

DL - ADVOCACIA
 JOSE DARCIO CAMILO PINTO - OAB-CE 36.423 e
 LUZEMAR VANDERLEI E SILVA - OAB-CE Nº 4.571

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: FRANCISO FERREIRA JACINTO, brasileiro, casado, motorista, RG. Número 2000002082650 - SSP-CE, CPF: 205.046.673-00, residente e domiciliado na Rua Artur de Sousa, 2011, Apartamento 308, Bloco 02, Bairro Planalto Ayrton Sena, CEP: 60.766-120, Fortaleza-Ceará.

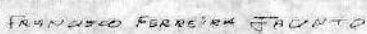
OUTORGADOS: José Dárcio Camilo Pinto, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB (CE) sob o número 36.423 e no CPF 220.683.333-68 e Luzemar Vanderlei e Silva, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB (CE) sob o número 4.571 e no CPF 023.030.603-97, com escritório na Rua Pedro Riquet, 81, CEP: 60.740-590 - Parangaba - Fortaleza - Estado do Ceará.

PODERES: Da cláusula "AD JUDICIA ET AD NEGOTIA", para o Foro em geral, o outorgante confere aos outorgados amplos e ilimitados poderes para em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo ingressar com requerimento administrativo, acompanhar o processo administrativo ou judicial, solicitar e receber extratos e ou informações, bem como propor contra quem de direito as ações competentes, defenderem nos contrários, separado uma das outras, até o final da decisão, interpor os recursos legais, acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar ou cumprir acordos, receber e dar quitação em RPV/Precatório ou Alvarás, perante a Caixa Econômica Federal e/ou o Banco do Brasil S/A, endossar cheques emitidos pela Caixa Econômica Federal e ou Banco do Brasil em favor do outorgante, agindo ainda em conjunto ou separadamente, assim como substabelecer a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido. Dando tudo por bem, firme e valioso.

Fortaleza, (CE) 19 de março de 2020

FRANCISCO FERREIRA JACINTO
 FRANCISO FERREIRA JACINTO
 CPF 205.046.673-00

Rua Pedro Riquet, 81, CEP: 60.740-590, Parangaba, Fortaleza-Ceará e
 Rua Visconde de Cairú, 551 - Apto 202 - Bloco "E", Sala 01 - Vicente Pinzon -
 Fortaleza-CE - CEP: 60.182-130

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO CATEGORIA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
 VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1084823457	NOME FRANCISCO FERREIRA JACINTO	
	DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 200000208285Q SSP CE	
	CPF 205.046.673-00	DATA NASCIMENTO 04/01/1960
	FILIAÇÃO JOAO JACINTO SOBRINHO CARMOSA FERREIRA JACINTO	
	PERMISSÃO 	ACC 
Nº REGISTRO 01164329855		VALIDADE 31/03/2020
1ª HABILITAÇÃO 27/04/1984		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1084823457	OBSERVAÇÕES A : HAB COLETIVO; EXERCE ATIV REMUNERADA;	
	ASSINATURA DO PORTADOR 	
	LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 06/04/2015
	ASSINATURA DO EMISSOR  IGOR VASCONCELOS PONTE	01038362684 CE146874340
	DETRAN - PE (CEARA)	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
DEFESA DA CIDADANIA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

LEGAR DENT

Francisco Ferreira Jacinto

QUARTELA DE IDENTIDADE




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2000000020002650

EXPIRAÇÃO 20/3/2000

NOME FRANCISCO FERREIRA JACINTO

SOLTEIRO JOAO JACINTO SOBRINHO E CARNEIRO

FERREIRA JACINTO

NATURALIDADE

URUBUCA-CE

DOC. IDENT. CERT. NASC. 11 L 5 F

52 URANJA CE

CPF 20504667300

DATA DE NASCIMENTO 4/1/1960

ASSINADO DIGITALMENTE

ASSINADO DIGITALMENTE

ASSINADO DIGITALMENTE

CIC

NASCIMENTO 04.01.60

INSCRIÇÃO NO CPF 205 046 673 00

CONTRIBUINTE

FRANCISCO FERREIRA JACINTO

SECRETARIO DA RECEITA FEDERAL

MINISTERIO DA JUSTICA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL
COORDENADORIA DO SISTEMA DE REGISTRO DE CONTRIBUINTE FISCAIS

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE

DOCUMENTO COMPROVATÓRIO DE INSCRIÇÃO NO
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

VÁLIDO EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL

ASSINATURA DO CONTRIBUINTE

A CARTEIRA PROFISSIONAL

Por menos que pareça e por mais trabalho que dê ao interessado, a carteira profissional é um documento indispensável à proteção do trabalhador.

Elemento de qualificação civil e de habilitação profissional, a carteira representa também título originário para a colocação, para a inscrição sindical e, ainda, um instrumento prático do contrato individual de trabalho.

A carteira, pelos lançamentos que recebe, configura a história de uma vida. Quem a examina, logo verá se o portador é um temperamento aquilado ou versátil; se ama a profissão escolhida ou ainda não encontrou a própria vocação; se andou de fábrica em fábrica, como uma abelha, ou permaneceu no mesmo estabelecimento, subindo a escada profissional. Pode ser um padrão de honra. Pode ser uma advertência.

(a) Alexandre Marcondes Filho

2ª VIA MINISTÉRIO DO TRABALHO SECRETARIA DE EMPREGO E SALÁRIO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL



Polegar Direito



Série 354

Número 63277

Francisco Ferraz da Jacinto

ASSINATURA DO PORTADOR

6

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Francisco Ferraz da Jacinto
 Loc. Nasc. Urucoca
 Est. Goiás Data 26.10.1960
 Filiação João Ferraz da Jacinto Salazar e Maria Rosa da Jacinto
 Est. Civil solteiro Doc. N° 11
 Fls. 52 Liv. 3 Reg. Civil matr.
 Outro doc.
 Situação Militar: Doc. 6ext. N.º 1.000.000
 N° 215371 Órgão 25 CSM Est. CE
 Naturalizado Dec. N° Em/...../.....

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em
 Doc. Ident. N° Exp. em/...../.....
 Estado
 Obs
 Data Emissão 09.09.85 DRT SP/RO

Assinatura do Funcionário

ALTERAÇÕES DE IDENTIDADE (Com relação nome, est. civil e data nasc.)

Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Nome
 Doc.
 Est. Civil
 Doc.
 Nascimento
 Doc.

12

09.530.502/0001-07

CONTRATO DE TRABALHO

VIAÇÃO SIARÁ GRANDE LTDA.

Empregador **Av. General Osório de Paiva, 759**

Rua **Parangaba - CEP 60.720-000** Nº

Município **Fortaleza** Est. **CE**

Esp. do estabelecimento **Transporte Coletivo**

Cargo **Motorista**

C.B.O. nº

Data admissão **17** de **maio** de 19 **2003**

Registro nº **3601** Fls/Ficha

Remuneração especificada **R\$ 802,00 (oitocentos e dois reais)**

VIAÇÃO SIARÁ GRANDE LTDA

LUIZ MARCELO GUIDO CAMPOS
Diretor Administrativo Financeiro

1º

2º

Data saída **08** de **setembro** de 19 **2011**

VIAÇÃO SIARÁ GRANDE LTDA
Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º **Luis Henrique Guido Campos**
Diretor Operacional

2º

+ 09 1517 906163

13

CONTRATO DE TRABALHO

AUTO VIAÇÃO SÃO JOSÉ LTDA

Empregador **41.329.129/0001-25**

Rua **Rua Cônego de Castro, 956**

Município **Fortaleza** Est. **Ceará**

Esp. do estabelecimento **Transporte Coletivo**

Cargo **MOTORISTA**

C.B.O. nº **782410**

Data admissão **05** de **DEZEMBRO** de 19 **2011**

Registro nº **3741** Fls/Ficha

Remuneração especificada **R\$ 1.224,68 (um mil duzentos e vinte e quatro reais e sessenta e oito centavos) por mês**

AUTO VIAÇÃO SÃO JOSÉ LTDA.

YARA ARAÚJO
Ass. do empregador ou a rogo c/ test.
Enc. Setor Pessoal

1º

2º

Data saída de de 19

Ass. do empregador ou a rogo c/ test.

