

PROCURAÇÃO AD E EXTRA JUDICIA

OUTORGANTE:

NOME: JEFFERSON JARDEL MAGALHÃES DOS SANTOS

NACIONALIDADE: BRASILEIRA

PROFISSÃO: VIGILANTE **ESTADO CIVIL:** SOLTEIRO

RG: 5010158 MTP/CE **CPF:** 059.206.653-35

ENDEREÇO: RUA JOSÉ MARINHO, 408, AP 104, BL 07A

E-MAIL: _____ **TELEFONE:** _____

OUTORGADO: DANIEL TRAJANO PEREIRA DE LIMA, advogado, OAB/CE nº 34.075, com endereço profissional na Rua Tenente José Newton, nº 186, Messejana, CEP 60.841-250, Fortaleza/CE.

PODERES: Por este instrumento de mandato o outorgante acima qualificado, constitui e nomeia como seu bastante procurador o outorgado acima qualificado, com os poderes conferidos pela cláusula "*ad judicium et extra*", podendo, também, confessar, desistir, transigir, receber, dar quitação, inclusive serem expedidos diretamente em nome do outorgado alvarás judiciais para levantamento de créditos constituídos em nome do outorgante, podendo agir em conjunto ou separadamente, enfim, praticar todos os atos que sejam necessários ao bom desempenho do presente mandato, bem como substabelecer com ou sem reserva de poderes.

Fortaleza, 20 de JANEIRO de 2020.

Jefferson Jardel Magalhães dos Santos

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

NOME: JEFFERSON JARDEL MAGALHÃES DOS SANTOS

CPF: 059.206.653-35

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

PROFISSÃO: VIGILANTE

Declaro para os devidos fins que sua atual condição econômica não permite demandarem juízo sem prejuízo do seu sustento próprio e da sua família, pelo que pede os benefícios da justiça gratuita previstos na **Carta Constitucional de 1988**, e mais precisamente, com fulcro no artigo 4º, caput da **Lei 1.060/50** (estabelece normas para a concessão da assistência judiciária aos necessitados), consorciado com o **NCPC em seus arts. 98, 99, §1º, § 3º e §4**, indicando para o patrocínio de minha causa o advogado em **PROCURAÇÃO**.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, JEFFERSON JARDEL MAGALHÃES DOS SANTOS, inscrito

(a) no CPF sob o nº 059.206.653-35, **DECLARO** para os devidos fins de comprovação de residência, sob as penas da Lei (art. 2º da Lei 7.115/83), que sou residente e domiciliado na RUA JOSÉ MARINHO, 408, nº 104, OLÓFA

BAIRRO ARATURY, CEP 61600000, na cidade de CAUCAIA --, Estado-CE.

Declaro ainda, estar ciente de que declaração falsa pode implicar na sanção penal prevista no **art. 299** do Código Penal, *in verbis*:

Fortaleza, 20 de SENEIRO de 2020.

Jefferson Jardel Magalhães dos Santos

DECLARANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
 5010158 MTPS CE

CPF
 059.206.653-35

DATA NASCIMENTO
 12/10/1992

FILIAÇÃO
 FRANCISCO APOLINARIO
 MARREIRO DOS SANTOS
 MARIA DEUZUILA
 MAGALHAES

PERMISSÃO **ACC** **CAT. HAB**
 AB

Nº REGISTRO
 05760195128

VALIDADE
 08/01/2023

1ª HABILITAÇÃO
 22/04/2013

OBSERVAÇÕES
 SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Jeferson Jarde Magalhães dos Santos

LOCAL
 FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
 11/01/2018

ASSINATURA DO EMISSOR
Igor Vasconcelos Ponte

33682631427
CE163160686

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1551714780

PROIBIDO PLASTIFICAR
1551714780

9231462

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

enel

559259593

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

Rota 16 22005 02 182600 - 4 Data de Emissão 23/01/2019

Nome ELISANDRA DE SOUSA LAURINDO

End. Postal RU JOSE MARINHO 00408 AP 104 BL 07A
ARATURI - CAUCAIA - 61600000

Medidor 2745689 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 607258083-14 CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jan/2019	23/01/2019	21/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto	Mês	Nov/2018	EUSD
Mês	DICRI = 0,00 P		47,15

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
52,92	27,00%	14,28

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

79D8.2578.CEF0.1AFF.F893.25AE.1C54.PA3F

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 4387	4314	1,00	73	0,00	73	0,72504	52,92
23/01/19	22/12/18		32 DIAS		73		52,92

DESCRIÇÃO

VALOR (R\$)

VALOR CONSUMO DO MES	52,92
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	9,35

VENCIMENTO 15/02/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 62,27

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,66
Transmissão	2,10
Distribuição	11,20
Encargos Setoriais	3,00
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	16,96
TOTAL	52,92

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Jan	Dez	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev
	88	73	91	197	69	69	71	72	79	73	0	0

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
28,50	0,00	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

"PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR."

