



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

OUTORGANTE:

Nome RICARDO FACUNDO BEZERRA			Nacionalidade Brasileiro (a)	
RG / Órgão Expedidor 2007078608 - 3 SSP/CE		CPF 623.790.803- 05		Estado Civil Solteiro
Endereço Rua Florisbela Vieira de Sousa		Número S/N	Complemento Casa	Profissão Padeiro
Bairro Recreio	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará		CEP 63.870-000

OUTORGADO(S): VINÍCIUS PINHEIRO MELO, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE 24.353, portador do CPF sob o nº. 016.548.623-63, sócio administrador na sociedade **PINHEIRO MELO - SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº. 26.942.992/0001-60, inscrito na OAB/CE 1453, com escritório na Rua Praça Mons. José Candido, nº. 103, Loja 01, bairro Centro, cidade de Boa Viagem, estado do Ceará, CEP 63870-000, tel.: (88) 3427-2867.

Através do presente instrumento particular de mandato, a(s) parte(s) OUTORGANTE(s) nomeia(m) e constitui (em) como seu(s) procurador (es) o(s) OUTORGADO(s), conferindo-lhe(s) amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 38 do Código de Processo Civil e art. 5º, §2º do Estatuto da OAB, com clausula "Ad Judicia Et Extra", para praticar todos atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, **principalmente perante qualquer companhia de seguro conveniada ao FENASEG, participante do convênio DPVAT**, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, e os *especiais* para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitação, firmar autorizações de pagamento ou crédito de indenização de sinistro, prestar declarações, **declarar e requerer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA**, anuir e receber alvarás judiciais de levantamento, podendo receber os valores neles expressos provenientes de depósitos feitos pela(s) SEGURADORA(S) pertencentes ao **CONSÓRCIO DO SEGURO DPVAT e SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A** junto à instituição financeira responsável pela guarda destes valores, podendo ainda receber e endossar cheque em nome do outorgante relativo a pagamento dos valores pleiteados junto as Seguradoras do Consórcio DPVAT, dando tudo por bom e valioso, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo(a) nas contrárias, seguindo uma e outras, até decisão final.

Boa Viagem - CE, 13 de setembro de 2018.


OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA**DECLARANTE:**

Nome RICARDO FACUNDO BEZERRA			Nacionalidade Brasileiro (a)
RG / Órgão Expedidor 2007078608 - 3 SSP/CE		CPF 623.790.803-05	Estado Civil Solteiro
Endereço Rua Florisbela Vieira de Sousa	Número S/N	Complemento Casa	Profissão Padeiro
Bairro Recreio	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

DECLARO que, em função de minha condição financeira, não tenho condições de arcar com o pagamento das custas processuais, sob pena de implicar em prejuízo próprio e de minha família, nos termos do art. 5º, LXXIV, da Constituição da República e da Lei nº 1.060/50, com fundamento na Lei 7.115/83.

Boa Viagem - CE, 13 de setembro de 2018.

Ricardo Facundo Bezerra
Declarante

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CERAL: **2007078608-3** DATA DE EXPEDICAO: **05/04/2016**

Nome: **RICARDO FACUNDO BEZERRA**

FILIAÇÃO: **FRANCISCO EDUARDO FACUNDO BEZERRA**
IRANICE FACUNDO DA COSTA

NATURALIDADE: **BOA VIAGEM - CE** DATA DE NASCIMENTO: **26/09/1999**

DOC. ORIGEM: **CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFICIO TERMO: 31883 FOLHA: 248**
LIVRO: A-28 BOA VIAGEM - CE
CE: 623.790.863-05

2 VIA *Ass. Ricardo Bezerra* **P.: 175**
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA PORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO, HUNGÁRIA E PESSOAS HEMÉTICAS



Polegar Direito



PROTEÇÃO PLÁSTICA

Ricardo Facundo Bezerra

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55, sob o número 01120774320198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472407.