1º

2º

38

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em **01/05/09** Para Cr\$ **1.102,17**

Na função de **motorista**

C.B.O. **VIAÇÃO SIARÁ GRANDE LTDA**

LUIZ MARCELO GUIDO CAMPOS
Assinatura do empregador
Diretor Administrativo Financeiro

Aumentado em **01/05/10** Para Cr\$ **1.179,22**

Na função de **motorista**

C.B.O. **VIAÇÃO SIARÁ GRANDE LTDA**

Luis Henrique Guido Campos
Assinatura do empregador
Diretor Operacional

Aumentado em **01/05/12** Para Cr\$ **1.398,77 + 48**

Na função de **MOTORISTA**

C.B.O. **AUTO VIAÇÃO SÃO JOSÉ LTDA**

YARA ARAÚJO
Assinatura do empregador
Chefe Setor Pessoal

Aumentado em **01/05/13** Para Cr\$ **1.442,31 + 41**

Na função de **MOTORISTA**

C.B.O. **AUTO VIAÇÃO SÃO JOSÉ LTDA**

YARA ARAÚJO
Assinatura do empregador
Chefe Setor Pessoal

39

ALTERAÇÕES DE SALÁRIO

Aumentado em **01/05/14** Para Cr\$ **1.586,54 + 41**

Na função de **MOTORISTA**

C.B.O. **AUTO VIAÇÃO SÃO JOSÉ LTDA**

YARA ARAÚJO
Assinatura do empregador
Chefe Setor Pessoal

Aumentado em **01/05/15** Para Cr\$ **1.737,26 + 41**

Na função de **MOTORISTA**

C.B.O. **AUTO VIAÇÃO SÃO JOSÉ LTDA**

YARA ARAÚJO
Assinatura do empregador
Chefe Setor Pessoal

Aumentado em **01/05/2016** Para Cr\$ **1.910,99 + 41**

Na função de **MOTORISTA**

C.B.O. **AUTO VIAÇÃO SÃO JOSÉ LTDA**

YARA ARAÚJO
Assinatura do empregador
Chefe Setor Pessoal

Aumentado em **01/05/2018** Para Cr\$ **2.016,10 + 41**

Na função de **MOTORISTA**

C.B.O. **AUTO VIAÇÃO SÃO JOSÉ LTDA**

YARA ARAÚJO
Assinatura do empregador
Chefe Setor Pessoal

44

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de 17/03/09 a 16/03/10
de 01/07/2009 a 30/06/2010
VIACÃO SÁO JOSÉ LTDA

Assinatura do empregador
Luis Henrique Guido Campos
Gozou férias relativas ao período de 21/01/12
de 01/07/2013 a 10/05/2013
AUTO VIACÃO SÃO JOSÉ LTDA

Assinatura do empregador
Yhara Aragão Furtado
Chefe Setor Pessoal
Gozou férias relativas ao período de 20/07/13
de 01/07/2014 a 20/07/2014
AUTO VIACÃO SÃO JOSÉ LTDA

Assinatura do empregador
Yhara Aragão Furtado
Chefe Setor Pessoal
Gozou férias relativas ao período de 20/07/14
de 01/07/2015 a 20/07/2015
AUTO VIACÃO SÃO JOSÉ LTDA

Assinatura do empregador
Yhara Aragão Furtado
Chefe Setor Pessoal
Gozou férias relativas ao período de 20/07/15
de 01/05/2016 a 30/05/2016
AUTO VIACÃO SÃO JOSÉ LTDA

Assinatura do empregador
Yhara Aragão Furtado
Chefe Setor Pessoal

ANOTAÇÕES DE FÉRIAS

Gozou férias relativas ao período de 2015/2016
de 01/05/2017 a 30/05/2017
AUTO VIACÃO SÃO JOSÉ LTDA

Assinatura do empregador
Yhara Aragão Furtado
Chefe Setor Pessoal
Gozou férias relativas ao período de 2016/2017
de 01/05/2018 a 31/05/2018
AUTO VIACÃO SÃO JOSÉ LTDA

Assinatura do empregador
Yhara Aragão Furtado
Chefe Setor Pessoal
Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador
Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador
Gozou férias relativas ao período de
de / / a / /

Assinatura do empregador

 SEGURADORA LÍDER		SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT		Exercício: 2019	Nº documento: 4.90206390-1
				Data emissão: 06/02/2019	Código placa: 0825153007-3
				Hora: 10:03:06	Código taxa: 253
Nome Proprietário / Solicitante: FRANCISCO FERREIRA JACINTO					CPF / CNPJ: 205.046.673-00
Placa: HYO3007		Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES		Chassi: 9C2KC08508R114858	
Ano fabricação: 2008		Ano / Modelo: 2008		Renavam: 988935015	
Código seguro: 09	Prêmio líquido 84,26	ISOF (0,38 %) 0,32	Prêmio total (R\$): 84,58	Código corretor: SUSEP	
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)					Via Usua
866300000001 845809248600 800098893509 159021119064					Autenticação Mecânica

 SEGURADORA LÍDER		SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT		Exercício: 2019	Nº documento: 4.90206390-1
				Data emissão: 06/02/2019	Código placa: 0825153007-3
				Hora: 10:03:06	Código taxa: 253
Nome Proprietário / Solicitante: FRANCISCO FERREIRA JACINTO					CPF / CNPJ: 205.046.673-00
Placa: HYO3007		Marca / Modelo: HONDA/CG 150 TITAN ES		Chassi: 9C2KC08508R114858	
Ano fabricação: 2008		Ano / Modelo: 2008		Renavam: 988935015	
Código seguro: 09	Prêmio líquido 84,26	ISOF (0,38 %) 0,32	Prêmio total (R\$): 84,58	Código corretor: SUSEP	
***** DOCUMENTO DE PORTE OBRIGATÓRIO JUNTO AO CRLV (DUAL)					Via L
866300000001 845809248600 800098893509 159021119064					Autenticação Mecânica

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteio de quinquilhões a sábado, às

03h 37m 28s 4

07/02/2019

HORA DE 11:17:00

LOT. 05.005.111

LOCALIDADE: FORTALEZA

AB. VINCULADA: 1868

TERM 025668

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
DPVAT SEGURO OBRIGATORIO

VALOR DO PAGAMENTO: 84,58

866300000001 845809248600
800098893509 159021119064

03h 37m 28s 4

1ª VIA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014413520641
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

PPVT 01 988933015 00000000000 2018
NOME FRANCISCO FERREIRA JACINTO
FORTALEZA /CE

20504667300 OFF / CNPJ
PLACA ANF / UF 9C2KC0850BR114855 CHASSI HY03007/CE

FAS/MOTOCICLO/MARCA APLIC. BASILINA

HONDA/CE 150 TITAN ES ANO FAB 2008 ANO MOD 2008

2F/OCV/149CC CATEGORIA PARTIC CILINDRO CINZA

1 COTA ÚNICA VENC. DATA ÚNICA 1* VENC. COIMS 1*
2 PARCELAMENTO / COIMS 2*
3 PARCELAMENTO / COIMS 3*

PREMIUM TARIFÁRIO (R\$) 0.70 PREMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 20/08/2018

FORTALEZA LOCAL
Igor Pontes
Superintendente DETRAN-CE
23/08/2018 DATA

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014413520641 BILHETE DE SEGURO DPVAT

20504667300 HY03007/CE

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

014413520641 27188461084

01 20504667300 OFF / CNPJ
RENAVAM 988933015 MARCA / MODELO HONDA/CE 150 TITAN E
ANO FAB 2008 PART 9C2KC0850BR114855 Nº CHASSI HY03007
PLACA 2018 23/08/2018 DATA EMISSÃO

PREMIO TARIFARIO
2 FMS (R\$) 81.29 DEVOLUÇÃO (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33
CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 OF (R\$) 0.70 TOTAL DO BILHETE (R\$) 185.50

PAGAMENTO ☐ PARCELADO DATA DE QUITACAO 20/08/2018

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.586/0001-04

MOTOR: KC08E5B114855 01234



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, FRANCISCO FERREIRA JACINTO, brasileiro, motorista, portador da Carteira de Identidade nº 2000002082650 SSP (CE), CPF: 205.046.673-00, residente e domiciliado na Rua Artur de Sousa 2011, Ap. 308, BL 02, Planalto Ayrton Sena, Fortaleza (CE), CEP 60766-120, DECLARO, perante o Tribunal de Justiça do Estado do Ceará e Tribunal Federal, nos termos da Lei 7.115/83, que resido no imóvel do(a) Senhora ADILINA FIRMINA BERNARDO MARQUES, localizado na Rua na Rua Artur de Sousa 2011, Ap. 308, BL 02, Planalto Ayrton Sena, Fortaleza (CE), CEP 60766-120, conforme comprovante e documentos pessoais anexos.

Por ser verdade, firmo o presente sob penas da lei e às sanções cíveis, administrativas e penais cabíveis à espécie.

Fortaleza (CE), 13 de fevereiro de 2020.

FRANCISCO FERREIRA JACINTO

FRANCISCO FERREIRA JACINTO

CPF: 205.046.673-00

ADILINA FIRMINA BERNARDO MARQUES

ADILINA FIRMINA BERNARDO MARQUES

TITULAR DA CONTA

Nº do Cliente:

7255020

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438
de 20 de abril de 2002

fls. 22

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150

CEP 60135-040 | Fortaleza CE

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-9

Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima
sempre que entrar em contato conosco.

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 051572285

Rota F0J12U09 - 319946

Referência 02/2020

Norma ADILINA FIRMINA BERNARDO MARQUES

Endereço RU ARTUR DE SOUSA, 02011 - AP 308 BL 02, PLANALTO

AYRTON SENNA, 60766-120, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 17/02/2020

Medidor 5587195-FLE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

412140995064901000000770DA4E58847

DATAS DE LEITURA

P.F.: 28 dias

Anterior

20/01/2020

Atual

17/02/2020

Próxima prevista

17/03/2020



DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Excl. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	9.603	9.331	1,00	272	00	272	0,79893	217,31

DADOS DO FATURAMENTO

TARIFA

VALOR (R\$)

CIP - ILUM PUB PREF MUNIC

CONSUMO

ADICIONAL BAND. AMARELA

-

0,79893

0,00790

29,39

217,31

2,15

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	219,46	27,00	59,25
PIS	219,46	1,20	2,64
COFINS	219,46	5,53	12,14

VENCIMENTO

10/03/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

248,85

CONSUMO CONSCIENTE

CPF/CNPJ 360.222.683-20

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

0 - 100%

106,18

0,00

INFORMAÇÕES AO CLIENTE

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 21/01 - 31/01 Verde :
01/02 - 17/02SE VOCÊ RECEBEU DUAS FATURAS COM MESMO VENCIMENTO NO MÊS TEM
OPÇÃO DE PARCELAR EM 20X SEM JUROS. CASO POSSUA FATURAS EM
ABERTO REFERENTES A ESTA SITUAÇÃO REGULARIZE ATÉ 31/01/2020.

