

PROCURAÇÃO AD JUDÍCIA**OUTORGANTE:**

Nome: <u>Francisco Jean Ramos dos Santos</u>		Nacionalidade: <u>Brasileiro</u>	
Estado Civil: <u>Solteiro</u>	Profissão: <u>Advogado</u>	Carteira de Identidade: <u>20070982567</u>	
CPF nº: <u>045.974.933-10</u>	Residência: <u>R. Des. Juca Filho, 200, 201</u>		
Bairro: <u>Segredo</u>	Cidade: <u>Fortaleza</u>	Estado: <u>CE</u>	CEP: <u>60821-080</u>

OUTORGADO:

ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/CE – 24.805, com escritório profissional na Rua Meton de Alencar, nº 106, Altos, Centro, Fortaleza - CE CEP: 60.035-160, fones: (85) 98225-8282 (85) 3121-8383
E-mail: KAIRO AKRS@YAHOO.COM.BR

PODERES:

Amplios poderes para o foro em geral, bem como nas vias administrativas, em qualquer juiz, instância ou Tribunal, Superior ou não, Repartição Pública, podendo promover contra quem de direito as ações que julgarem convenientes e defendê-lo (a) nas contrárias, interpor recursos, com especiais poderes para, agindo em conjunto ou em separado, receber citações, renunciar e desistir de direitos decorrentes deste mandato e dos oriundos desta ação, desistir, transigir, interpor todos os recursos permitidos em direito, produzir e requerer provas e justificações, opor embargos, prestar compromisso de inventariante e assinar o respectivo termo, fazer declarações de lei, requerer remissão, adjudicação de bens, ordenar protestos de títulos, levantar depósitos judiciais em nome do(s) outorgantes, assinar recibos, representá-los em quaisquer repartições federais, estaduais, municipais ou autarquias, fazer tudo o que for necessário para o bom e fiel cumprimento da presente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes, o que darei tudo por firme, justo e valioso como próprio fora, dando a mesma caráter irrevogável.

Poderes especiais: Receber e fazer levantamento de alvará judicial, em nome dos outorgantes, em qualquer banco e/ou instituição financeira.

Fortaleza (CE), 10 de Janeiro de 2019.

x Francisco Jean Ramos dos Santos
Outorgante

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Eu, Francisco Jean Ramos dos Santos,
brasileiro(a), Solteiro, Pizzaiolo, portador(a) da Carteira de
Identidade/RG nº 20070982567, inscrito(a) no CPF/MF sob o
nº 045.974.933-10, residente e domiciliado(a) na Rua
Des. Duval Filho, nº 200, Complemento C1 201,
Cep nº 60821-080, Fortaleza-CE, 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.

Fortaleza (CE), 10 de Janeiro de 2019.

x Francisco Jean Ramos dos Santos

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 8

FLS. _____

RUBRICA

AUTORIDADE POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 2598 / 2018**Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **18/06/2018 12:54:42**Data / Hora da Ocorrência: **12/06/2018 15:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA ROGACIANO LEITE**

Complemento:

Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS** Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **EM FRENTE A LOJA CODISMAN****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS**Nascimento: **20/09/1992** CPF: **045.974.933-10**CNH: **DETRAN**Orgão Emissor: **CE**

UF:

Filiação: **MARIA IVANILDE RAMOS DOS SANTOS****GEOVANE CACAU DOS SANTOS**Endereço: **RUA DESEMBARGADOR JUCA FILHO, 200**Bairro: **JARDIM DAS OLIVEIRAS**Município: **FORTALEZA/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99771-3305****Dados do(s) Veículo(s)****1) Placa: OIF1424** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2KD0540CR552709** Renavam: **470456663** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ESD** AnoFabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**Cor: **PRETA** Proprietário: **JOSE ADAUTO DIANO DE MESQUITA**Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OIF-1424 NA AV. ROGACIANO LEITE NA FAIXA DA DIREITA QUANDO UM CARRO(VIATURA DA POLICIA CIVIL DA DELEGACIA DA MULHER DE MARACANAU) DE PLACAS NÃO ANOTADAS QUE TRANSITAVA NA FAIXA DA ESQUERDA REALIZOU UMA CONVERSÃO PARA A DIREITA SEM SINALIZAR E SEM OS DEVIDOS CUIDADOS COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO POLICIAIS CIVIS QUE CONDUZIA O REFERIDO CARRO PARA O INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA. E NADA MAIS DISSE.