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 527947851

Companhia Energética do Ceará

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

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

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
4851034 DV **3**

VENCIMENTO
15/07/2018

TOTAL A PAGAR (R\$)
80,63

DADOS DO CLIENTE

Rota 03 036040 06 0158000 Medidor Poste
Nome IRANICE FACUNDO DA COSTA 10851052 0000 0
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU FLORISBELA V DE SOUSA BAIRRO RECREIO 00000 BAIRRO RECREIO BOA VIAGEM 63870000

RG / CPF / CNPJ 744.789.583-00 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado

FP 12106 12006 1 100 0 100

DESCRIÇÃO DA CONTA Quantidade Tarifa Valor (R\$)

ENERGIA CONSUMO 100 0,73754 73,75

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/ Apresentação 06/06/2018 Prev. Próxima Leitura 05/07/2018

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

2BF7.A398.7A0C.E5AA.F955.9FEB.1551.9B8B

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
73,75 27% 19,91

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 27,87
TRANSMISSÃO 2,97
DISTRIBUIÇÃO 15,88
ENCARGOS SETORIAIS 4,26
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 22,77

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,39
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 6,49
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,50)

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 18,45

Conjunto BOA VIAGEM

Mes ABR/ 2018

	Padrão Individual		Apuração Individual	
	Mensal	Trim. / Anual	Mensal	Trim. / Anual
DIC (h)	5,19	10,38 20,77	0,38	0,00 0,00
FIC (un)	3,30	6,60 13,20	1,00	0,00 0,00
DMIC (h)	2,94		0,38	

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

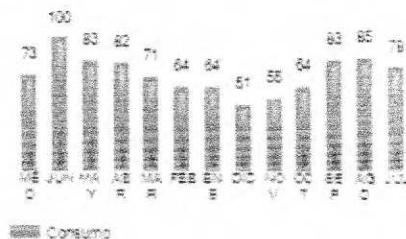
Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)



INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



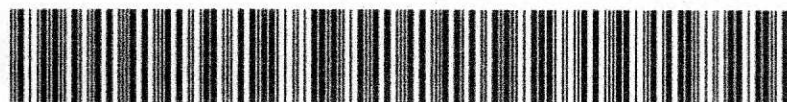
HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 4851034-3 N° da Nota Fiscal: 527947851 Total a Pagar (R\$): 80,63
Data de Emissão: 27/06/2018 Referência: JUN/2018 N° de Controle: 0004851034 00074 4377 2 79

83840000000-6 80630031000-5 00048510340-0 00744377261-1



85) 5785-8466

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55 , sob o número 01120774320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472407.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA SOB AS PENAS DA LEI**DECLARANTE:**

Nome RICARDO FACUNDO BEZERRA			Nacionalidade Brasileiro (a)
RG / Órgão Expedidor 2007078608 - 3 SSP/CE		CPF 623.790.803- 05	Estado Civil Solteiro
Endereço Rua Florisbela Vieira de Sousa		Número S/N	Complemento Casa
Profissão Padeiro			
Bairro Recreio	Cidade Boa Viagem	Estado Ceará	CEP 63.870-000

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 (a) no endereço acima informado.

Declara ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal, conforme transcrição abaixo:

"Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que nele deveria constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre o fato juridicamente relevante.

Pena: reclusão de 1 (um) a 5 (cinco) anos e multa, se o documento é público e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, se o documento é particular."

Boa Viagem - CE, 13 de setembro de 2018.

Ricardo Facundo Bezerra

DECLARANTE



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 428 - 2116 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **29/11/2016 15:25:07**
 Data / Hora da Ocorrência: **28/10/2016 20:30:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA PE. PAULO DE ALMEIDA**
 Complemento:
 Bairro: **COHAB** Município: **BOA VIAGEM/CE**
 Ponto de Referência: **CHAFARIZ**

Noticiante(s)

Nome: **ANGÉLICA FACUNDO BEZERRA**
 Nascimento: **18/01/1995** CPF: **044.406.813-95**
 RG: **2006019179375** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
 Filiação: **IRANICE FACUNDO DA COSTA**
FRANCISCO EDUARDO FACUNDO BEZERRA
 Endereço: **RUA FLORISBELA VIEIRA DE SOUSA, 248**
 Bairro: **RECREIO** CEP: **63.870-000**
 Município: **BOA VIAGEM/CE**
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8875-0550**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OSH1659** Uf: **CE** Município: **BOA VIAGEM** Chassi:
9C2JC4110CR516592 Renavam: **503636266** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
 Fabricação: **2012** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **RICARDO FACUNDO BEZERRA** Situação:
NÃO INFORMADO Envolvimento: **ENVOLVIDO**