Paga 06/03

Nº do Cliente:

7255020

Referência:

02/2020

V: [1.0.0.7]

Data de Emissão:

17/02/2020

Total a Pagar (R\$):

248,85

0381 - 0946061702

Nº da Nota Fiscal:

051572285

Nº de Controle:

10009255931

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO



POLEGAR DIREITO



Adilina Ferreira

Bernardo Marques

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

RG 316858-81 2ª Via DATA DE EXPEDIÇÃO 06.01.89

NOME

ADILINA FIRMINA BERNARDO MARQUES

FILIAÇÃO

FRANCISCO MOREIRA MARQUES
MARIA NILCE BERNARDO MARQUES

NATURALIDADE

MARANGUAPE-CE

DATA DE NASCIMENTO

21.08.1960

DOC. ORIGEM

Cert. Nasc. nº 1.910, Lv. 3-A, Fls. 195v,
Cartório de Amajari, Maranguape-CE.

CPF

360.222.683-20

FORTA EZA, CE

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu, **FRANCISCO FERREIRA JACINTO**, brasileiro, motorista, portador da Carteira de Identidade nº 2000002082650 SSP (CE), CPF: 205.046.673-00, residente e domiciliado na Rua Artur de Sousa 2011, Ap. 308, BL 02, Planalto Ayrton Sena, Fortaleza (CE), CEP 60766-120, **DECLARO**, com base na Lei 7.115, de 29/08/1983, e para finalidade do disposto no Art. 4º, da Lei 1.060, de 05/02/1950, Constituição Federal, art. 5º, LXXIV, e Lei nº 14.859/2010, Art. 3º, combinado com o artigo 98 do Código de Processo Civil, que não posso arcar com às custas deste processo sem o sacrifício próprio e de minha família, responsabilizando-me integralmente pelo conteúdo da presente declaração.

Fortaleza (CE), 13 de fevereiro de 2020

FRANCISCO FERREIRA JACINTO

FRANCISCO FERREIRA JACINTO

CPF: 205.046.673-00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Ceará
Coordenadoria de Perícia Criminal
Núcleo de Perícia Externa



Laudo N° 192540 - 02 / 2019 T

LAUDO PERICIAL

Natureza do Exame: Ocorrência de Tráfego

Expedição para: 8º Distrito Policial





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Ceará
Coordenadoria de Perícia Criminal
Núcleo de Perícia Externa

Laudo Nº 192540 - 02 / 2019 T

LAUDO DE OCORRÊNCIA DE TRÁFEGO

PREÂMBULO

Em 14 de fevereiro de 2019, nesta cidade de Fortaleza, de acordo com a legislação e os dispositivos regulamentares vigentes, e na Coordenadoria de Perícia Criminal da Perícia Forense do Ceará, da Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social do Estado do Ceará, o coordenador em exercício Rômulo de Oliveira Lima designou o Perito Criminal Vinícius do Nascimento Aguiar para proceder ao exame acima referido, a fim de ser atendida a solicitação da CIOPS(I20190004517).

Findos os trabalhos o infrafirmado passa a apresentar os resultados dos procedimentos executados sistematicamente, à luz de princípios técnico-legais do sistema Criminalístico.

HISTÓRICO

Atendendo a solicitação supracitada por volta das 21:20h do dia 14 de fevereiro de 2019, esta equipe pericial composta pelo técnico acima citado, compareceu na cruzamento da Rua Artur de Souza com a Rua Parque Humari, Planalto Ayrton Senna, Fortaleza, onde segundo informações da CIOPS havia uma ocorrência de tráfego. Assim o perito deu início aos trabalhos técnicos-periciais, que se faziam mister.

DO LOCAL

No local do evento, a Rua Artur de Souza é um logradouro simples, reto, plano, pavimentado em camada asfáltica, através do qual o tráfego se processa no sentido de Leste para Oeste e em sentido contrário, encontrava-se em bom estado de conservação.

DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS

Veículo V1: Marca/modelo GM/Celta, tipo automóvel, placa HXD-4106, cor: prata, registrado em nome de Jose Leomari Nunes Feijo, guiado por Daniel Ferreira Feijo, registro: 01667961017, categoria: B.

Veículo V2: Marca/modelo Honda/CG150 Titan ES, tipo motocicleta, placa HYO-3007, cor: cinza, registrado em nome de Francisco Ferreira Jacinto, guiado por condutor não identificado pela equipe pericial.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Ceará
Coordenadoria de Perícia Criminal
Núcleo de Perícia Externa

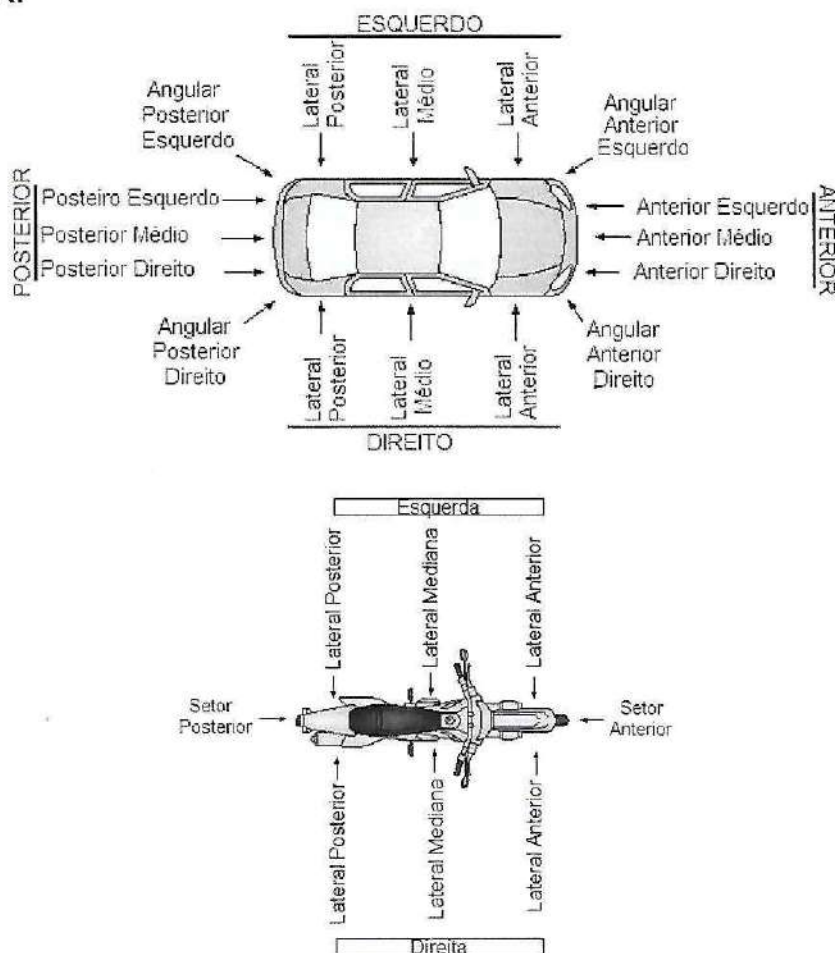
Laudo N° 192540 - 02 / 2019 T

DOS EXAMES

Prosseguindo os exames de praxe para fatos desta natureza, constatou-se o seguinte:

- O **veículo V1** encontrava-se com danos nos setores anterior esquerdo, lateral anterior esquerdo e angular anterior esquerdo;
- O **veículo V2** encontrava-se com danos relacionados à colisão no setor anterior; e danos relacionados ao arrasto com o pavimentos nos setores lateral anterior esquerdo, lateral mediano esquerdo e lateral posterior esquerdo.

LEGENDA:



DE OUTROS ELEMENTOS

O sítio de colisão ficou determinado pela posição final do automóvel e pelas marcas de fricção no piso localizado no cruzamento acima descrito.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Ceará
Coordenadoria de Perícia Criminal
Núcleo de Perícia Externa

Laudo Nº 192540 - 02 / 2019 T

A Rua Artur de Souza não apresentava faixa horizontal central indicando a separação das faixas que transitam por ela. Por esse motivo, foi realizada a medição da largura da via e a posição final do automóvel. A via apresentava largura de nove metros (9m), e o setor angular anterior esquerdo do automóvel, estava a quatro metros e sessenta e um centímetros (4,61m) da calçada da margem Norte da via.

DINÂMICA DA OCORRÊNCIA

Com base nos elementos do conjunto estático do local, pode o perito informar que o acidente de trânsito em estudo obedeceu a seguinte mecânica:

O veículo V1 (Celta) trafegava na Rua Artur de Souza no sentido de Leste para Oeste.

O veículo V2 (motocicleta) trafegava na Rua Artur de Souza no sentido de Oeste para Leste.

Ao chegar no local do evento, o veículo V1 iniciou manobra de conversão à esquerda para acessar a Rua Parque Humari, quando as condições de trânsito e segurança não lhe eram favoráveis, resultando em colidir com o veículo V2.

Estabelecido o embate, o veículo V1 finalizou próximo ao sítio de colisão, enquanto V2 finalizou parcialmente sobre a calçada Sul da via, a sete metros e oitenta e oito centímetros (7,88m) da linha do setor angular anterior esquerdo de V1.

