



CPF

CPF

PROCURAÇÃO AD JUDICIA**OUTORGANTE**

NOME:	FARIS VICENTE DA SILVA
ESTADO CIVIL:	CASADO
PROFISSÃO:	AUTONOMO
DOMICÍLIO:	RUA JOSE LEONIDAS, 845, CS08, CIDADE DOS FUNCIONARIOS
RG/CPF/PIS PASEP:	950025818051477.623903-59

OUTORGADOS

JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA, inscrito na OAB/CE sob o nº. 29.690, com escritório profissional situado na Rua Hercílio Pinheiro, nº 329, CEP 62960-000, Centro - Tabuleiro do Norte-CE.

Por meio do presente instrumento são outorgados amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelecido no artigo 105 da Lei nº 13.105, de 16 de março de 2015 (Código de Processo Civil), e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, 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, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.

Local: FORTALEZA

Data: 09/04/20

x FARIS VICENTE DA SILVA
OUTORGANTE

**DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA****NOME:** FARE VICENTE DA SILVA**RG:** 95002581805 **SSP/CE CPF:** 477.623.903-59

DECLARA de sua consciência e bem da verdade que VIVE E RESIDE em:

Logradouro: RUA JOSE LEONIDAS 845

Complemento: CS 08

Bairro: CIDADE DOS FUNCION. CEP: 60110-000

Que a presente declaração é a expressão da verdade, a qual é feita nos termos e sob as penas da lei, pelo que me responsabilizo pela presente

Fortaleza/Ce, 09 DE Abril 2020

* FARE VICENTE DA SILVA



DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Nome: FARIS VICENTE DA SILVA

Nacionalidade: BRASILEIRO Estado: CEARA Estado Civil: CASADO

Profissão: AUTONOMO

Rg: 9500258180 SSP/CE CPF: 477.623.903-59

Logradouro: RUA JOSE LEONIDAS, 845, CS 08, CIDADE DOS FUNCIONARIOS,

Desejamos obter os benefícios da "Justiça Gratuita", declara, sob as penas da lei que não possui recursos suficientes para custear qualquer demanda, sem prejuízo do sustento próprio e da família, pelo que, nos termos da lei nº 1.060 de 05 de Fevereiro de 1950, faz jus aos benefícios da gratuidade da justiça.

Fortaleza/Ce: 09 de Abril de 2020

+ FARIS VICENTE DA SILVA

SINISTRO 3190688936 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FARIS VICENTE DA SILVA****COBERTURA Invalidez****PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO Comprev****Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE****BENEFICIÁRIO FARIS VICENTE DA SILVA****CPF/CNPJ: 47762390359****Posição em 23-04-2020 12:37:44**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX**Valor da Indenização: R\$00.000,00****Juros e Correção: R\$00.000,00****Valor Total: R\$00.000,00**

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
29/01/2020	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Impresso nº 2018124019

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4288 / 2018

Dados da OcorrênciaNatureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **02/10/2018 13:40:37**Data / Hora da Ocorrência: **05/08/2018 10:00:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA CASTELO DE CASTRO**

Complemento:

Bairro: **JANGURUSSU**Município: **FORTALEZA/CE**Ponto de Referência: **PONTE DO JANGURUSSU****Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **FARIS VICENTE DA SILVA**Nascimento: **08/11/1970** CPF: **477.623.903-59**RG: **95002581805**Orgão Emissor: **SSP**UF: **CE**Filiação: **MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE****MANOEL VICENTE FILHO**Endereço: **RUA JOSE LEONIDAS , 845 CS 8**Bairro: **CIDADE DOS FUNCIONARIOS**Município: **FORTALEZA/CE**CEP: **60.823-020**País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99765-1476****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCE2903** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:**9C2JC4110BR763310** Renavam: **331883562** Tipo do Veículo:**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** AnoFabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:**PRETA** Proprietário: **MARIA ROSENIR DE FREITAS NUNES** Situação:**NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava a motocicleta de placa OCE2903 (acima descrita) quando foi colidido por um carro de placas não anotadas, que avançou a preferencial; QUE, com a colisão, o declarante caiu ao solo e lesionou-se, tendo conseguido chegar a sua residência e, no dia 07/08/2018, recebeu atendimento médico no Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira (Frotinha de Parangaba); Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse. FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9**