Histórico

Compareceu a esta delegacia para informar que no dia, hora e local da ocorrência, retornava para casa conduzindo a motocicleta acima descrita, levando como passageiro seu irmão RICARDO FACUNDO BEZERRA, nascido aos 26/09/1999, RG 2007078608-3 SSP/CE, CPF 623.790.803-05; Que durante o percurso, perdeu o controle da motocicleta logo após colidir contra um cachorro, o qual atravessou a rua repentinamente, desequilibrando e vindo os dois a cair; Que a declarante sofreu apenas escoriações leves; Que seu irmão foi socorrido para o hospital local, dando entrada apresentando escoriações pelo corpo, mais trauma em ombro D, solicitado RX, constatado fratura; Que compareceram a esta delegacia como testemunhas do acidente, José Waldeci F. Vieira e Iranice Facundo da Costa. **NADA MAIS DISSE**

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____
 "ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Angélica Facundo Bezerra

VISTO DO DELEGADO(A): _____
 NELSON CANTO PIMENTEL JUNIOR - MAT.: 300576-1-9

DELEGACIA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
 x José Waldeci F. Vieira

x Iranice Facundo da Costa

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55, sob o número 0112077432019806000. Para conferir o original acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/bastadigital/ou/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472408.

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012410701045

DETRAN - CE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO

VIA: LEON 01 COD RENAVAM: 503636266 INTRO: 0000000000 EXERCÍCIO: 2016

RICARDO FACUNDO BEZERRA

BOA VIAGEM/CE

PLACA: 62379080305 OSH1659

PLACA ANT: *****/CE CHASSI: 9C2JJC4110CR516592

ESPECIE DO VEICULO: FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. CATEGORIA: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB: 2012 ANO MOD: 2012

CATEGORIA: 2P/OCV/124CC PARTIC. VERMELHA

COEF UNIA: ***** ** VENC GOTA UNIA: **/**/** 1º *****

PMAT PVA: ***** PARCELAMENTO: 2º *****

PREMIO TARIFARIO (R\$): 00/00/0000 DATA DE PAGAMENTO: 13/10/2016

BOA VIAGEM
Igor Ponte
Substituto de
DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NA OBRIGATORIO DE SEGURO DPVAT

CE Nº 012410701045 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2016

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
62379080305 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 622 1304

EXERCÍCIO: 2016 DATA EMISSÃO: 13/10/2016

VIA: 01 CIP: 62379080305 PLACA: OSH1659

RENAVAM: 503636266 MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB: 2012 CAT: 09 Nº CHASSI: 9C2JJC4110CR516592

PRÊMIO TARIFÁRIO

TVS (R\$)	DENAVAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)
VALOR DO BILHETE (R\$)	ICF (R\$)	TOTAL A SER PAGO SEGURO (R\$)
NOTA UNIA	PAGAMENTO PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO: 00/00/0000

PROPRIETARIO
LOTE/DSEGURO/ANEXO/IDENR/DPVAT
MOTOR: JC41E5516592/0001-04
www.seguradorvital.com.br



Oconnênis

PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VIAGEM
CSAM - CASA DE SAÚDE ADÍLIA MARIA
Rua: São Vicente de Paula, Nº. 100, Centro.
Tel.: (88) 3427 1699 - (88) 3427 1136
CNPJ: 07.806.680/0001-84



FICHA DE SERVIÇO DE PRONTO ATENDIMENTO (SPA)

DATA DE ATENDIMENTO: 28, 10, 16. HORÁRIO: 21:00h.

NOME: Nicandro Frazão Rezende DATA DE NASC: 26/09/99 SEXO: M (M) (F)

RG: 2007078608-3 CARTÃO DO SUS Nº

PAI: Emanuel F. Rezende MÃE: Damaiz da Costa

NATURALIDADE: BV PROCEDÊNCIA:

ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Pedagogo

ENDEREÇO: R. Floriberto U. Araújo Nº.

BAIRRO: União CIDADE: BV UF: CE

QUEIXA PRINCIPAL:

HDA: Tensão baixa (circled)

EXAME FÍSICO: Tensão baixa (circled) 21:00h

EXAMES SOLICITADOS: CLÍNICA DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA
CPF: 472.081.123-04
CRM: 6087

MEDICAMENTOS: CLÍNICA GERAL E OBSTETRICIA/CIRURGIA GERAL (circled)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: Bebeu 4 copos de água
Ret. 2 copos de urina no banheiro
D. pressão baixa

PESO TEMPERATURA PA

ASSINATURA DO PACIENTE / RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ESTA FICHA SÓ TERÁ VALIDADE PARA REGISTRO DE ATENDIMENTO HOSPITALAR COM CARIMBO E ASSINATURA DA DIRETORA DESTA UNIDADE DE SAÚDE.