CONCLUSÃO

Diante do estudo e interpretação dos vestígios materiais constatados no local, conclui-se que a causa determinante do acidente foi o fato de o condutor do Celta(placa HXD-4106) iniciar manobra de conversão à esquerda, quando as condições de trânsito e segurança não lhe eram favoráveis, resultando em colidir com a motocicleta(placa HYO-3007) que trafegava regularmente em sua faixa de trânsito, nas circunstâncias analisadas e descritas.

Nada mais havendo a lavrar, fica encerrado o presente laudo.

Fortaleza, 27 de março de 2019

Vinicius do Nascimento Aguiar
 PERITO CRIMINAL

Luiz Abner Carneiro
 Mat. 115333-1-0
 Supervisor(a) Núcleo de Controle
 Cartorial e Expediente-COPE-C





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Ceará
Coordenadoria de Perícia Criminal
Núcleo de Perícia Externa

Laudo Nº 192540 - 02 / 2019 T

FOTOGRAFIAS 1

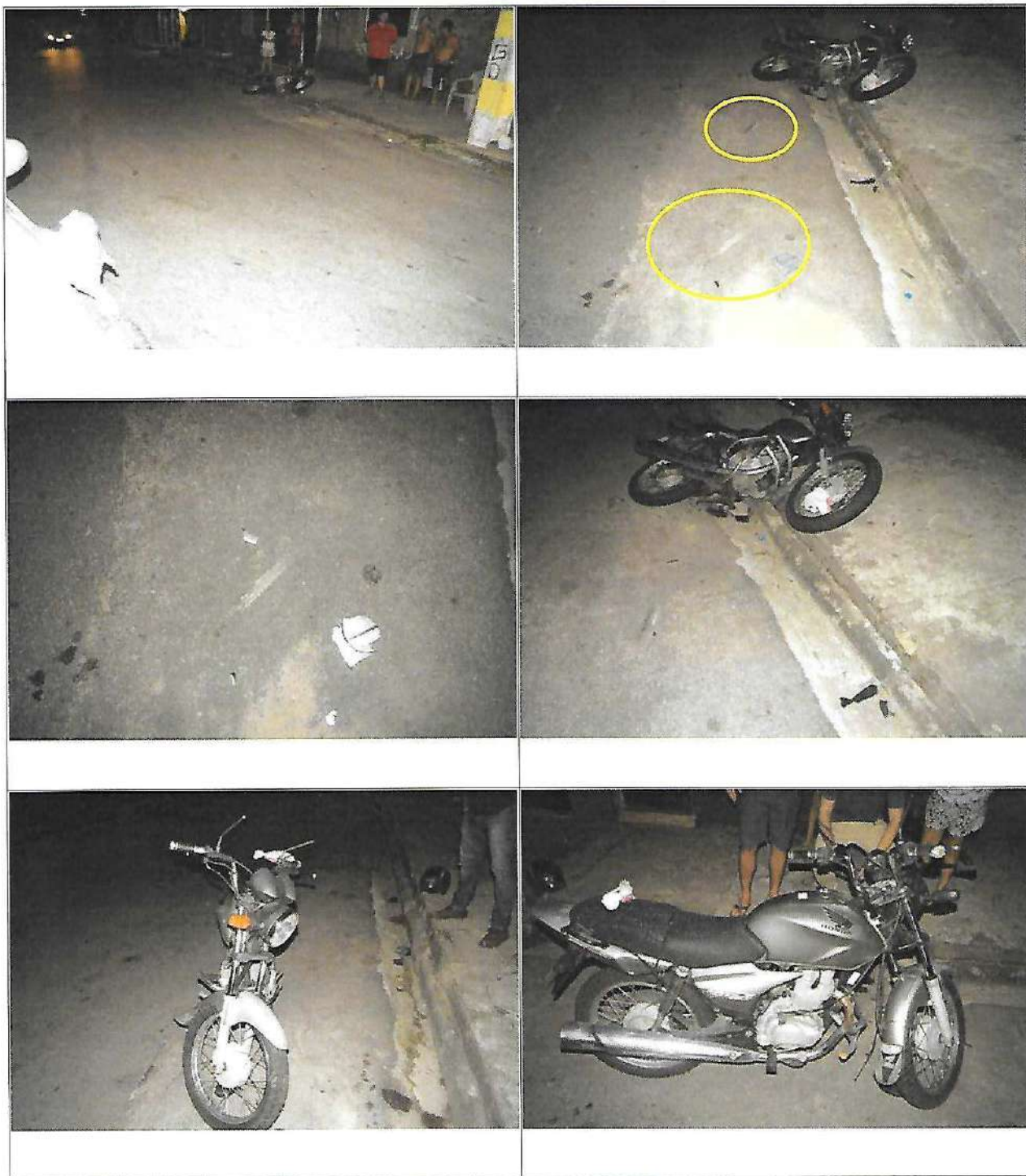




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Ceará
Coordenadoria de Perícia Criminal
Núcleo de Perícia Externa

Laudo Nº 192540 - 02 / 2019 T

FOTOGRAFIAS 2

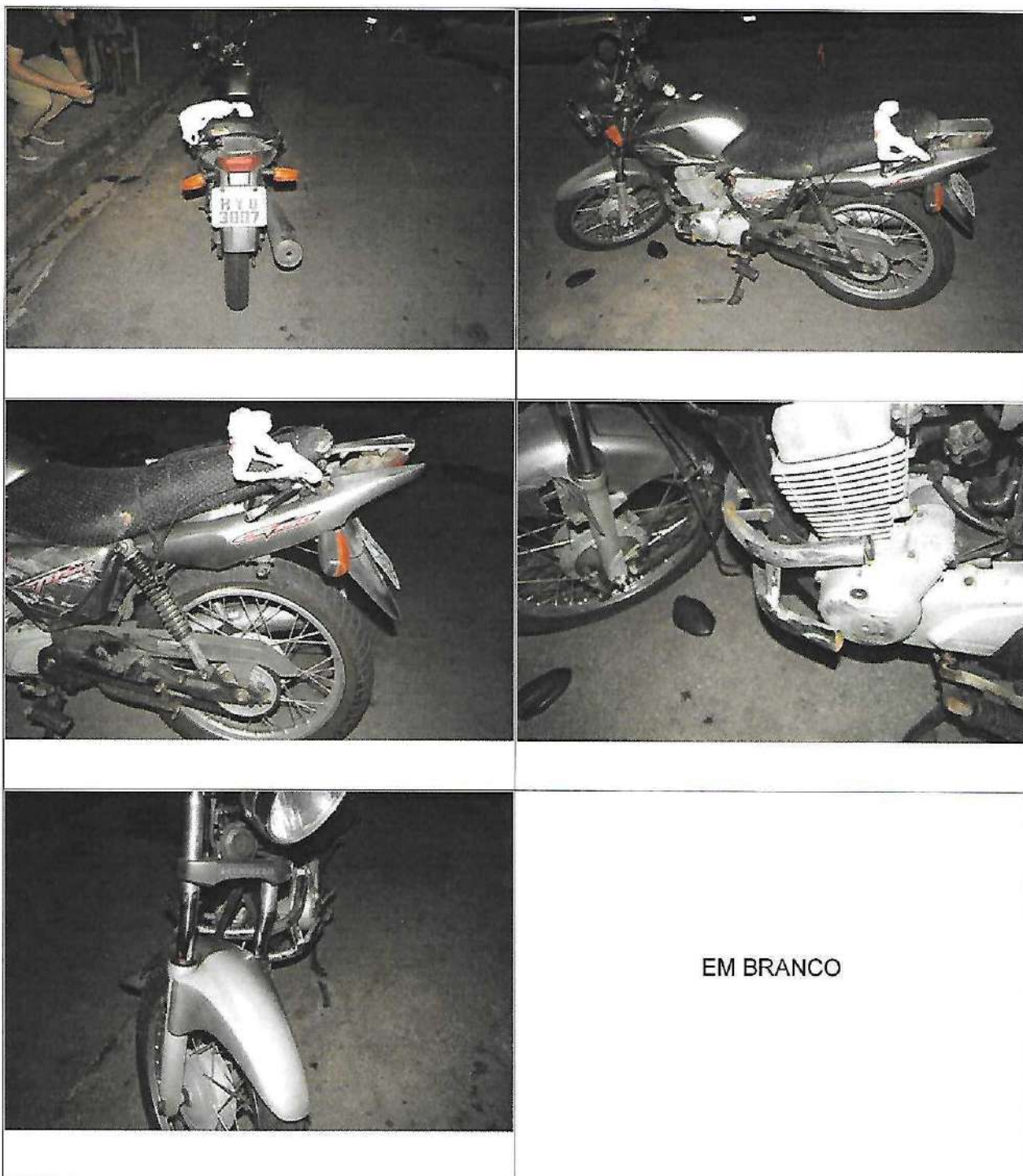




GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Segurança Pública e Defesa Social
Perícia Forense do Ceará
Coordenadoria de Perícia Criminal
Núcleo de Perícia Externa