//////////

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

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento
Emergencialfls. 9
Ato Declaratório

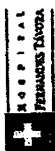
Emitido em: 18/06/2018 11:58:47

Por:UBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 12/06/2018 15:58:47	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 161781172300005	NOME: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS			Registro: 5479798	
CPF:	RG:	D. NASC: 20/09/1992	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RAÇA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA IVONILDE RAMOS DOS SANTOS			NOME DO PAI: GEOVANE CACAU DOS SANTOS		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua	ENDEREÇO DO PACIENTE: DESEMBARGADOR JUCA FILHO		Nº: 200	BAIRRO: JARDIM DAS OLIVEIRAS	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 997337499,	MUNICÍPIO: FORTALEZA		UF: CE	CEP: 60821080
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: viatura 6340 cond mardonio		PARENTESCO:		TELEFONE: 997337499	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR		COSIDO DO CNAER:	
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou camionete					
QUEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO APRESENTANDO DOR EM OMBRO + CALCANHAR					
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/DOR LEVE					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve		PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE		
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLINICA MEDICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			



HOSPITAL DISTRICTAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 13.06.18.

CID: S420.

FORTALEZA/CE, 14 de Junho de 2018

FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
CRM/CE 5342

Carlos Macedo
Ul. Ortopedia
CRM/CE 5342

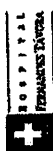
FORTALEZA/CE, 14 de Junho de 2018

FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
CRM/CE 5342

Carlos Macedo
Ul. Ortopedia
CRM/CE 5342



HOSPITAL DISTRICTAL DR FERNANDES
TÁVORA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins, que o paciente FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS necessita de 120 (cento e vinte) dias de licença a partir de 13.06.18.

CID: S420.

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Álvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br

Avenida Francisco Sá, 5445 - Bairro Álvaro Weyne - Fortaleza/CE CEP 60310-002
Fone/Fax: (85) 3228.2555 Site: www.hospitalfernandestavora.com.br

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/01/2019 às 14:26, sob o número 01017183420198060001.

Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0101718-34.2019.8.06.0001 e código 4270C70.

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- Insuflar
- Posição - antebraço
- Com o punho
- Manter no ombro e
- Reduzir a flexão do antebraço - distal
- Processar a flexão do antebraço
- Repetir manuseio até
- Os conteúdos
- Insuflar os plom
- Ombros

Dr. Carlos Roberto
Ortopedista
CREMEC 5347

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)



**HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA**

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07279084/0001-15 - CGF ISENTO
Av. Francisco Sá, 5445 - Alvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandes-tavora.com.br E-mail: hospitalfernandes-tavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 14/06/18

Nome do paciente:	Francisco Jean Rana dos Santos		
Nº Prontuário:	2446430	Categoria:	
Clinica:	HEP	Leito:	
Cirurgião:	Dr. Carlos Macedo		
Anestesista:	Dr. João (Bris)		
Tipo de Anestesia:	Gerais / Contínua / Geral / W. W.		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:	Marta		
Circulante:	Elzine		
Diagnóstico Pré-Operatório:	Hérnia de Bóia		
Tipo de Operação/ Código:	0 6 1 5 0 3 0 3		
Diagnóstico Pós-Operatório:	D508010185 - Dura, nervo - dorado		
Relatório Imediato do Patologista:	0609010142 - Ressonância		
Exame Radiológico no ato:	potas		
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:	70		

Dr. Carlos Macedo
Ortopedia
CRM 5342

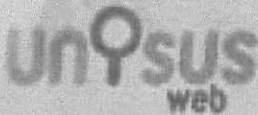
Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
14:25	20:25	
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA: X
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Assinatura da Enfermeira(o)