07.806.680/0001-84
Casa de Saúde Adília Maria
Rua São Vicente de Paula, nº 100
Centro - CEP: 63071-000
Fone: (88) 3427-1136
Boa Viagem-Ce

Rosivalda F. de Almeida
Diretora Geral
ROSIVALDA FERREIRA DE ALMEIDA
RESPONSÁVEL CSAM

Esta cópia confere com a original dos nossos registros.
Rosivalda F. de Almeida
Responsável - CSAM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55, sob o número 01120774320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472408.

14180006170

MUNICÍPIO DE SÃO VICENTE DO CARIACI
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SEMSA

ATENDIMENTO DE SAÚDE BÁSICA
UNIDADE DE SAÚDE COMUNITÁRIA
RUA: VILHA DE SÃO VICENTE DO CARIACI
POBOX 10000-000 - SÃO VICENTE DO CARIACI - CE
FONE: (33) 3333-1111

1. PREVENIR DOENÇAS E VARS
2. ASSEGURAR A BENEFICIA DO
TRATAMENTO ESTERILIZAR E VIAS AO
LIMPEZA. ORIENTAÇÃO PARA
ESTERILIZAR TRAZER LIMPIDÃO DE
LIMPEZA

Nome: Ricardo Francisco Soares

Identificação: _____

Endereço: _____

Profissão: _____

Resumo da Anamnese:

Guarnição no Antepedista

Faculdade de Medicina

Assinatura: *[Assinatura]*

Dr. Lucas Severo
Médico
CRM: 15.694

Data: 28/10/16

HORA: _____

Local de Atendimento: _____

Local de Referência: _____

Assinatura do Referente: _____

Data: _____

Assinatura do Responsável: _____

Data: _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55, sob o número 01120774320198060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/po/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472408.



SANTA CASA DE CANINDE

Data de Impressão: 14/11/2016 1

Ficha de Atendimento INTERNACAO

Dados do Paciente

SUS INTERNACAO

Usuário do Cadastro: STEF

Paciente : 191491 CNS : 165774212270018 Idade: 17 Anos / 1 Mês / 19 Ds
 Nome do Paciente : RICARDO FACUNDO BEZERRA
 Sexo : MASCULINO Estado Civil : SOLTEIRO Religião :
 Profissão : ESTUDANTE Naturalidade : BOA VIAGEM Data Nascimento : 26/9/1999
 Endereço : RUA FLORISBELA VIEIRA DE ANDRADE
 Bairro : RECREIO Cidade : BOA VIAGEM Número : 250
 CEP : 63870000 Telefone :
 Identidade : 20070786083 CPF : 62379080305
 Nome da Mãe : IRANICE FACUNDO DA COSTA
 Nome do Pai : FRANCISCO EDUARDO FACUNDO BEZERRA

Dados do Responsável

Nome :
 Endereço : Parentesco : Fone :
 Complemento : Número :
 CEP :
 20383405526

Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento: BR

Número : 1224788
 Data : 14/11/2016 Hora : 11:27:18
 Origem : INTERNACAO SUS
 Unidade de Internação : POSTO 2 - CLINICA CIRURGICA
 Tipo : INTERNACAO ORTOPEDICA
 Leito : LEITO 209

Médico do Atendimento : 24 MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 Conselho: CRM-C-5557 Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA CNS : 203834055260008

Convênio : 1 SUS INTERNACAO Plano : SUS INTERNACAO
 Carteira : Guia : Dias Autorizados : Horas Autorizadas :
 Atuação : ENFERMARIA

Serviço : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA
 CID : Z470 SEGUIMENTO ENVOLVENDO REMOCAO DE PLACA DE FRATURA E OUTROS DISPOSITIVOS DE FIXAÇÃO
 Procedimento principal :
 Local de Procedência :

Observação:

170217
 [Handwritten signature]

Iranice Facundo da Costa
 Paciente/Responsável

MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE
 CRM-CE 5557

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55, sob o número 01120774320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/bastadigital/ou/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472408.

Data de Emissão 14/11/2016 08:45:03

Ficha de Atendimento Ambulatorial - SHSFC

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE

Convênio : SUS AMBULATORIO

Dados do Paciente

SENHA :

Usuário do Cadastro

Usuário do Atendimento

STEFAN

AL

Nome : **RICARDO FACUNDO BEZERRA**

Paciente : 191491

Atendimento

1224714

Nome da Mãe : IRANICE FACUNDO DA COSTA

Sexo : MASCULINO

Data Nascimento: 26/09/1999

Idade: 17 Anos / 1 Mês / 19 Dias

Endereço : RUA FLORISBELA VIEIRA DE ANDRADE

CASA

Número 250

Bairro : RECREIO

Cidade : BOA VIAGEM

CNS : 165774212270018

CEP : 63870000

Telefone :

Dados do Atendimento

Prestador Médico : MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

Data : 14/11/2016

Hora 08:36:29

Especialidade : ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Serviço : ORTOPEDIA

Iranice Facundo da Costa
Assinatura do Paciente ou Responsável

RG: 20070786083

relaxas

Relaxas

FARMACOVIGILÂNCIA Alérgico : () Sim () Não A que?