Chame os vizinhos e amigos e entre no combate ao mosquito transmissor Da dengue, zika e chikungunya. Ministério da saúde. Gov. Federal

A ENEL AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,68 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,91% e COFINS:4,17% (Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

Bandeira verde em Jan-19, sem acréscimo no valor da energia a ser repassado para o consumidor. Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente: 9231462

Data de Emissão: 23/01/2019

Nº da Nota Fiscal: 559259593

Referência: Jan/2019

Total a Pagar (R\$): 62,27

Nº de Controle: 0009231462 00009 39092 01

83870000000-1 62270031000-1 00092314620-2 00093909299-9

Rio de Janeiro, 25 de Abril de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190258288

Vítima: JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

Data do Acidente: 21/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ANTONIO JOACIR GOMES DA SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000685

Conta: 0000021480-2

Tipo: CONTA CORRENTE

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Impresso nº 201970959

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 350 / 2019

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **30/01/2019 09:02:36**Data / Hora da Ocorrência: **21/12/2018 18:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA BEZERRA DE MENEZES C/**Complemento: **RUA ERICO MOTA**Bairro: **PARQUELANDIA**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PROX AO NORTH SHOPPING****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS**Nascimento: **12/10/1992** CPF: **059.206.653-35**CNH: **05760195128**Orgão Emissor: **DETRAN**UF: **CE**Filiação: **MARIA DEUZUILA MAGALHAES****FRANCISCO APOLINARIO MARREIRO DOS SANTOS**Endereço: **RUA JOSE MARINHO, 408 AP 104 BL 07A**Bairro: **ARATURI**Município: **CAUCAIA/CE**CEP: **61.600-000**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 98559-4247****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **NUZ5192** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2JC4110AR629595** Renavam: **207632120** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2010** Ano Modelo: **2010** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **MATHEUS RODRIGUES CAMELO** Situação: **NÃO****INFORMADO** Envolvimento: **ENVOLVIDO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE PLACA NUZ-5192-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. BEZERRA DE MENEZES E AO PASSAR POR CIMA DE ÓLEO NA VIA, VINDO A VITIMA A PERDER O CONTROLE DA MOTO EM QUE ESTAVA NA VIA E ACONTECEU A QUEDA DA MOTO NA VIA; QUE A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

CRISTIANO ALEX NOGUEIRA DA SILVA - MAT.: 300518-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Jeferson Jardel Magalhães dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 30/01/2019 09:21:06

Dra. Diana Maria da Silva
Delegada de Polícia
Mat 512.875-1-2

Pág. 1 de 2

Impresso em: 30/01/2019 09:21:06





DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.
RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR
NºPedido: 28568147

Data 22/12/2018
Pag 1 de 1

Paciente...: 14099624 JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

Nascimento.: 12/10/1992 Sexo: M RG.: 5010158 SSP CE CPF.: 05920665335

Endereco...: R JOSE MARINHO 408 ARATURI CAUCAIA CE 60410221

Tel.: 985594247

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 039QS000129003019

Solicitante: Dr(a) EUGENIA MARIA A. DE

Queixa Principal:

FRATURA

Exame:

RX ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL - DIREITO

!Zm'3B

5574041631

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em úmero distal com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização
RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR

NºPedido: 28712373

Data 05/01/2019

Pag 1 de 1

Paciente...: 14099624 JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

Nascimento.: 12/10/1992 Sexo: M RG.: 5010158 SSP CE CPF.: 05920665335

Endereco...: R JOSE MARINHO 408 ARATURI CAUCAIA CE 60410221 Tel.: 985594247

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 039QS000129003019

Solicitante: Dr(a) ANTONIO LUIZ VIEIRA**Queixa Principal:**

DOR

Exame:

RX BRACO (MENTRO SUPERIORES) DIREITO

!ZÖI^8'

5597385921

RELATÓRIO:

Exame de controle pós-operatório de fixação de fratura em úmero com placa metálica e parafusos.