Assinatura Anestesista

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ PROTÁ			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: INSTITUTO PRAXIS			
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS		PRONTUÁRIO: 5566934	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: 16178172300005		11 - NOME DA MÃE/PAI: MARIA IVONILDE RAMOS DOS SANTOS	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL: NI		15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO, DESEMPARADOR JUCA FILHO, 200 JARDIM DAS OLIVEIRAS FORTALEZA)	
16 - MUNICÍPIO: FORTALEZA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO: 19 - UF: CE	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE CLAVÍCULA, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRÚRGICO			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO + EXAMES LABORATORIAIS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX. CLAVÍCULA			
24 - CID 10 PRINCIPAL: S420		25 - CID10 SECUNDÁRIO	
26 - CID 10 CUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRÚRGICO FRATURA DE CLAVÍCULA			
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408010150		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGENCIA	
31 - DOCUMENTO: () CNES () CPF		32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE: 0408010150	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE: 13/06/2018		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 13/06/2018	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): Carimbo de Empresa - IFF		36 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº CR): Carimbo de Empresa - IFF	
5 - () ACIDENTE DE TRANSITO			
6 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO			
7 - () ACIDENTE TRABALHO TRAETO			
8 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			
9 - EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURO			
10 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá			
11 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		12 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
13 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		14 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
15 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		16 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
17 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		18 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
19 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		20 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
21 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		22 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
23 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		24 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
25 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		26 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
27 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		28 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
29 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		30 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
31 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		32 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
33 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		34 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
35 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		36 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		38 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
39 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		40 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		52 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
53 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
55 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		56 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
57 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		58 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
59 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		60 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
61 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		62 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
63 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		64 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
65 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		66 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
67 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		68 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
69 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		70 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
71 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		72 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
73 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		74 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
75 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		76 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
77 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		78 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
79 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		80 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
81 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		82 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
83 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		84 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
85 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		86 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
87 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		88 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
89 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		90 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
91 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		92 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
93 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		94 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
95 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		96 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
97 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		98 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	
99 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá		100 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: Dr. José Protá	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

REGISTRO: 000000000 - UNIDADE: IUF INSTITUTO DE JOSÉ FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar

Siga os passos abaixo:
 Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
 Acesso / Desconectar
 Operações

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

161781172300005 - FRANCISCO JEAN RAMOS
 DOS SANTOS

NOME DA MÃE

MARIA IVANILDE RAMOS DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

6479798

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

20/08/1992 - 25 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

R. DESEMBARGADOR JUCA FILHO, Nº 200

BAIRRO

JARDIM DAS OLIVEIRAS

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

22176896300 - JOSE RICARDO BARBOSA DE
 AZEVEDO

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO
 - INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600066672

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

13/06/2018 - 16:29

PROFISSIONAL

22176896300 - JOSE RICARDO BARBOSA DE
 AZEVEDO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
 FRATURA DA CLAVICULA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
 ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

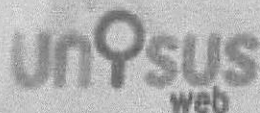
CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
 INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

VISUALIZAR: 040053300 - UNIDADE: 12F INSTITUTO DE JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:
Acompanhar Solicitação de
Internação

Siga os passos abaixo:
 Seleção da situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Atalho
Acesso / Desconectar
Operações

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

161781172300005 - FRANCISCO JEAN RAMOS
DOS SANTOS

NOME DA MÃE

MARIA IVANILDE RAMOS DOS SANTOS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5479798

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

20/08/1992 - 25 anos

SEXO

MASCULINO

NOME DO RESPONSÁVEL

O MESMO

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

ENDEREÇO

R. DESEMBARGADOR JUCA FILHO, Nº 200

BAIRRO

JARDIM DAS OLIVEIRAS

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

Plantonista

MÉDICO

22178896300 - JOSE RICARDO BARBOSA DE
AZEVEDO

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE TRANSFERIDO P/ HOSP. DE APOIO
- INSTITUTO PRAXIS

Solicitação

NÚMERO

12600086672

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

13/06/2018 - 16:29

PROFISSIONAL

22178896300 - JOSE RICARDO BARBOSA DE
AZEVEDO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE
FRATURA DA CLAVICULA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO -
ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS
INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA
AV FRANCISCO SA, 5445 - ALVARO WEYNE - FORTALEZA(CE)
CNPJ: 07.275.084/0001-15 CNES: 252884-3

FICHA DE INTERNAÇÃO

---[ADMISSÃO]---

Número	Data	Hora	Convênio	Classificação
201821902669	13/06/2018	20:00	PRAXIS	SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento				SISREG AIH
ELETIVO				12600086672
Origem do Paciente				Clinica/Especialidade
IJF				CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA
Médico Solicitante				Médico Responsável
5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO				5342 - FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO
Procedimento Solicitado				Dias
0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA				2

---[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]---

Nome			Sexo
FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS			MASCULINO
Nascimento	Idade	Raça/Cor	Estado Civil
20/09/1992	25 Anos	PARDA	CASADO(A)
Mãe			Religião
MARIA IVANILDE RAMOS DOS SANTOS			NÃO INFORMADO
Conjuge		Responsável	Prontuário
EDJANE PAIXAO TEODOSIO		JOSE RENATO	2446434
CNS	Registro	Documento Informado	
161781172300005	201802570002547	RG: 20070982567	
País		Município de Naturalidade	CEP
BRASIL		FORTALEZA/CE	60821-000
Município de Residência		Logradouro	
FORTALEZA/CE		RUA DESEMBARGADOR JUCA FILHO	
Número	Complemento	Bairro	
200		JARDIM DAS OLIVEIRA	
Fone Móvel	Fone Fixo	Ponto de Referência	
(85)9887.62510			
Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)			
EMPREGADO FORMAL / AUXILIAR NOS SERVICOS DE ALIMENTACAO			

