipo Atendimento
CONSULTA ORTOPEDICA/TRAUMATO

Atendimento
1323 0001
F 079 943 793-03
Data de Nascimento
09/2000

Local
CRATEUS/CE

Nome do Responsável
ANOEL GERMANO CHAVES

Endereço
CAMPO TATAJUBA, SN

Nome do Responsável
BENIZA GERMANO CHAVES

Data de Atendimento
07/11/2018
Hora
08:00
Convênio
SUS

Profissional do Atendimento
JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR

Observação

Outros

Sinais Vitais

Peso (kg)
76.000

Altura (cm)

T (°C)
37

Data/Hora Liberação
às _____ hs

P (bpm)
87

R (mpm)
19

Tipo de Saída
() Alta

() Internação

() Óbito

PA (mmHg)
120 X 80

Oximetria (%)
97

Glicemia (mg/dL)

Classificação de Risco

Classificação de Risco: VERDE

Data e Hora: 12/11/2018 08 10

Responsável pela Classificação: MARIA CARINA DANTAS

Relatório:

Paciente vítima de acidente de moto (sic), refere dor em MMSS direito e esquerdo mãos, dor lombar

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

Transtorno
dor + limitação funcional
fa mas D/E
história 3º acidente
lma gerada enfiteuma de

JOSE FERNANDES DA SILVA JUNIOR - CRM 6029

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável ALBENIZA GERMANO CHAVE

SINISTRO 3190184639 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO FRANCISCO AUDENES MOTA CHAVES**CPF/CNPJ:** 07994379303**Posição em 09-04-2019 16:01:23**

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de até 30 dias, caso a documentação esteja completa e não haja necessidade de informações adicionais. Por favor, aguarde e continue acompanhando seu processo neste site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
09/04/2019	R\$ 1.890,00	R\$ 0,00	R\$ 1.890,00

CONCLUSÃO

Aos 06 de 05 de 20 19 faço estes
autos Concluso ao MM. Juiz de Direito
Novo Oriente-CE.



Diretor(a) de Secretaria