Laudo Nº 192540 - 02 / 2019 T

FOTOGRAFIAS 3





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO
Impresso nº 2019397066

fls. 33



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1925 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **13/06/2019 11:45:13**
Data / Hora da Ocorrência: **14/02/2019 14:50:00**
Endereço da Ocorrência: **RUA ARTUR DE SOUSA**
Complemento:
Bairro: **MONDUBIM** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **PROX AO COND MORATA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO FERREIRA JACINTO**
Nascimento: **04/01/1960** CPF: **205.046.673-00**
RG: **2000002082650** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **CARMOSA FERREIRA JACINTO**
JOAO JACINTO SOBRINHO
Endereço: **RUA ARTUR DE SOUSA, 2011 CASA**
Bairro: **PLANALTO AYRTON SENNA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.766-120**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98680-0407**

Noticiante(s)

Nome: **JOAO LUIZ MARQUES JACINTO**
Nascimento: **30/10/1996** CPF: **059.830.003-14**
RG: **2005009019806** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **ADILINA FIRMINA BERNARDO MARQUES**
FRANCISCO FERREIRA JACINTO
Endereço: **RUA ARTHUR DE SOUSA, 2011 CASA**
Bairro: **PLANALTO AYRTON SENNA** CEP: **60.766-120**
Município: **FORTALEZA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99663-0460**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **HXD4106** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BGRD08X03G218940** Renavam: **808936115** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEL** Marca / Modelo: **GM/CELTA 3 PORTAS** Ano Fabricação: **2003** Ano Modelo: **2003** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRATA** Proprietário: **JOSE LEOMARI NUNES FEIJO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **HYO3007** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2KC08508R114855** Renavam: **988935015** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 150 TITAN ES** Ano Fabricação: **2008** Ano Modelo: **2008** Combustível: **GASOLINA** Cor: **CINZA** Proprietário: **FRANCISCO FERREIRA JACINTO** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

AFIRMA O NOTICIANTE(FILHO) QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE A VITIMA(PAI) PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRÂNSITO
 Impresso nº 2019397066



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1925 / 2019

HYO-3007-CE; QUE TRAFEGAVA PELA RUA ARTUR DE SOUSA; QUE UM OUTRO VEICULO DE PLACAS HXD-4106, CONDUZIDO POR DANIEL FERREIRA FEIJO, QUE VINHA NO SENTIDO CONTRARIO DA VIA E AO TENTAR EFETUAR UMA CONVERSAO A ESQUERDA NA VIA, OCASIONOU A COLISÃO COM A MOTO DA VITIMA NA VIA; QUE, APÓS O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADA; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDA PELO SAMU, SENDO LEVADA PARA ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE; QUE O NOTICIANTE APRESENTOU PROCURAÇÃO PÚBLICA DO CARTÓRIO CAVALCANTI FILHO. E NADA MAIS DISSE.///

OBS.:FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.
 PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL:6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 8. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

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

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

Bel. Evandro Alves de Souza
 Delegado de Polícia
 MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699



DECLARAÇÃO



SAMU
192

REGIONAL FORTALEZA

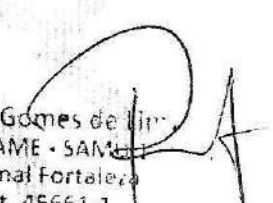
Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Francisco Ferreira Jacinto** - C.P.F. **205.046.673-00**, no dia **14/02/2019**, às **15h45min**, na **Rua Artur de Souza**, no **Bairro Mondubin**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido pelo Sr. **Felipe Paiva de Sousa**. Processo nº **P560782/2019**.

Fortaleza, 27 de fevereiro de 2019.

Atenciosamente,


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

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Reinaldo Silva Machado
Protocolo/SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 54558-1

Reinaldo Silva Machado
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vit. de 45 anos, masculino, com queixa de dor no membro superior direito, apresentando fratura + luxação do ombro em nível da articulação glenohumeral. No momento consciente.

[Assinatura]

ASS. / COREN: 150128

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.: *[Assinatura]*

DESTINO DO PACIENTE

☒ UNIDADE DE SAÚDE: *H.D.T.*

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

[Assinatura]

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 15A 04 PONTO DE APOIO: HMF Nº DA OCORRÊNCIA: 0613
DATA: 14/02/19 TURNO: MT EQUIPE: Falcão / Pontes / Vargues
NOME: Francisco Ferreira Salento IDADE: 59 SEXO: M
ENDEREÇO: R. Antenor de Sousa 1575
REFERÊNCIA: Ba'la BAIRRO: Modabim
QTY: 15:08 QUS: QUY: QUI: 16:20
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão Moto - Carro

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO EXPANSÃO TORÁCICA PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)

☒ RESPONSIVO
☐ NÃO RESPONSIVO☒ PRESENTE
☐ AUSENTE☒ PRESENTE
☐ AUSENTE☒ PÉRVEAS ☐ OBSTRUÍDAS

POR:

A
Visão/ouvidos

PADRÃO

RESPIRATÓRIO

☒ EUPNEICO
☐ TAQUIPNEICO
☐ BRADIPNEICO
☐ AGÔNICA/AUSENTE

INSPEÇÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

PALPAÇÃO/PERCUSSÃO

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:

AUSCULTA

☒ NORMAL
☐ ALTERADA:B
Respiração

PULSO

☒ NORMOCÁRDICO ☐ CHEIO
☐ TRAQUICÁRDICO ☐ FILIFORME
☐ BRADICÁRDICO ☐ IMPALPÁVEL

LOCAL:

PELE

☒ CORADA ☐ SUDOREICA
☐ PÁLIDA ☐ SECA
☐ CIANÓTICA ☐ QUENTE
☐ FRIAENCHIMENTO
CAPILAR☒ ≤ 2 seg
☐ > 2 segSANGRAMENTO
EXTERNO☒ SIM
☐ NÃOC
Circulação

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)

ABERTURA OCULAR

ESPONTÂNEA ☒ 4
À VOZ ☒ 3
À DOR ☒ 2
NENHUMA ☐ 1

TOTAL:

15

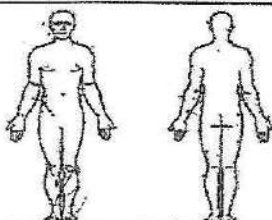
RESPOSTA VERBAL

ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☒ 5
CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☒ 4
PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☒ 3
SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☒ 2
NENHUMA ☐ 1

RESPOSTA MOTORA

OBEDECE A COMANDOS ☒ 6
LOCALIZA A DOR ☒ 5
MOVIMENTO DE RETIRADA ☒ 4
FLEXÃO ANORMAL ☒ 3
EXTENSÃO ANORMAL ☒ 2
NENHUMA ☐ 1PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADASD
Neurologia

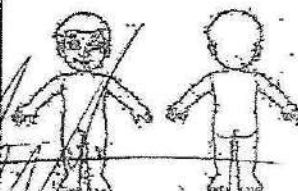
ADULTO



LESÕES

Fratura MTE

PEDIÁTRICO

E
Exatidão

SAMPLA

FC: 85 PA: 130/80 FR: GLUC: OXIM: 96% TEMP:

Paciente VBA para USG

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão moto carro. Nega sintomas. Alerta, orientado. Apresentando laceração + fratura em M.I.E. com perda de 2 pedacinhos. Removido por USB 17/11/2020

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE.

☒ UNIDADE DE SAÚDE:☐ LIBERADO☐ RECUSA☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →☐ NO LOCAL☐ DURANTE O TRANSPORTE☐ OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO:

☒ SIM☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO DA UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

EM: / / às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EM: / /

TERMO DE RECUSA

EU, _____ RG / CPF _____

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO SAMU EM: / / às hs, ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MINHA DECISÃO.

ASSINATURA:



ANTONIO
PRUDENTE

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que FRANCISCO FERREIRA JACINTO portador do CPF:205.046.673-00, beneficiário do plano Hapvida (CÓD.:57752000228006012), deu entrada no Hospital Antonio Prudente, no dia 14/02/2019, para atendimento, nas emergências cirúrgica e traumatológica, conforme registros:56941158, 56944454 e 56946272.

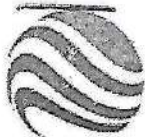
Fortaleza, 18 de Fevereiro de 2019.

Atenciosamente,


BRUNA CLEMENTINO QUEIROZ

Bruna Clementino Queiroz
Assistente Social
Cress 4079

Fone: (85) 3277 4000 – Fax: (85) 3277 4220
Av. Aguanambi, nº 1827 – Bairro de Fátima
Fortaleza-Ce / CEP 60055-401



**ANTONIO
PRUDENTE**

**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

Atendimento
56941158



fls. 41

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

30/04/2019 14:37:53

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11354032	FRANCISCO FERREIRA JACINTO	M	04/01/1960	59
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2000002082650 SSP CE	20504667300		1-CASADO	
Endereço				
R ARTUR DE SOUSA,21 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 61666666				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
989388741				

DADOS DO CONVENIO

Convenio			
22 HAPVIDA MA RIZ	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57752000228006012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
14/02/2019	16:30		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2585251 FILIPE SANCHO DE MÂCEDO			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) ALINE BRITO DA SILVA

CONFERE O PRONTUÁRIO
W. Felipe 1198
Assinatura



ANTONIO
PRUDENTE

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
56944454



fls. 42

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

30/04/2019 14:42:32

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11354032	FRANCISCO FERREIRA JACINTO	M	04/01/1960	59
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
2000002082650 SSP CE	20504667300		1-CASADO	
Endereço				
R ARTUR DE SOUSA,21 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 61666666				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
989388741				

DADOS DO CONVENIO

Convenio	AUTO VIACAO SAO JOSE LTDA		
22 HAPVIDA MATRIZ	14 NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO		
Carteira	Validade		
57752000228006012			