---[CONTATO/ACOMODAÇÃO]---

Em caso de urgência avisar	Acomodação/Leito
RENATO	223/3
Tipo de Acomodação	Clinica
ENFERMARIA	CLÍNICA CIRÚRGICA
Atendente: maria	Posto de Enfermagem
	POSTO DE ENFERMAGEM 03
	Data: 13/06/2018 Hora: 20:15:37 Tempo: 00:15:15

---[TERMO DE RESPONSABILIDADE]---

JOSE RENATO, abaixo assinado, responsável pelo paciente FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 13 de junho de 2018

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

Jose Renato S. Ferreira

13/09/2018

UNISUS WEB

DIAGNÓSTICO INICIAL	5420 - Fratura da clavícula
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO	
DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS	
PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	PACIENTE COM FRATURA DE CLAVICULA, NECESSITANDO DE TRAMENTO CIRÚRGICO
CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS
PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS	ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RX
Causas externas	
DEFINIÇÃO DO ACIDENTE	1 - NÃO SE APLICA

Voltar

Caso deseje cancelar a solicitação de Internação você pode:

[Cancelar solicitação](#)

Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:

[Acessar ocorrências](#)



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600066672
NÚMERO DA AIH: 2318102396665

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529148 - UF INSTITUTO DR JOSE PROTA CENTRAL
CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNPACIENTE: 161781172300005 - FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 20/09/1992 - 25 anos

NOME DA MÃE: MARIA IVANILDE RAMOS DOS SANTOS

NOME DO RESPONSÁVEL: O MESMO

ENDEREÇO: R. DESEMBARGADOR JUCA FILHO, Nº 200

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 330440 - FORTALEZA

UF:

SEXO: MASCULINO

TELEFONE DE CONTATO:

TELEFONE DO RESPONSÁVEL:

BAIRRO: JARDIM DAS OLIVEIRAS

CEP: 60821080

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S420 - Fratura da clavícula

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408010150-TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DA CLAVÍCULA

CARATER DA INTERNAÇÃO: URGEMERGÊNCIA AHI EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 124715180890007 - JOSE RICARDO BARBOSA DE AZEVEDO

CLÍNICA: CIRÚRGICO - ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 13/06/2018 - 18:29 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 13/06/2018 - 20:00

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

==[INTERNAÇÃO]==

Número 201821002669 Data 13/06/2018 Hora 20:00 Convênio/Plano INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Médico Responsável FRANCISCO CARLOS SOARES MACEDO - 5342
Procedimento Solicitado 0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA

==[ACOMODAÇÃO]==

Acomodação/Leito 223/3 Tipo de Acomodação ENFERMARIA Clínica CLÍNICA CIRÚRGICA Posto de Enfermagem POSTO DE ENFERMAGEM 0

==[PACIENTE]==

Nome FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS Sexo MASCULINO
Nascimento 20/09/1992 Idade 25 Anos Religião NÃO INFORMADO Prontuário 2446434 Registro 201802570002547

==[DADOS DA ALTA]==

Diagnóstico Principal S420 - FRATURA DA CLAVÍCULA
Procedimento Realizado 0408010150 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA
Data 15/06/2018 Hora 12:08 Motivo ALTA MELHORADO

==[DECLARAÇÃO]==

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 15 de junho de 2018

Responsável/ Representante Legal Maria Juvenil de Ramos dos Santos Nome Legível Assinatura

Enfermeira(o) Responsável pela Liberação Nathalie S. F. Santana Nome Legível Assinatura/Carimbo
Nathalie S. F. Santana
ENFERMEIRA
Assinatura/Carimbo

NO DADOS
VERSÃO

PROGRAMA DE ENTRADA DE DADOS DE AIN - SISAIHBI
INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL

PAG: 1

ESPELHO DA AIN

URS./CHRG: 04 ESPERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 08/2018

DATA: 16/07/2018

O.E: M230440001

Rua AIN: 201818222700006-5 Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 08/2018 Data de emissão: 13/06/2018

Especialidade: 01 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230440001 Lote: Enfermaria: 0223 Leito: 0093

Doc autógrafo: 201700075400018 Doc med res: 107185222700006 Doc diretor clin: 210150059320000 Doc médico solic: 107185222700006