**Prefeitura de
Fortaleza**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

fls. 13
17 SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

NOME DO PACIENTE FARIS VICENTE DA SILVA		Nº DO PRONTUÁRIO 348627	Nº DO BE 231767
CADUS	NASCIMENTO 08/11/1970(47 ANOS)	SEXO M	RACIA/COR PARDO
NOME MÃE MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE	NOME RESPONSÁVEL NI		
ENDEREÇO RUA JOSÉ LEÔNIO 845C 8 CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CONTATO	CEP 60.823-020		

OCORRÊNCIA

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

QUEIXA REFERE DOR, EDEMA E FLICTENAS EM MIE, FEZ USO CIPROFLOXACINO, E ESTÁ FAZENDO USO DE TRIAXIN	MOTIVO EDEMA
SINTOMAS NI	ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL 140/80	SAT O2 NI%	PULSO NI	GLICEMIA NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA			

CLASSE VE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO	DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 12/08/2018 16:01:30
---------------------	---	--

ÁREA ATENDIMENTO

ÁREA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA
--

ATENDIMENTO MÉDICO

ANAMNESE <i>Exame físico realizado em UMD há 01 semana acidente com trauma em membros inferiores</i>

DIAGNÓSTICO

SADT SOLICITADO: ☐ HC ☐ SU ☐ US ABDOMINAL ☐ TC CRANIO ☐ RAIO-X ☐ OUTROS
--

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES
<i>INTERNAÇÃO</i>		<i>Ex UMD</i>

TIPO DE ALTA/SAÍDA

ALTA/SAÍDA ☐ DECISÃO MÉDICA ☐ A PEDIDO ☐ EVASÃO ☐ TRANSFERÊNCIA ☐ INTERNAÇÃO ÓBITO: ☐ ATÉ 48 HORAS ☐ APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: ☐ FAMÍLIA ☐ IML ☐ ANAT. PATOL

DATA E HORARIO ATENDIMENTO	CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA
----------------------------	---

Impresso por ISABELLE DANTAS NEIVA CORDEIRO em 12/08/2018 às 16:01:34
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

Joseilson Silva Dias
Clínica Médica
CREMEC 8291

Phara Rosaniel de F. Mendes
FARIS VICENTE DA SILVA
HOSPITAL DISTRITAL M^º JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Einanuelle Monteiro
M^º 753

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 30/04/2020 às 14:37, sob o número 022569007202080600007. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0225690-07.2020.8.06.0001 e código 661D306.



**Prefeitura de
Fortaleza**

55

**PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA PARANGABA**

fls. 14

SUS

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

29

NOME DO PACIENTE FARIS VICENTE DA SILVA		DADOS PESSOAIS	
CADUS	NASCIMENTO 08/11/1970(47 ANOS)	Nº DO PRONTUÁRIO 348627	Nº DO BE 230802
NOME MÃE MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE	NOME RESPONSÁVEL NI	SEXO M	RACIA COR PARDO
ENDEREÇO RUA JOSÉ LEÔNIO 845C 8 CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS	MUNICÍPIO FORTALEZA	UF CE	
CONTATO	CEP 60.823-020		
LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE			
OCORRÊNCIA			
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO			
QUEIXA REFERE TRAUMA EM TORNOZELO DIREITO		MOTIVO ACIDENTE DE MOTO	
SINTOMAS NI		ESCALA DE DOR 99 (ADULTO)	
PESO NI KG	PRESSÃO ARTERIAL NI/NI	SINAIS VITAIS SAT O2 NI%	PULSO NI
TEMPERATURA NI °C	ALERGIAS NEGA	GLICEMIA NI	
CLASSIFICAÇÃO VERDE	RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO EDVANIA NOBRE DE QUEIROZ		DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 07/08/2018 13:57:25
ÁREA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA			
ATENDIMENTO MÉDICO			
ANAMNESE			
DIAGNÓSTICO Coluna L5 / Perna			
SADT SOLICITADO: () HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RMN-X () OUTROS		COD. PROCEDIMENTO CID	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
MÉDICAMENTO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÕES	
① 100mg / 100mg + 100mg de SGLT2 - 10/80 tv, 28g / 100mg			
TIPO DE ALTA/SAÍDA			
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL			
DATA E HORA DO ATENDIMENTO		CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA	

Impresso por EDVANIA NOBRE DE QUEIROZ em 07/08/2018 às 13:57:28

Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 299 do Código Penal.