Anamnese :

Fractura de clavícula

Exame Físico :

Hipótese Diagnóstica :

Fractura de clavícula

Carimbo/Assinatura Médico-LEA

CID 10

Procedimento

Imagem

Laboratório

Outros :

Medicação

Medicação

Carimbo/Assinatura Enfermagem/CI

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55, sob o número 01120774320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472408.



Laudo para solicitação de autorização de internação

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

1 - ESTABELECIMENTO SOLICITANTE SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	2 - CNES Data: 16/11/2016 2527413
3 - ESTABELECIMENTO EXECUTANTE SOCIEDADE HOSPITALAR SAO FRANCISCO	4 - CNES 2527413

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - Nome do Paciente RICARDO FACUNDO BEZERRA		6 - Nº Prontuário 191491	
7 - Cartão Nacional do SUS 165774212270018	8 - Data de Nascimento 26/09/1999	9 - Sexo Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/>	10 - Raça Cor 03 - Parda
11 - Nome da Mãe IRANICE FACUNDO DA COSTA		12 - Telefone de Contato 8898818585	
13 - Nome Responsável IRANICE FACUNDO DA COSTA		14 - Telefone de Contato	
15 - Endereço (Rua, Nº, Bairro) RUA FLORISBELA VIEIRA DE ANDRADE, 250 - RECREIO			
16 - Município BOA VIAGEM	17 - IBGE 230240	18 - UF CE	19 - CEP 63870000

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - Principais Sinais e Sintomas Clínicos
funcionamento do aparelho

21 - Condições que justificam a Internação
Primo de consanguinidade

22 - Principais Resultados de Provas Diagnósticas
Exame genético de

23 - Diagnóstico Inicial / Código
Primo de consanguinidade

24 - CID 10 Principal
5420

25 - CID 10 Secundário

26 - CID 10 Causas Associadas

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - Descrição do Procedimento Solicitado
Exame genético

28 - Código do Procedimento
040801015

29 - Especialidade

30 - Carater de Atendimento

31 - Documento
(X) CNS () CPF

32 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Solicitante/Assistente
203834056260008

33 - Nome do Profissional Solicitante/Assistente
MARCUS JUSSIER SOUZA DUARTE

34 - Data da Solicitação
14/11/2016

35 - Assinatura e Carimbo (Nº de Registro no Conselho)
5557

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () Acidente de Trânsito	39 - CNPJ Seguradora	40 - Nº Dilhete	41 - Série
37 - () Acid. Trabalho Típico	42 - CNPJ / Empresa	43 - CNAE / Empresa	44 - CBOR
38 - () Acid. Trabalho Trajeto	45 - Vínculo com a Previdência () Empregado () Empregador () Autônomo () Desempregado () Aposentado () Não Segurado		

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador AURELIO PARENTE BARBOSA	47 - Cód. Órgão Emissor M230280001	52 - Nº da Autorização da Internação Hospitalar (AIIH) <i>170217</i>
48 - Documento (X) CNS () CPF	49 - Nº do Documento (CNS/CPF) do Profissional Autorizador 201560652950007	
50 - Data da Autorização	51 - Assinatura e Carimbo (Nº Registro do Conselho) <i>[Assinatura]</i>	

Código do Laudo: 1224788

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55, sob o número 01120774320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472408.



Ficha de Anamnese de Urgência/Emergência

Unidade Prestadora : SANTA CASA DE CANINDE Data : 31/10/2016
 Convênio : SUS AMBULATORIO Hora : 09:55:43

GUIA :

Usuário do Cadastro : STEFANNYF
 Usuário do Atendimento : STEFANNYF

Dados do Paciente

Nome : **RICARDO FACUNDO BEZERRA**

Paciente : 191491

Atendimento
1221720

Nome da Mãe : IRANICE FACUNDO DA COSTA

Sexo : MASCULINO Data Nascimento: 26/9/1999

Idade: 17 Anos / 1 Mês / 5 Dias

Endereço : RUA FLORES BELA PEREIRA DE ANDRADE

Bairro : RECREIO

Cidade : BOA VIAGEM

CEP : 63870000

Telefone :