CNS: 3000000 - INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 101701172300001

Paciente: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS Prontuário: 2446434 Lado:

Data Nasc: 20/09/1980 Sexo: MASCULINO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc: RG (IDENTIDADE) Doc: 20070902567

Responsável pac: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS Nome da Mãe: MARIA IVANILDE RAMOS DOS SANTOS

Endereço: DESEMBARGADOR JUCA FILHO, 200 - JARDIM DAS OLIVEIRA Raça/Cor: PARDOS

Município: 22000 - FORTALEZA UF: CE CEP: 60621-000 Telefone: (051)0007-0251

Procedimento solicitado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO Muda Proc.?: Não

Procedimento realizado: 04.15.03.001-3 TRATAMENTO CIRURGICO EM POLITRAUMATIZADO

Diag. principal: S431-LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR Diag. Secundário: V239-MOTOCICLISTA TRAIATIZADO EM COLISÃO COM

Diag. complementar: Causa Óbito:

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO Modalidade: HOSPITALAR

Data internação: 13/06/2018 Data saída: 15/06/2018 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberação SISAIHBI:

---[CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA)]---

CNPJ do empregador: CNAR: CBO:

Vínculo com a previdência: CBO:

---[PROCEDIMENTOS REALIZADOS]---

Linha Ato/Proced	FF	IE CBO	CNS/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtda Copt	Descrição
1 04.00.01.010-5	107185222700006	1 225270	107185222700006	3960000	1 062018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATUR
2 04.00.01.010-5	210157919150010	0 225151	210157919150010	3960000	1 062018 TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXAÇÃO / FRATUR
3 04.00.01.014-2	107185222700006	1 225270	107185222700006	3960000	1 062018 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (IN
4 04.00.01.014-2	210157919150010	0 225151	210157919150010	3960000	1 062018 REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (IN
5 00.02.01.001-5		0	3960000	3960000	✓2 062018 DIARIA DE ACOMPANHANTE ADULTO (COM PERNO
6 04.01.01.001-5	107185222700006	0 225270	107185222700006	3960000	✓1 062018 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
7 02.04.04.000-0	3960000	0	3960000	3960000	✓1 062018 RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA

---[VALORES DA PREVIA]---

Forma de Organização	+ Serv. Hospitalar + Serviço Profissional +						
	----- Direto -----	----- Direto -----	----- Rateado -----	----- Próprio Terceiro -----	----- Próprio Terceiro -----	----- Próprio Terceiro -----	----- Total -----
04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	32,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	32,40
04.00.01 CINTURA ESCAPULAR	437,91	0,00	0,00	0,00	235,42	0,00	673,33
04.02.01 DIARIAS	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
Total Geral:	480,31	0,00	0,00	0,00	235,42	0,00	715,73

Numero de nascidos: Numero de Saídas: R. Pré-Natal

Vivos: 0 Mortos: 0 Altas: 0 Interns: 0 Óbitos: 0

"De acordo com a Portaria SAS/MS N. 02 de 22 de agosto de 1995 publicada no diário Oficial da União: Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de Agosto de 1995, Seção 1, p. 12966, uma via deste relatório deve ser arquivada no prontuário do paciente."

ASSINATURA E CARIMBO
DIRETOR DO HOSPITAL

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por ANTONIO KAIRO RODRIGUES SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 10/01/2019 às 14:26, sob o número 01017183420190600001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0101718-34.2019.8.06.0001 e código 4270C70.