HOSPITAL DISTRITAL M^o JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA

ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

Emanuela Monteiro

Mat. 763

FARIS VICENTE DA SILVA

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JORGE ULISSES E SILVA FERREIRA LIMA e TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DO CEARÁ, protocolado em 30/04/2020 às 14:37, sob o número 022556900720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 02255690-07.2020.8.06.0001 e código 661D306.



CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICO, em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, que o Sr. Faris Vicente da Silva, foi atendido, sob o registro nº 348627, com diagnóstico de celulite em perna direita. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

No dia 10.08.18 paciente retornou a essa unidade hospitalar com o diagnóstico de celulite em perna direita com ulceração purulenta em maleolar medial. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

No dia 12.08.18 paciente retornou a essa unidade hospitalar com o diagnóstico de trauma em perna direita. Paciente ficou internado nessa unidade hospitalar no período de 12.08.18 a 16.09.18. Em seguida paciente saiu de alta hospitalar.

Dr. João Francisco B. L. C. Morano
Médico - HDM JBO
3631
Fortaleza 20 de Setembro de
Atenciosamente,



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

fls. 17

24315

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Distrital Maria José Barroso de Oliveira

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

FARIS VICENTE DA SILVA

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

08/11/1970

9 - SEXO

Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

348627

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

14 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

RUA JOSÉ LEÔNIO, 845 C-8 - CIDADE DOS FUNCIONÁRIOS

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

FORTALEZA

17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

C E

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE, 47 ANOS, APRESENTANDO QUADRO DE EDEMA, ERITEMA, CALOR E BOLHAS EM MID, APÓS TRAUMATISMO EM PERNA DIREITA HÁ 01 SEMANA.

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Risco de complicação;

Necessidade de complementação da investigação etiológica.

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anamnese + exame físico;

Exames laboratoriais + radiológicos.

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

ERISPELA

24 - CID 10 PRINCIPAL

A 46

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

TRATAMENTO CLÍNICO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

() CNS (X) CPF

32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

5 5 5 4 5 8 6 6 3 - 5 3

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

JOSEBSON SILVA DIAS

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

12/08/2018

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

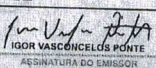
() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

231810283 6564

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME FARIS VICENTE DA SILVA	
DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 95002581805 SSP CE	CPF 477.623.903-59
DATA NASCIMENTO 08/11/1970	
FILIAÇÃO MANOEL VICENTE FILHO MARIA MIRIAM DA SILVA VICENTE	
PERMISSÃO ☒	ACC ☐
CAT. HAB. A	
Nº REGISTRO 05137349327	VALIDADE 18/08/2020
1ª HABILITAÇÃO 07/02/2011	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
ASSINATURA DO PORTADOR 	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 21/08/2015
ASSINATURA DO EMISSOR  IGOR VASCONCELOS PONTE	
13144901505 CE149194781	
DETRAN-CE (CEARA)	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
 1156172940

PROIBIDO PLASTIFICAR
 1156172940

2326696

A tarifa de energia elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

enei

fls. 19

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 009895143

Rota 10M03U18 - 64600

Referência 09/2019

Nome FARI, VICENTE DA SILVA

Endereço RUI JOSE LEONIDAS, 00845 - CS 08, CIDADE DOS
FUNCIONARIOS, 60110-000, FORTALEZA

Classificação Resid. Baixa Renda

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 05/09/2019

Medidor 1179586-FAE-006

ÁREA RESERVADA AO FISCO

D0522F9426F26FBB43CAF23495141E6B

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA

P.F.: 28 dias

Anterior 08/08/2019

Atual 05/09/2019

Próxima prevista 03/10/2019



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	43.655	43.555	1,00	00	00	00	0,00000	0,00

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	0,00	0,00	0,00
PIS	0,00	0,00	0,00
COFINS	0,00	0,00	0,00

VENCIMENTO

18/09/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 477.623.903-59

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.Emitido kg (CO₂) 0,00Compensado kg (CO₂) 0,00Consciência Ecológica (%CO₂) 0

0,00%

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 09/08 - 05/09

DEBITOS ANTERIORES

MÊS/ANO VALOR(R\$)

01/2019 310,36

02/2019 233,95

03/2019 57,15

06/2017 116,35

12/2018 312,15

OUTROS 708,07

Total: R\$ 1738,03

Nº do Cliente: 2326696
Data de Emissão: 05/09/2019
Nº da Nota Fiscal: 009895143Referência: 09/2019
Total a Pagar (R\$): 0,00
Nº de Controle: 100000660838V: [1.0.0.5]
058 - 1216350589
-3.7885203
-36.5861886