Número : 250

Classificação de Prioridade: G: P:

Hora: PESO: T:

Iranice Facundo da Costa
 Assinatura do Paciente ou Responsável
 RG :

Queixas: *Doi e houve dor e...* PA:

ATENDIMENTO: <input type="checkbox"/> OBSTÉTRICO <input type="checkbox"/> GINECOLÓGICO <input type="checkbox"/> PEDIÁTRICO <input checked="" type="checkbox"/> ORTOPÉDICO <input type="checkbox"/> CLÍNICO <input type="checkbox"/> CIRÚRGICO	TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL ? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> GSU <input type="checkbox"/> OUTRAS AMBULÂNCIAS <input type="checkbox"/> CARRO PRÓPRIO	PROCUROU PSF ? CAUSAS: <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> NÃO <input type="checkbox"/> ENCAMINHADO <input type="checkbox"/> NÃO TINHA FICHA PARA CONSULTA <input type="checkbox"/> NÃO TINHA MÉDICO <input type="checkbox"/> POSTO ESTAVA FECHADO <input checked="" type="checkbox"/> NÃO RESOLVEU O PROBLEMA	POR QUÊ ? <input type="radio"/> NÃO <input type="checkbox"/> NÃO É EFICIENTE <input type="checkbox"/> É LONGE DE CASA <input type="checkbox"/> NUNCA TEM MÉDICO
---	--	---	---

TIPO DE ACIDENTE:

QUEDA DE ONDE ? ACIDENTE C/ OBJETOS CORTO-CONTUSOS AFOGAMENTO

ARMA DE FOGO ARMA BRANCA OUTROS: _____ CARRO: CINTO? SIM NÃO MOTO: CAPACETE? SIM NÃO

INTOXICAÇÃO EXÓGENA: POR: _____ ATROPELAMENTO: CARRO MOTO BICICLETA OUTROS

MORDIDA/PICADA DE ANIMAIS ? _____ QUEIMADOURAS: 1º GRAU 2º GRAU 3º GRAU

OUTROS: _____

ESPANCAMENTO: VIOLÊNCIA SEXUAL: POR QUEM ? PAI PADASTRO MÃE DESCONHECIDO

VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA: OUTROS: _____

1 EMERGÊNCIA 0 min <input type="checkbox"/> Estado mental alterado ou em coma (Glasgow < 12) <input type="checkbox"/> Desconforto respiratório grave <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Crises convulsivas <input type="checkbox"/> Intoxicações exógenas <input type="checkbox"/> Tentativas de suicídio <input type="checkbox"/> Reações alérgicas ou anafilaxia <input type="checkbox"/> Complicações de Diabetes <input type="checkbox"/> Parada cardiorrespiratória <input type="checkbox"/> Hemorragias ativas <input type="checkbox"/> Infecções graves <input type="checkbox"/> Alterações de sinais vitais * Pulso > 140 ou < 45 * PA diastólica > 130 mmHg * PA sistólica > 180 mmHg * FR > 34 ou < 10	2 MUITO URGENTE 10 min <input type="checkbox"/> Cefaléia súbita ou rapidamente progressiva <input type="checkbox"/> Diminuição do nível de consciência <input type="checkbox"/> Alteração aguda de comportamento (agitação, letargia, confusão mental) <input type="checkbox"/> Convulsão nas últimas 24h com alteração do nível de consciência <input type="checkbox"/> Dor torácica <input type="checkbox"/> Crise asmática <input type="checkbox"/> Disméias <input type="checkbox"/> Diabéticos apresentando sudorese, visão turva, febre, vômitos, taquipnéia, taquicardia <input type="checkbox"/> História recente de sangramento digestivo (melena/ hematoquezia) <input type="checkbox"/> Dor abdominal intensa <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal ativo <input type="checkbox"/> Náuseas, vômitos ou diarreia persistentes <input type="checkbox"/> Febre alta <input type="checkbox"/> Fraturas ósseas <input type="checkbox"/> Intoxicações exógenas, sem alteração de sinais vitais <input type="checkbox"/> Dor oncológica	3 POUCO URGENTE 60 min <input type="checkbox"/> Idade superior a 60 anos <input type="checkbox"/> Gestantes <input type="checkbox"/> Pacientes escitados <input type="checkbox"/> Deficientes físicos e pacientes em cadeiras de rodas e acamados <input type="checkbox"/> Retornos com período inferior a 24 horas devido a não melhora do quadro clínico anterior <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Enxaqueca <input type="checkbox"/> Dor de ouvido <input type="checkbox"/> Dor abdominal sem alterações de sinais vitais <input type="checkbox"/> Sangramento vaginal leve <input type="checkbox"/> Lombalgia intensa <input type="checkbox"/> Distúrbios neurovegetativos <input type="checkbox"/> Abscessos e outras complicações infecciosas <input type="checkbox"/> Convulsões sem alteração do nível de consciência	4 NÃO URGENTE Procurar unidade básica de saúde ou marcar consulta com médico assistente <input type="checkbox"/> Pacientes em acompanhamento ambulatorial, mas sem tratamento atual <input type="checkbox"/> Dores crônicas <input type="checkbox"/> Procedimentos como curativos, trocas de sondas, requisições de receitas médicas <input type="checkbox"/> Avaliação de exames solicitados pelo médico assistente <input type="checkbox"/> Solicitações de declarações, atestados ou relatórios médico <p style="text-align: right;"><i>31/10/16</i></p>
---	---	--	---