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

Registro de Atendimento Emergencial



Emitido em: 18/08/2018 11:58:2

Por: LIBIRAJARA MORAIS MENDONÇA

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL				DATA/HORA: 12/08/2018 15:58:11	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
CNS: 151781172300005	NOME: FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS			Registro: 5479798	
CPF:	RG:	D. NASC: 20/09/1992	ESTADO CIVIL:	SEXO: M	RACIA/COR: Parda
NOME DA MÃE: MARIA IVONILDE RAMOS DOS SANTOS			NOME DO PAI: GEOVANE CACAU DOS SANTOS		
TIPO DE LOGRADOURO: Rua		ENDEREÇO DO PACIENTE: DESEMBARGADOR JUCA FILHO	Nº: 200	BAIRRO: JARDIM DAS OLIVEIRAS	
COMPLEMENTO:	TELEFONE: 997337499	MUNICÍPIO: FORTALEZA	UF: CE	CEP: 60821080	
IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL					
NOME: Valéria 6940 cond mandado		PARENTESCO:		TELEFONE: 997337499	
ACIDENTE DE TRABALHO					
TIPO DE VÍNCULO:	CBO DO EMPREGADO:	CNPJ DO EMPREGADOR:	CDS DO CNAER:		
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO					
MOTIVO DE ATENDIMENTO: Acidente com motociclista. Colisão com um carro, pick up ou camioneta					
QUEIXAS: COLISAO MOTO/CARRO APRESENTANDO DOR EM OMBRO + CALCANHAR					
OBSERVAÇÕES: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES/DOR LEVE					
SINAIS VITAIS					
LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública	Escala de Dor: Leve	PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: VERDE			
ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: CLÍNICA MÉDICA					
ATENDIMENTO MÉDICO					
Anamnese:					
Exame Físico:					
Conduta:					
18 06 18 DATA 10-08-18 MATRICULA 10-288 SERVIDOR(A)					
TEMPO NECESSÁRIO PARA OBSERVAÇÃO:					
EXAMES COMPLEMENTARES SOLICITADOS:					
ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE:					
DATA E HORA DO ATENDIMENTO:		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA:			

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA JUSTIÇA DEPARTAMENTO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO ARQUIVO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO		ESTADO DO CEARÁ SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
NOME FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS		FOTOGRAFIA	
DOC. IDENTIDADE / OUTRO EMISSOR: IF 20070982567 SSPS		DATA NASCIMENTO 04.5.974.933-10 20/09/1992	
FILIAÇÃO GEOVANE CACAU DOS SANTOS MARIA IVANILDE RAMOS DOS SANTOS		REGISTRO 06585522434	
VALIDEZ 21/12/2020		1ª VALIDAÇÃO 18/03/2016	
SEM OBSERVAÇÃO:		OBSERVAÇÃO:	
LOCAL BORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 26/04/2018	
ASSINATURA DO DETENTOR <i>Francisco Jean Ramos dos Santos</i>		ASSINATURA DO EMISSOR <i>[Assinatura]</i>	
CEARÁ		57938941193 C3164766669	

CE Nº 013547541254 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTÉ É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT

04936049360 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 31/10/2017

PLACA 01F1424

CNPJ 04936049360

RENAVAM 470456663

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO/FAB 2012

CHASSI 9CZKMD0540CR552709

PREMIO TARIFARIO

FMS (R\$) 81.29

DENATRAM (R\$) 9.03

CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

TOTAL SEM PAGO SEGURO (R\$) 185.50

DATA DE QUITAÇÃO 13/06/2017

PAGAMENTO ☐ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

MOTOR: KDB0540520308/0001-04

LOTE/DESCRIÇÃO/IDENTIFICAÇÃO

PROPRIETARIO

JUN-2017

DETAN - CE Nº 013547541254

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 470456663

COD. RENAVAM 470456663

RENTRC 0000000000

EXERCÍCIO 2017

JOSE ADRIATO DIANE DE MESQUITA

FORTALEZA - CE

PLACA ANT/UF 04936049360

CHASSI 9CZKMD0540CR552709

ESPECIE TIPO CASOL/ALCO

MARCA/MODELO HONDA/NXR150 BROS ESD

ANO/FAB 2012

ANO/MOD 2012

CATEGORIA PARTIC

COR/PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA 180.65

FAIXA I.P.V.A. 2

PARCELAMENTO/COTAS 2

VENO/COTAS 1

PREMIO TARIFARIO (R\$) 180.65

IOF (R\$) 0.70

PREMIO TOTAL (R\$) 185.50

DATA DE PAGAMENTO 13/06/2017

LOCAL FORTALEZA

DATA 31/10/2017

VALOR

60821-080

001 000 000 000

AGUA	A10F551118	484	488	4	10
------	------------	-----	-----	---	----

07/06/2018	07/06/2018	1539707
08/05/2018	07/07/2018	
	04/2018	

533	533	126	533	533
543	543	543	541	541
533	533	531	512	541

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 8 m3 | META: 10 m3.
Caro cliente, encontram-se quitadas as faturas de sua titularidade, para esta unidade consumidora, vencidas em 2017, conforme a Lei n. 12.007/2009. Esta declaracao substitui outras quitacoes do periodo e de anos anteriores.