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
14/02/2019	19:51		4 CONSULTA RETORNO
Médico Atendente			Clinica
3288765 RAFAEL DE SOUZA ARANHA BRAUNER			1-MEDICA
Médico Acompanhante		Peso (Kg)	Temperatura (°C)
<u>AGUARDAR ATENDIMENTO NO GRUPO DE CONSULTORIOS ==> ALA AZUL</u> <u>CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL</u>			
CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO			

R4310RA -(1.10) ALINE BRITO DA SILVA

CONFERE O PRONTUÁRIO
198

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

fls. 43

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

30/04/2019 14:43

Paciente: FRANCISCO FERREIRA JACINTO	Dt. Nasc.: 04/01/1960	Atendimento: 56944454	Prontuário: 11354032
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto:	Leito: /	
Profissional(is): RAFAEL DE SOUZA ARANHA BRAUNER CRM 17946 [1]		Nº: 34004917	14/02/2019 às 22:45

ANAMNESE

Queixa Principal

#FRANCISCO FERREIRA JACINTO

[1]

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FRATURA EXPOSTA DE TIBIA A ESQUERDA, EVOLUINDO COM SANGRAMENTO IMPORTANTE DE LESÃO, CHOQUE HIPOVOLEMICO E REBAIXAMENTO DO NICES DE CONSCIÊNCIA REALIZADO FAST DE ABDOME QUE NAO EVIDENCIOU LIQUIDO LIVRE NA CAVIDADE.
 AO EXAME NO MOMENTO
 - SONOLENTO, DESPERTÁVEL, PARCIALMENTE ORIENTADO, PUPILAS ISOCORIAS E FR
 - PA 90X60MMHG APÓS 2L DE CRISTALÓIDE E 01 CH
 - FC 136 BPM
 - ABD FLACIDO INDOLOR SEM SINAIS DE IRRITACAO PERITONEAL
 - MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FX EXPOSTA DE TIBIA (FRATURA DE PLATO TIBIAL), COM LESÃO DE 1º 2º E 3º PODODACTILOS POR ARRANCAMENTO. COM CURATIVO COMPRESSIVO PORÉM COM SANGRAMENTO ATIVO

PACIENTE INSTAVEL HEMODINAMICAMENTE COM PROVAVEL LESÃO VASCULAR DE MEMBRO INFERIOR, POSSIVELMENTE POR FRATURA DE TIBIA, COM NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO DE URGÊNCIA - ENTRADO EM CONTATO COM TRAUMA DE PLANTAO (DR FELIPE SANCHO) E CIRURGIAO VASCULAR (DR NOLETO) QUE IRAO REALIZAR PROCEDIMENTO COM URGENCIA.

ENTRADO EM CONTATO COM DR FRANCISCO SOUTO - CIENTE DA NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO CIRURGICO; PACIENTE AUTORIZADO A SUBIR PARA CENTRO CIRURGICO COMO RISCO IMINENTE

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

99 <CID10 NÃO AGRUPADOS>

[1]

CID10

S85 TRAUM DE VASOS SANGUINEOS DA PERNA

[1]

Alergias

Não

[1]

Medicação Em Uso

Não

[1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não

[1]

99

[1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim

[1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S85 TRAUM DE VASOS SANGUINEOS DA PERNA

[1]

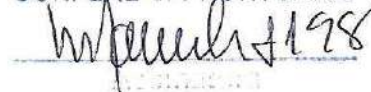
CID10

S85 TRAUM DE VASOS SANGUINEOS DA PERNA

[1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFERE CI/PRONTUÁRIO



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por LUZEMAR VANDERLEI E SILVA e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 15/04/2020 às 17:53, sob o número 0223474-73.2020-8-06-0001 e código 64B2D1C. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0223474-73.2020-8-06-0001 e código 64B2D1C.

14/02/2019 16:47

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

Paciente: FRANCISCO FERREIRA JACINTO

Dt. Nasc.: 04/01/1960

Atendimento: 56941158

Prontuário: 11354032

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto:

Leito: /

Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MACEDO CRM 15158 [1]

Nº: 33990111 14/02/2019 às 16:37

ANAMNESE

Queixa Principal

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO [1]

DOR EM REGIAO DE PERNA ESQUERDA E PE ESQUERDO

SOLICITO RX

SEM PREDA DE CONCIENCIA .
CONSCIENTE E ORIENTADO

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial

43 DOR ARTICULAR [1]

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

Alergias

Não [1]

Medicação Em Uso

Não [1]

Antecedentes Patológicos Familiar

Não [1]

EXAME FÍSICO

Dispensar preenchimento de Sinais Vitais?

Sim [1]

DIAGNÓSTICO

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CID10

S800 CONTUSAO DO JOELHO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE

CONFIRMAÇÃO DE PRONTUÁRIO
 m. paulo 4198
 Assinatura

56946272



ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

28/02/2019 08:03:42

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11354032	FRANCISCO FERREIRA JACINTO	M	04/01/1960	59
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	20504667300		1-CASADO	
Endereço				
R ARTUR DE SOUSA 21 MONDUBIM FORTALEZA-CE CEP:61666666				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
989388741		CARMOSA FERREIRA JACINTO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116300-RECEPCAO EMG ADULTO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
14/02/2019	23:45		
Médico Atendente	Clínica		
72940158 LUCIANA CASCAO LIMA	4-CIRURGICA		
Médico Acompanhante	Tipo Atendimento		
72940158 LUCIANA CASCAO LIMA	0 INTERNACAO		
Avaliação médica			
01344564 30730074 021031017			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano
22-HAPVIDA MATRIZ	AUTO VIACAO SAO JOSE LTDA
Carteira	Validade
57752000228006012	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA - COLETIVO

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
POSTO 1B	1017 ENFERMARIA	02	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
38440592	99996666	C99962557	INTERNACAO
38440592	30729173	C99962557	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE - TRATAMENTO CIRURGICO
Material - 99800302 - FIO DE KIRSCHNER - QTDE: 8			
Material - 99832909 - FIXADOR EXTERNO LINEAR P/ FEMUR E TIBIA - QTDE: 1			
38440592	30101522	C99962555	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISAO E RETALHOS CUTANEOS DA REGIAO
38440592	30725160	C99963059	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS COM FIXADOR EXTERNO
38440592	30732026	C99962558	ENXERTO OSSEO
38444943	28010469	IA0667637	COLOR (SANGUE)
38444943	28010337	IA0667483	CALCIO IONICO
38444943	28010299	IA0667303	BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES
38444943	28010116	IA0667132	ACIDO LACTICO
38444943	28010540	IA0667830	CREATININA
38444944	28011210	IA0668693	POTASSIO
38444944	28011120	IA0668474	MAGNESIO
38444944	28010973	IA0668308	GLICOSE EM JEJUM
38444944	28010965	IA0668151	GASOMETRIA (PH,PCO2,P02,BIC,SA 02,EXCESSO BASE)
38444944	28011244	IA0668909	PROTEINAS TOTAIS E FRACOES
38444945	28011279	IA0669083	SODIO (SANGUE)



ANTONIO
PRUDENTE

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Declaramos para os devidos fins que FRANCISCO FERREIRA JACINTO portador do CPF:205.046.673-00, beneficiário do plano Hapvida (CÓD.:57752000228006012), deu entrada no Hospital Antonio Prudente, no dia 14/02/2019, para atendimento, nas emergências cirúrgica e traumatológica, conforme registros:56941158, 56944454 e 56946272.

Fortaleza, 18 de Fevereiro de 2019.

Atenciosamente,

18/02/19. 

Bruna Clementino Queiroz

Assistente Social

Cress 4079

Fone: (85) 3277 4000 – Fax: (85) 3277 4220
Av. Aguanambi, nº 1827 – Bairro de Fátima
Fortaleza-Ce / CEP 60055-401



ANTÔNIO
PRUDENTE

ATESTADO MÉDICO

Atesto aos devidos fins que o Sr. **FRANCISCO FERREIRA JACINTO**, com prontuário 11354032 esteve internado por motivo de doença no Hospital Antonio Prudente no período de 14 de fevereiro de 2019 até 02 de março de 2019.