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINICIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55, sob o número 01120774320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472408.



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 - Centro - Canindé - Ceará

CEP: 62700-000 - CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



LAUDO DE CIRURGIA

Paciente Ricardo Jocunolo Bezerra Profissional

Data da Cirurgia 19/11/18 Enfermária Leito

Diagnóstico Pré-Operatório: Fratura de clavícula

Cirurgia Proposta: Osteossíntese de clavícula

Cirurgia Realizada: _____

Diagnóstico Pós-Operatório: _____

urgião: Dr. Marcos

1º Auxiliar: _____

2º Auxiliar: _____

3º Auxiliar: _____

Anestesista: Dr. Ednardo

Circulante: Elleis

Instrumentador: Feliane

Tipo de Anestesia: Proprio + sedação

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

(Handwritten description of the surgical procedure, including details of the clavicle fracture and the osteosynthesis performed.)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por VINÍCIUS PINHEIRO MELO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/02/2019 às 07:55, sob o número 0120774320198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0112077-43.2019.8.06.0001 e código 4472408.



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ

Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ

Praça Frei Aurélio, 1397 Centro – CANINDÉ-CEARÁ

CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22

Telefone: (085) 3343-2110 Fax: (085) 3343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br

FOLHA DE RELATÓRIO DE ALTA

UNIDADE: HOSPITAL REGIONAL SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ		
NOME DA PACIENTE: RICARDO FACUNDO BEZERRA		
PRONTUÁRIO: 1224788	ENFERMARIA: 2	LEITO:
Data de Internação 14/11/2016	Data de Alta 21/11/2016	Tempo de Permanência DIA

RESUMO CLÍNICO

Paciente 17 anos, admitido com FRATURA CLAVICULA . Foi submetido a OSTEOSINTESE CLAVICULA . Com boa evolução pós-operatória.

TERAPÊUTICA UTILIZADA

OSTEOSINTESE CLAVICULA

DIAGNÓSTICO INICIAL

FRATURA CLAVICULA

CONDIÇÕES DE ALTA

Boa evolução clínica, com boa perfusão distal do membro, sem sinais flogísticos locais.

OBSERVAÇÃO:

- Marcar retorno DR ° MARCUS
- Curativo em dias alternados
- Retornar ao hospital em caso de dor intensa, sangramento anormal ou outra anormalidade.

	21/11/2016
Assinatura e Carimbo do Médico	DATA DA ALTA



SOCIEDADE HOSPITALAR SÃO FRANCISCO DE CANINDÉ
 Mantenedora da SANTA CASA DE CANINDÉ
 Praça Frei Aurélio, 1397 Centro – CANINDÉ-CEARÁ
 CEP: 62.700-000 CNPJ: 07.113.558/0001-22
 Telefone: (085) 343-2110 Fax: (085) 343-1768 / E-mail: shsfc@fortalnet.com.br



DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, por solicitação da mesma que IRANICE FACUNDO DA COSTA , RG 2004019130337 SSP/CE, data de nascimento 03/03/1973, esteve nesta instituição hospitalar nos dias 14/11/2016 à 21/11/2016, na condição de acompanhante do paciente RICARDO FACUNDO BEZERRA, 17 anos, residente e domiciliado na RUA FLORISBELA VIEIRA DE ANDRADE ,250 – RECREIO na cidade de BOA VIAGEM /CE, internado no leito 209, posto 02, conforme prontuário 191491.