AGUA	24,40
ESGOTO	19,52

PIS	0,42	VALOR DO SERVICO	68,30
COFINS	2,09	VALOR DO SUBSIDIO	24,38
		VALOR TOTAL A PAGAR	43,92

06/2018	22/06/2018	43,92
---------	------------	-------

T:356615075639026 L:5725 H:11:08:22 R:026 P:001

Brasão de Armas: Pólvora, B.C. Santos do Brasil, Cama
 decorada, Tapete, Santeiro, Triângulo, Outros Prof. Al.
 (C) 1998 - 1999 - 2000 - 2001 - 2002 - 2003 - 2004 - 2005 - 2006 - 2007 - 2008 - 2009 - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030 - 2031 - 2032 - 2033 - 2034 - 2035 - 2036 - 2037 - 2038 - 2039 - 2040 - 2041 - 2042 - 2043 - 2044 - 2045 - 2046 - 2047 - 2048 - 2049 - 2050 - 2051 - 2052 - 2053 - 2054 - 2055 - 2056 - 2057 - 2058 - 2059 - 2060 - 2061 - 2062 - 2063 - 2064 - 2065 - 2066 - 2067 - 2068 - 2069 - 2070 - 2071 - 2072 - 2073 - 2074 - 2075 - 2076 - 2077 - 2078 - 2079 - 2080 - 2081 - 2082 - 2083 - 2084 - 2085 - 2086 - 2087 - 2088 - 2089 - 2090 - 2091 - 2092 - 2093 - 2094 - 2095 - 2096 - 2097 - 2098 - 2099 - 2100 - 2101 - 2102 - 2103 - 2104 - 2105 - 2106 - 2107 - 2108 - 2109 - 2110 - 2111 - 2112 - 2113 - 2114 - 2115 - 2116 - 2117 - 2118 - 2119 - 2120 - 2121 - 2122 - 2123 - 2124 - 2125 - 2126 - 2127 - 2128 - 2129 - 2130 - 2131 - 2132 - 2133 - 2134 - 2135 - 2136 - 2137 - 2138 - 2139 - 2140 - 2141 - 2142 - 2143 - 2144 - 2145 - 2146 - 2147 - 2148 - 2149 - 2150 - 2151 - 2152 - 2153 - 2154 - 2155 - 2156 - 2157 - 2158 - 2159 - 2160 - 2161 - 2162 - 2163 - 2164 - 2165 - 2166 - 2167 - 2168 - 2169 - 2170 - 2171 - 2172 - 2173 - 2174 - 2175 - 2176 - 2177 - 2178 - 2179 - 2180 - 2181 - 2182 - 2183 - 2184 - 2185 - 2186 - 2187 - 2188 - 2189 - 2190 - 2191 - 2192 - 2193 - 2194 - 2195 - 2196 - 2197 - 2198 - 2199 - 2200 - 2201 - 2202 - 2203 - 2204 - 2205 - 2206 - 2207 - 2208 - 2209 - 2210 - 2211 - 2212 - 2213 - 2214 - 2215 - 2216 - 2217 - 2218 - 2219 - 2220 - 2221 - 2222 - 2223 - 2224 - 2225 - 2226 - 2227 - 2228 - 2229 - 2230 - 2231 - 2232 - 2233 - 2234 - 2235 - 2236 - 2237 - 2238 - 2239 - 2240 - 2241 - 2242 - 2243 - 2244 - 2245 - 2246 - 2247 - 2248 - 2249 - 2250 - 2251 - 2252 - 2253 - 2254 - 2255 - 2256 - 2257 - 2258 - 2259 - 2260 - 2261 - 2262 - 2263 - 2264 - 2265 - 2266 - 2267 - 2268 - 2269 - 2270 - 2271 - 2272 - 2273 - 2274 - 2275 - 2276 - 2277 - 2278 - 2279 - 2280 - 2281 - 2282 - 2283 - 2284 - 2285 - 2286 - 2287 - 2288 - 2289 - 2290 - 2291 - 2292 - 2293 - 2294 - 2295 - 2296 - 2297 - 2298 - 2299 - 2300 - 2301 - 2302 - 2303 - 2304 - 2305 - 2306 - 2307 - 2308 - 2309 - 2310 - 2311 - 2312 - 2313 - 2314 - 2315 - 2316 - 2317 - 2318 - 2319 - 2320 - 2321 - 2322 - 2323 - 2324 - 2325 - 2326 - 2327 - 2328 - 2329 - 2330 - 2331 - 2332 - 2333 - 2334 - 2335 - 2336 - 2337 - 2338 - 2339 - 2340 - 2341 - 2342 - 2343 - 2344 - 2345 - 2346 - 2347 - 2348 - 2349 - 2350 - 2351 - 2352 - 2353 - 2354 - 2355 - 2356 - 2357 - 2358 - 2359 - 2360 - 2361 - 2362 - 2363 - 2364 - 2365 - 2366 - 2367 - 2368 - 2369 - 2370 - 2371 - 2372 - 2373 - 2374 - 2375 - 2376 - 2377 - 2378 - 2379 - 2380 - 2381 - 2382 - 2383 - 2384 - 2385 - 2386 - 2387 - 2388 - 2389 - 2390 - 2391 - 