CID 10: S82.1

DR. GILNEY SANTOS
MÉDICO ASSISTENTE
CRM 9656

Fortaleza, 08 de Março de 2019

BOLETIM DE CIRURGIA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2019 08:34

Paciente: FRANCISCO FERREIRA JACINTO Dt. Nasc.: 04/01/1960 Atendimento: 56946272 Prontuário: 11354032
Convênio: HAPVIDA MATRIZ Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR Leito: 133410/1

Profissional(is): FILIPE SANCHO DE MACEDO, MÉDICO, CRM 15158 [1] Nº: 34006630 14/02/2019 às 23:51

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Cirúrgico S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA [1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia 14/02/2019 [1]

Cirurgia TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PLATO TIBIAL(FIXAXAO EXTERNA TRANSARTICULAR - FEMUR X TIBIA) + FRATURA DE ANTEPE + AMPUTACAO DE 1 E 2 PD - A ESQUERDA [1]

Cirurgião DR FILIPE SANCHO [1]

1º Auxiliar DR NEIAS [1]

Anestesista DR BIANCA [1]

Descrição Cirúrgica [1]

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB EFEITO ANESTESICO
2. ASEPSIA, ANTISSEPISIA E APOSICAO DE CAMPOS OPERATORIOS
3. PACIENTE EM ESTADO GRAVE, CHOQUE HIPOVOLEMICO, COM NECESSIDADE DE ABORDAGEM DE CONJUNTA EM REGIME DE URGENCIVIA PELA ORTOPEDIA CIRURGIA VASCULAR.
3. ACHADOS: FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO COM GRANDE EDEMA DE PARTES MOLES EM REGIÃO PROXIMAL DO JOELHO ESQUERDO, LESAO CORTO CONTUSA EXTENSA EM REGIAO DE PERNA ESQUERDA, AMPUTACAO TRAUMATICA DE PRIMEIRO E SEGUNDO PODODACTILO, FRATURA EXPOSTA EM PRIMEIRO METATARSO E EM FALANGES DE 3 E 4 PODODACTILOS
4. REALIZADO DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS E LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA DE FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL
5. REALIZADO ALINHAMENTO DA FRATURA DO PLATO TIBIAL E FIXACAO EXTERNA TRANSARTICULAR(DE FEMUR A TIBIA) COM FIXADOR EXTERNO 350MM
6. REALIZADO SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS EM PERNA ESQUERDA
7. REALIZADO AMPUTACAO DE PRIMEIRO PODODACTILO E EM FALANGE DE SEGUNDO PODODACTILO, DEVIDO A INVIABILIDADE VASCULAR E ESMAGAMENTO DE TECIDOS MOLES .
- 8 REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PRIMEIRO METATARSO(ANTEPE) COM APOSICAO DE ENXERTO OSSEO DEVIDO A GRAVIDADE DA LESAO
9. SUTURA DE LESOES ADJACENTES INCLUINDO LESAO EXTENSA REGIAO POSTERIOR DE CALCANEIO
- 10- EQUIPE DA CIRURGIA VASCULAR DA CONTINUIDADE A PROCEDIMENTO COM INVESTIGACAO DE LESAO VASCULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Códigos Dos Procedimentos 30725160 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA COM FIXADOR EXTERNO [1]
30732026- ENXERTO OSSEO
30729173- FRATURA DE ANTEPE
30101522- DESBRIDAMENTO DE EXTENSOS FERIMENTOS



BOLETIM DE CIRURGIA

Reg.: Nome: **FRANCISCO FERREIRA JACINTO** Leito:

Convênio: **HAP** Plano: **ENF** Data: **14/02/2019**

Diagnóstico Clínico: **FRATURA DE PLATO TIBIAL**

Diagnóstico Cirúrgico: **SUSPEITA DE LESAO**

VASCULAR

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

DDH + JA FIXADO PELA ORTOPEDIA

PUNÇÃO RETROGRADA DE AFCE

INTRODUTOR 5FR E ARTERIO CONTRASTE

ESPAMO EM ARTERIA POPLITEA E DISTAIS

SEM OCLUSOES OU DISSECÇÕES

EXPLORAÇÃO VASCULAR E FASCIOTOMIA LATERAL, SEM EVIDENCIA DE TRAUMAS OU LESOES EM TERÇO MEDIO DA FASCIA

RETIRADO INTRODUTOR E CURATIVO OCLUSIVO

PUNÇÃO DE AVC EM VJID

Condições do Paciente:

Temp	Pulso	Resp.	P.A.	Gerais

Anestésico: **GERAL**

Condições Durante a Anestes

SEM INTERCORRÊNCIAS

Operações: **DHS**

Início: **21:00** Fim: **22:00**

Órgãos Explorados e Achados Patológicos:

ANGIOGRAFIA NAO SELETIVA

ANGIOGRAFIA SELETIVA RAMO 1

ANGIOGRAFIA SELETIVA RAMO 2

ACESSO CENTRAL 30913012

Contagem de Compressa:

Pós-operatório:

FASCIOTOMIA

EXPLORAÇÃO VASCULAR

Operador: **NOLETO** 1º Auxiliar: **ANDRE + TICIANO** Anestesista:

Dr. André Farias
Cirurgia Vascular e Endovascular
REMEC 12.357 * RQE 8323



BOLETIM DE CIRURGIA

AT.: Nome: FRANCISCO FERREIRA JACINTO Leito:

Convênio: HAP Plano: Data:

Diagnóstico Clínico: FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO

Diagnóstico Cirúrgico: AMPUTAÇÃO ANTEPE DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB EFEITO ANESTESICO
 2. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E APOSICAO DE CAMPOS OPERATORIOS
 3. PACIENTE EM ESTADO GRAVE, CHOQUE HIPOVOLEMICO, COM NECESSIDADE DE ABORDAGEM DE CONJUNTA EM REGIME DE URGENCIA PELA ORTOPEDIA CIRURGIA VASCULAR.
 3. ACHADOS: FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL ESQUERDO COM GRANDE EDEMA DE PARTES MOLES EM REGIÃO PROXIMAL DO JOELHO ESQUERDO, LESAO CORTO CONTUSA EXTENSA EM REGIAO DE PERNA ESQUERDA, AMPUTAÇÃO TRAUMATICA DE PRIMEIRO E SEGUNDO PODODACTILO, FRATURA EXPOSTA EM PRIMEIRO METATARSO E EM FALANGES DE 3 E 4 PODODACTILOS
 4. REALIZADO DESBRIDAMENTO DE TECIDOS DESVITALIZADOS E LIMPEZA CIRURGICA EXAUSTIVA DE FRATURA EXPOSTA DO PLATO TIBIAL
 5. REALIZADO ALINHAMENTO DA FRATURA DO PLATO TIBIAL E FIXAÇÃO EXTERNA TRANSARTICULAR COM FIXADOR EXTERNO 350MM
 6. REALIZADO SUTURA DE EXTENSOS FERIMENTOS EM PERNA ESQUERDA
 7. REALIZADO AMPUTAÇÃO DE PRIMEIRO PODODACTILO E EM FALANGE DE SEGUNDO PODODACTILO, DEVIDO A INVIABILIDADE VASCULAR E ESMAGAMENTO DE TECIDOS MOLES.
 8. REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE PRIMEIRO METATARSO(ANTEPE) COM APOSIÇÃO DE ENXERTO OSSEO DEVIDO A GRAVIDADE DA LESAO
 9. SUTURA DE LESOES ADJACENTES INCLUINDO LESAO EXTENSA REGIAO POSTERIOR DE CALCANEIO
 - 10- EQUIPE DA CIRURGIA VASCULAR DÁ CONTINUIDADE A PROCEDIMENTO COM INVESTIGAÇÃO DE LESAO VASCULAR EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO
- 30725160 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA COM FIXADOR EXTERNO
- 30732026- ENXERTO OSSEO
- 30729173- FRATURA DE ANTEPE
- 30101522- DESBRIDAMENTO DE EXTENSOS FERIMENTOS

Dr. José Nolas A. Ribeiro
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 12651 / TROF 16034

Dr. Felipe Augusto de Macedo
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Mão e Cotovelo
CREMEC 12651 / TROF 16034

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2019 08:13:38

Paciente: FRANCISCO FERREIRA JACINTO	Dt. Nasc.: 04/01/1960	Atendimento: 56946272	Prontuário: 11354032
Convênio: HAPVIDA MATRIZ	Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Leito: 133410/1	
Profissional(is): ANA PAULA GOMES, ENFERMEIRO(A), COREN 544404 [1]		Nº: 34007125	15/02/2019 às 00:13

DADOS DA ADMISSÃO

Data Da Cirurgia	15/02/2019	[1]
Hora Da Cirurgia	00:13	[1]
Cirurgia	FRATURA EXPOSTA	[1]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Identificação Do Paciente	Sim.	[1]
Opme Checado Em Sala Cirurgica	Sim.	[1]
Equipamentos Checados Em Sala Cirurgica	Sim.	[1]
Alergias Do Paciente São Conhecidas	Não.	[1]
Medicações Anestésicas Checadas Em Sala Cirurgica	Sim.	[1]
Confirmação De Reserva E Disponibilidade De Hemocomponentes Se Risco De Perda Sanguínea	Não.	[1]
Via Aérea Difícil	Não.	[1]
Confirmação De Vaga Em Uti	Sim.	[1]
Kit Cirurgico Completo Em Sala	NÃO. PACIENTE DE EMERGENCIA	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Cirurgia	NÃO. PACIENTE DE EMERGENCIA	[1]
Termo De Consentimento Esclarecido E Concedido- Anestesia	SIM.	[1]
Sítio Demarcado Pelo Cirurgião	SIM.	[1]
Verificação De Anestésica Concluída	SIM.	[1]
Oxímetro De Pulso No Paciente Em Funcionamento	SIM.	[1]

ANTES DA INCISÃO CIRÚRGICA

Todos Os Membros Da Equipe Se Apresentaram Pelo Nome E Função	Sim.	[1]
Lateralidade Do Procedimento	Esquerda.	[1]
Paciente Certo	Sim.	[1]
Sítio Cirúrgico Identificado	Sim.	[1]
Procedimento	SIM.	[1]

ANTECIPAÇÃO EVENTOS CRÍTICOS

Há Material/Instrumental Específico Para O Procedimento A Ser Realizado	Sim.	[1]
Checação Completa Dos Equipamentos	Sim.	[1]
Antibioticoprofilaxia Realizada Nos Últimos 60 Minutos	Sim. KEFAZOL 2 G	[1]
Checação Completa Das Medicações Anestésicas	Sim.	[1]
Equipamento necessário ao procedimento em sala e funcionando	Sim.	[1]
Esterilização Do Material Confirmada E Validada	Sim.	[1]
Etapas Críticas, Duração E Perdas Sanguíneas Foram Previstas	SIM. PACIENTE CHEGOU EM SALA CHOCANDO.	[1]

Dr. João Nilton A. Ribeiro
 Clínica de Traumatologia
 CRP-PR 125178/1-1034

CHECKLIST CIRURGIA SEGURA

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE

15/02/2019 08:38

Paciente: FRANCISCO FERREIRA JACINTO

Dt. Nasc.: 04/01/1960

Atendimento: 56946272

Prontuário: 11354032

Convênio: HAPVIDA MATRIZ

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/1

As Preocupações Específicas Em Relação Ao Paciente
Foram Compartilhadas SIM.