Demais aspectos inalterados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR

NºPedido: 28559570

Data 21/12/2018

Pag 1 de 1

Paciente....: 14099624 JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

Nascimento.: 12/10/1992 Sexo: M RG.: 5010158 SSP CE CPF.: 05920665335

Endereco....: R JOSE MARINHO 408 ARATURI CAUCAIA CE 60410221

Tel.: 985594247

Convenio....: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 039QS000129003019

Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC**Queixa Principal:****Exame:**

RX COLUNA CERVICAL A P LAT T O OBLIQUAS

!ZI*ÑE"

5573079634

RELATÓRIO:

Visualizado de C1 a C4, somente em perfil.

Corpos vertebrais com osteófitos marginais incipientes.

Elementos posteriores sem alterações.

Discos intervertebrais conservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR

NºPedido: 28559570

Data 21/12/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 14099624 JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

Nascimento.: 12/10/1992 Sexo: M RG.: 5010158 SSP CE CPF.: 05920665335

Endereco...: R JOSE MARINHO 408 ARATURI CAUCAIA CE 60410221 Tel.: 985594247

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 039QS000129003019

Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC**Queixa Principal:****Exame:**

RX BRACO (MENTRO SUPERIORES) DIREITO

!ZI*ÑC!

5573079632

RELATÓRIO:

Presença de fratura desalinhada em úmero distal.

Espaços articulares mantidos.

Demais aspectos preservados.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



DIAGNÓSTICO POR IMAGEM VIDA IMAGEM.

RAIOX REC TRAUMA - HAPFOR

NºPedido: 28559570

Data 21/12/2018

Pag 1 de 1

Paciente...: 14099624 JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

Nascimento...: 12/10/1992 Sexo: M RG.: 5010158 SSP CE CPF.: 05920665335

Endereco...: R JOSE MARINHO 408 ARATURI CAUCAIA CE 60410221 Tel.: 985594247

Convenio...: HAPVIDA MATRIZ

Matricula...: 039QS000129003019

Solicitante: Dr(a) ANDRE DE CASTRO ALC**Queixa Principal:****Exame:**

RX BACIA (MEMBROS INFERIORES)

!ZI*ÑB'

5573079631

RELATÓRIO:

Textura óssea normal.

Redução de espaços articulares em coxofemorais.

Partes moles sem alterações detectáveis pelo presente método.

OBS:

Exame tecnicamente bastante limitado.

OBS.: Os resultados destes exames não devem ser considerados isoladamente como diagnóstico de qualquer situação de saúde pois, como "exames complementares" eles servem somente para auxiliar o raciocínio médico, cabendo unicamente a este concordar com os resultados, solicitar sua repetição ou prosseguir investigação clínica e com novos exames. Estamos a disposição para quaisquer esclarecimentos, realizar incidências adicionais ou fazer revisões de laudo após correlação clínico radiológica.

OBS.: Exame documentado em CD.

COSMO ALVES DE AQUINO - CRM 4252-RN

Profissional com Especialização

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM - RQE Nº: 484



JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SANTOS

ATESTADO MÉDICO

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO
SOFREU FRATURA DE UMEROS DIREITO, SENDO SUBMETIDO A
PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NO DIA 22/12/2018, NECESSITANDO DE 90
(NOVENTA) DIAS DE AFASTAMENTO LABORAL

CID 10: S42.2

FORTALEZA, 22/12/2018.

Dr. Felipe Sanches de Macedo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CREMEC 15.158 / TEOT 15.240



DECLARAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO VEÍCULO

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

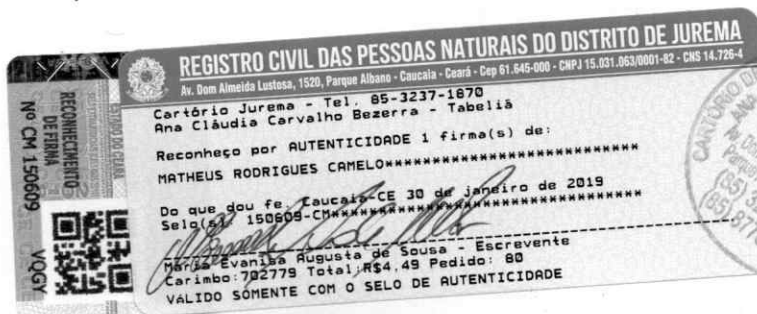
Eu, Matheus Rodrigues Camelo
RG nº 200901200 8863, data de expedição 04/01/2019
Órgão Detran/CE, portador do CPF nº 054.386.563-04
com domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de Ceará
Rua Campo Verde, nº 90
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima
Jefferson Jandel Magalhães dos Santos, cujo o condutor era
Jefferson Jandel Magalhães dos Santos.
Veículo: Motociclo Modelo: HONDA/CG 125 FAN RS Ano: 2010/2010
Placa: NUZ 5192 Chassi: 9C2JC4110AR 629595
Data do Acidente: 21/12/2018