2392 - 2393 - 2394 - 2395 - 2396 - 2397 - 2398 - 2399 - 2400 - 2401 - 2402 - 2403 - 2404 - 2405 - 2406 - 2407 - 2408 - 2409 - 2410 - 2411 - 2412 - 2413 - 2414 - 2415 - 2416 - 2417 - 2418 - 2419 - 2420 - 2421 - 2422 - 2423 - 2424 - 2425 - 2426 - 2427 - 2428 - 2429 - 2430 - 2431 - 2432 - 2433 - 2434 - 2435 - 2436 - 2437 - 2438 - 2439 - 2440 - 2441 - 2442 - 2443 - 2444 - 2445 - 2446 - 2447 - 2448 - 2449 - 2450 - 2451 - 2452 - 2453 - 2454 - 2455 - 2456 - 2457 - 2458 - 2459 - 2460 - 2461 - 2462 - 2463 - 2464 - 2465 - 2466 - 2467 - 2468 - 2469 - 2470 - 2471 - 2472 - 2473 - 2474 - 2475 - 2476 - 2477 - 2478 - 2479 - 2480 - 2481 - 2482 - 2483 - 2484 - 2485 - 2486 - 2487 - 2488 - 2489 - 2490 - 2491 - 2492 - 2493 - 2494 - 2495 - 2496 - 2497 - 2498 - 2499 - 2500 - 2501 - 2502 - 2503 - 2504 - 2505 - 2506 - 2507 - 2508 - 2509 - 2510 - 2511 - 2512 - 2513 - 2514 - 2515 - 2516 - 2517 - 2518 - 2519 - 2520 - 2521 - 2522 - 2523 - 2524 - 2525 - 2526 - 2527 - 2528 - 2529 - 2530 - 2531 - 2532 - 2533 - 2534 - 2535 - 2536 - 2537 - 2538 - 2539 - 2540 - 2541 - 2542 - 2543 - 2544 - 2545 - 2546 - 2547 - 2548 - 2549 - 2550 - 2551 - 2552 - 2553 - 2554 - 2555 - 2556 - 2557 - 2558 - 2559 - 2560 - 2561 - 2562 - 2563 - 2564 - 2565 - 2566 - 2567 - 2568 - 2569 - 2570 - 2571 - 2572 - 2573 - 2574 - 2575 - 2576 - 2577 - 2578 - 2579 - 2580 - 2581 - 2582 - 2583 - 2584 - 2585 - 2586 - 2587 - 2588 - 2589 - 2590 - 2591 - 2592 - 2593 - 2594 - 2595 - 2596 - 2597 - 2598 - 2599 - 2600 - 2601 - 2602 - 2603 - 2604 - 2605 - 2606 - 2607 - 2608 - 2609 - 2610 - 2611 - 2612 - 2613 - 2614 - 2615 - 2616 - 2617 - 2618 - 2619 - 2620 - 2621 - 2622 - 2623 - 2624 - 2625 - 2626 - 2627 - 2628 - 2629 - 2630 - 2631 - 2632 - 2633 - 2634 - 2635 - 2636 - 2637 - 2638 - 2639 - 2640 - 2641 - 2642 - 2643 - 2644 - 2645 - 2646 - 2647 - 2648 - 2649 - 2650 - 2651 - 2652 - 2653 - 2654 - 2655 - 2656 - 2657 - 2658 - 2659 - 2660 - 2661 - 2662 - 2663 - 2664 - 2665 - 2666 - 2667 - 2668 - 2669 - 2670 - 2671 -

Central de Atendimento
Cagece

Cagece
MOBIL FIL

É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Mais informações pelo telefone: 3009.273.0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 33. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: **ACFOR** – Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental; Demais localidades: **ARCE** – Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.

consumidor.gov.br
 É seu. É fácil. Participe

Cagece

356615075639026 - 5725

013991060 06/2018

001 046 0292 0511 0007

FORTALEZA	22/06/2018	43,92
-----------	------------	-------

82690000000 9 43920009800 2 01399106001 6 03000122015 8



(85) 987740318
(85) 30356947

SINISTRO 3180485969 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA
CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO FRANCISCO JEAN RAMOS DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 04597493310

Posição em 10-01-2019 15:12:49

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
29/10/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75