Canindé, 21 de NOVEMBRO de 2016.


Máyra Cavalcante Vieira
 Assistente Social

Máyra Cavalcante Vieira
 Assistente Social – SHSFC
 CRESS/CE: 6922

SESSÕES DE FISIOTERAPIA

MES: Dezembro ANO: 2016

1	21-12-16 (NU)	2	26-12-16
3	29-12-16	4	02-01-17
5	05-01-17	6	09-01-17
7	12-01-17	8	16-01-17
9	19-01-17	10	23-01-17
11	26-01-17	12	
13		14	
15		16	
17		18	
19		20	
21		22	
23		24	
25		26	
27		28	
29		30	
31			

 **CENTRO DE FISIOTERAPIA
VENCESLAU VIEIRA BATISTA
CARTÃO DE ATENDIMENTO**

PACIENTE: Ricardo Facundo Bezerra

DATA DO NASC.: 26 / 09 / 1999 IDADE: 17

DATA DA AVALIAÇÃO: 21 / 12 / 16

ENDEREÇO: Eloíza Bela V. de Sousa Rodas

CARTÃO DO SUS: 165774212270018

CÓDIGO DO PROCED.: 030305001-9

Nº DO PACIENTE: M466

DIAGNÓSTICO: Sequela de fratura

OBSERVAÇÃO: da clavícula Esp.

TRATAMENTO: Cinesio do ombro de ADM e força

DIAS DE ATENDIMENTO: Seg e quinta (T)

PROFISSIONAL: Sicles

SINISTRO 3180359425 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA RICARDO FACUNDO BEZERRA****COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO**

Sabemi Seguradora S/A-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO RICARDO FACUNDO BEZERRA**CPF/CNPJ:** 62379080305**Posição em 17-09-2018 09:23:34**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo	
Descrição do cálculo	Atualização do Pagamento Administrativo no DPVAT - Beneficiário: RICARDO FACUNDO BEZERRA - Sinistro: 3180359425
Valor Nominal	R\$ 843,75
Indexador e metodologia de cálculo	INPC-IBGE - Calculado pro-rata die.
Período da correção	28/10/2016 a 1/9/2018

Dados calculados		
Fator de correção do período	673 dias	1,051961
Percentual correspondente	673 dias	5,196119 %
Valor corrigido para 1/9/2018	(=)	R\$ 887,59
Sub Total	(=)	R\$ 887,59
Valor total	(=)	R\$ 887,59

Memória analítica do cálculo				
Valor inicial	843,75			
Data inicial	28/10/2016			
Data final	1/9/2018			
Periodicidade	Mensal			
Metodologia de cálculo	Calculado pro-rata die.			
Termo inicial	Termo final	Variação do período	Valor	
28/10/2016	1/11/2016	0,0219 (%)	843,93	
1/11/2016	1/12/2016	0,0700 (%)	844,53	
1/12/2016	1/1/2017	0,1400 (%)	845,71	
1/1/2017	1/2/2017	0,4200 (%)	849,26	
1/2/2017	1/3/2017	0,2400 (%)	851,30	
1/3/2017	1/4/2017	0,3200 (%)	854,02	
1/4/2017	1/5/2017	0,0800 (%)	854,71	
1/5/2017	1/6/2017	0,3600 (%)	857,78	
1/6/2017	1/7/2017	-0,3000 (%)	855,21	
1/7/2017	1/8/2017	0,1700 (%)	856,66	
1/8/2017	1/9/2017	-0,0300 (%)	856,41	
1/9/2017	1/10/2017	-0,0200 (%)	856,23	
1/10/2017	1/11/2017	0,3700 (%)	859,40	
1/11/2017	1/12/2017	0,1800 (%)	860,95	
1/12/2017	1/1/2018	0,2600 (%)	863,19	
1/1/2018	1/2/2018	0,2300 (%)	865,17	
1/2/2018	1/3/2018	0,1800 (%)	866,73	
1/3/2018	1/4/2018	0,0700 (%)	867,34	
1/4/2018	1/5/2018	0,2100 (%)	869,16	
1/5/2018	1/6/2018	0,4300 (%)	872,90	
1/6/2018	1/7/2018	1,4300 (%)	885,38	
1/7/2018	1/8/2018	0,2500 (%)	887,59	
1/8/2018	1/9/2018	0,0000 (%)	887,59	
Acréscimos de juro, multa e honorários				
Sub Total	(=)			R\$ 887,59
Valor total	(=)			R\$ 887,59

Retornar Imprimir