Local e Data: Cancaer 30/01/2019

Matheus Rodrigues Camelo

Assinatura do Declarante

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





DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Jeferson Jardel Magalhães dos Santos** - C.P.F. **059.206.653-35**, no dia **21/12/2018**, às **18h37min**, na **Avenida Bezerra de Menezes c/ Rua Erico Mota**, no **Bairro Parquelândia**, vítima de acidente de trânsito.

Declaramos ainda que segue em anexo cópia do Prontuário do Atendimento acima mencionado.

Documento requerido por meio do Processo nº **P489040/2018**.

Fortaleza, 02 de janeiro de 2019.

Atenciosamente,

Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza

Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



P-48.9040/2018

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: USI 06	PONTO DE APOIO: UFE	Nº DA OCORRÊNCIA: 0800
DATA: 21/12/18	TURN: MT	EQUIPE: Eliezer + Edileu + Sana
NOME: Jefferson Gabriel Magalhães dos Santos, 36 anos	SEXO: M	
ENDEREÇO: Av. Bezerra de Menezes nº 2099		
REFERÊNCIA:	BAIRRO: Pombalândia	
QTY: 18:30	QUS: 18:37 - 18:54	QUY: 19:02
		QUU: 19:13
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Queda de moto		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☒ RESPONSIVO	☒ PRESENTE	☒ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR:
---	-------------------------------------	------

A Via aéreas	B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
		☒ EUPNEICO	☒ NORMAL	☒ NORMAL	☐ NORMAL
		☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:	☐ ALTERADA:
		☐ BRADIPNEICO			
		☐ AGÔNICA/AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☒ NORMOCÁRDICO	☒ CORADA	☒ ≤ 2 seg	☐ SIM
	☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☒ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
	☐ IMPALPÁVEL			

D Neurológica	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA ☒ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5	OBEDECE A COMANDOS ☒ 6	
	À VOZ ☒ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☒ 4	LOCALIZA A DOR ☒ 5	
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4	

TOTAL:	PUPILAS:
15	☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
	☐ ALTERADAS

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: 80	PA: 160/100	FR: 18	GLIC: 398mg/dl	OXIM: 98%	TEMP: 36,5
--------	-------------	--------	----------------	-----------	------------

Vítima de queda de moto, sem consciência, com ferimentos múltiplos, ferimento profundo no tórax com deformidade e edema local. Nega náusea. Nega alergia medicamentosa.

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

22/12/2018 12:52

Paciente: JEFERSON JARDEL MAGALHAES DOS SA Dt. Nasc.: 12/10/1992 Atendimento: 55740416 Prontuário: 14099624
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133420/11

Profissional(is): PEDRO BARREIRA CABRAL, MÉDICO, CRM 13798 [1] Nº: 31729194 22/12/2018 às 10:45

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico	S423	[1]
Diagnóstico Cirúrgico	S423	[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia	22/12/2018	[1]
Hora Da Cirurgia	10:45	[1]
Cirurgia	TRATAMENTO CIRURGICO DE FX DE Umero DIAFISARIA A DIREITA	[1]
Cirurgião	DR FILIPE SANCHO	[1]
1º Auxiliar	DR PEDRO BARREIRA	[1]
Descrição Cirúrgica	1. PACIENTE EM DDH 2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA + CAMPOS 3. ACESSO ANTERIOR AO Umero DIREITO 4. OSTEOTOMIA DO Umero PARA AUXILIO DA REDUÇÃO 5. REDUÇÃO DA FRATURA DE Umero COM PLCA DCP ESTREITA + 6 PARAFUSOS CORTICAIS 6. ENXERTO ÓSSEO LOCAL 7. CHECADO COM ESPOPIA 8. SINTESE POR PLANOS + SUTURA + CURATIVO	[1]
Códigos Dos Procedimentos	30718058 + 30718090 + 30732026	[1]

Dr. Filipe Sancho de Macedo
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Ombro e Cotovelo
CREMEC 15.156 / TEOT 15.248

Dr. Pedro Barreira
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Joelho
CREMEC 13798 / TEOT 15605