[1]

AO TÉRMINO DO PROCEDIMENTO

Todos Os Registros Relativos Ao Procedimento
Devidamente Realizados Sim.

[1]

As Contagem De Instrumentais Cirurgicos, Compressas
E Agulhas Estão Corretas Sim.

[1]

Amostra Para Anatomia Patologica Está Identificada E
Acondionada Corretamente Não.

[1]

Preenchimento De Guias E/Ou Relatórios Pelo Médico
Cirurgião Sim.

[1]

A Equipe Revisou Preocupações Para A Recuperação E
O Manejo Do Paciente SIM.

[1]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento SIM.

[1]

Posicionamento Cirúrgico Alinhado Ao procedimento

Especificar

DORSAL

[1]

Silvania
Marta Silvania M. Melo
Téc. de Enfermagem
COREN-CE 879.488

NOTA DE SALA

4597635 fls. 53

Atendimento:	56946272	Prontuário:	11354032	FRANCISCO FERREIRA JACINTO	HAPVIDA MATRIZ
Cirurgia(s):	30725160	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURAS COM FIXADOR	Tipo Anestesia:	GERAL	
	30729173	FRATURAS E/OU LUXACOES DO ANTEPE - TRATAMENTO CIRURGICO	30101522	EXTENSOS FERIMENTOS, CICATRIZES OU TUMORES - EXCISAO E RETALHOS CUTANEOS DA REGIAO	
Sala Cirúrgica:	30732026	ENXERTO OSSEO	Sala Cirúrgica:	SALA CC 07	
Equipe Médica:	CIRURGIAO	92274	LUIZ A NOLETO GUIMARAES	CRM	4534
		2585251	FILIFE SANCHO DE MÂCEDO	CRM	15158
	PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO	39255786	JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO	CRM	12051
	SEGUNDO AUXILIO CIRURGICO	3232263	TICIANO ADLER DE SOUSA SINDEAUX	CRM	13037
Setor Emissor:	CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	Apto.:	133410		

Código	Especificação	Qtde	Código	Especificação	Qtde
Materiais Médico-Hospitalares			Medicamentos		
31720	AGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50	34290	AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	3
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1	35181	ATROPINA 0,25 MG AMPL 1 ML	4
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	5	118477	DIMORF 10 MG AMP AMPL 1 ML	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	5	48542	DIPRIVAN 20ML AMPL 20 ML	1
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	50	40142	EFORTIL AMPL 1 UD	2
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	100	40479	FENTANIL 10ML FRAP 10 ML	1
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	60	41327	HYPNOMIDATE 20MG/10ML AMPL 10 ML	1
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	6	42013	KEFAZOL 1 GR FRAP 1 UD	2
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1,30X1,60 - 1 UD	2	118895	NIMBIM 10MG AMPL 5 ML	2
81868	CANETA DESCARTAVEL P/BISTURI - 1 UD	1	50571	NORADRENALINA (HEMITARTARATO) 2MG/ML AMPL 4 ML	3
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1	43060	PROSTIGMINE AMPL 1 ML	4
33570	CATETER DUPLO LUMEN ADULTO P/PARENTERAL - 1 UD	1	43290	RINGER C/LACTATO 500ML TUBO 500 ML	2
30180	CATETER INTRA VENOSO 16 (JELCO) - 1 UD	1	77593	SEVORANE 250ML FRAS 250 ML	40
135865	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200	43788	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 1000 ML TUBO 1000 ML	4
135966	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	200	43796	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 250 ML TUBO 250 ML	1
112712	CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	250	43800	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500 ML TUBO 500 ML	2
50768	COLETOR DE URINA FECHADO - 1 UD	1	118970	ULTIVA 2MG FRAP 1 UD	1
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/S UD - 1 UD	7	45217	XYLOCAINA GELEIA 2% B/SN 30 GR	20
159415	EQUIPO BOMBA PARENTERAL B. BRAUN - 1 UD	1	45250	XYLOCAINA S/AD 2% ESTERIL AMPL 20 ML	1
27138	EQUIPO DE SORO SIMPLES - 1 UD	1			
60997	ESPARADRAPO TUBO 450 CM	150			
31771	EYER ETILICO (LICOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50			
76333	EXTENSOR 120CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
130523	EXTENSOR 40CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
130524	EXTENSOR 60CM C/2 VIAS - 1 UD	1			
119496	FIO MONONYLON (11631) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	4			
161606	FIO Q J&J MONONYLON (NM110X) - NYLON BLACK 4 - ENV 1 UD	2			
130987	FIXADOR EXTERNO LINEAR - 1 UD	1			
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	19			
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	7			
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1			
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1			
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1			
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	1			
30635	LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	5			
30651	LUVA DESC. ESTERIL N-7,0 - 1 PA	9			
30660	LUVA DESC. ESTERIL N-7,5 - 1 PA	6			
30678	LUVA DESC. ESTERIL N-8,0 - 1 PA	1			
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5			
51004	MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM	100			
50849	PROPS DESCARTAVEL PCT 100 UD	5			
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1			
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2			
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	3			
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	4			
30361	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1			
31151	SONDA ENDOT. DESC. 8,0 C/BALAO - 1 UD	1			
31321	SONDA FOLEY COM 2 VIAS 14 - 1 UD	1			
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	2			
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30			

Data: 14/02/2019

Cirurgião: LUIZ A NOLETO GUIMARAES

Filiado: FILIFE SANCHO DE MÂCEDO

Pág. 1 de 1



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que o (a) paciente **FRANCISCO FERREIRA JACINTO** encontra-se em tratamento pós-operatório de patologia de CID: S82.1 Paciente deve ausentar-se de suas atividades laborais por 90 (NOVENTA) DIAS

Dr. Bruno Mota
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 11730/TE JT 1566
Fortaleza, 02/03/19



ANTONIO PRUDENTE

Ata do 14º dia

Ata para o 01 deido para
 que o precatório Francisco
 Ferraz foi pago por
 uma ordem de
 Fatura para os
 os para o valor de R\$ 582.
 com valor de R\$ 1000
 Fatura.

O mesmo necessita de
 apontamento de Probatório
 por 180 (cento e oitenta) dias.

Hospital Antônio Prudente - Av. Aguanambi, 1827, Bairro de Fátima

10/10/2019

Dr. Luiz Lopes Lima
 CRM-CE 4516

**ANTONIO
PRUDENTE****HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR**AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE**ATESTADO MÉDICO**

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) FRANCISCO FERREIRA JACINTO às 16:16, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 60 (SESSENTA) dia(s), a partir de 18/11/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S720

Código da Doença

Local e Data

Assinatura do Médico

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA

CRM 11506

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Codigo de Autenticação : BJQQS19C6Y6K0

Solicitacao da Senha : 18/11/2019 07:52:26

Dr. Thiago A. Cavalcanti de O.
Ortopedia e Traumatologia RQE 5732
Cirurgia de Trauma e Quadril
CRM 11506 SBOF 13025 SBO 0658

CLÍNICA
ARCANJO



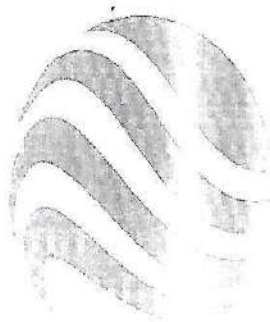
Atestado Médico
Atesto para os devidos fins
que o paciente Francisco Ferrare
foi submetido a punção de seguilo
grosse de irrigamento do
osso do pé esquerdo e
pé. Clin 582.1 582.2 592.7

O mesmo encontra-se em
tratamento fisioterápico para
recuperação dos movimentos
articulares, bem como portar
gesso após de 70 dias por
480 (quatrocentos e oitenta) dias.

RUA GRACILIANO RAMOS, 278 - FÁTIMA
FORTALEZA-CE / CEP 60415-050
FONE: 85 3273.3737
www.clinicaarcanjo.com.br

DIR. TÉCNICO: DR. JOÃO HELDER ALVES ARCANJO - CRM: 5344

Ass 10/03/20
Dr. Luiz Lopes Lima
CRM-CE 4516



ANTÔNIO
PRUDENTE

ATESTADO MÉDICO

Atesto aos devidos fins que o Sr. **FRANCISCO FERREIRA JACINTO**, com prontuário 11354032 esteve internado por motivo de doença no Hospital Antonio Prudente no período de 14 de fevereiro de 2019 até 02 de março de 2019.

CID 10: S82.1

DR. GILNEY SANTOS
MÉDICO ASSISTENTE
CRM 9656

Fortaleza, 08 de Março de 2019



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL

COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: FORTALEZA CENTRO OESTE

Endereço: RUA PRINCESA ISABEL, N 1611
FARIAS BRITO

CEP: 60015061

Município: FORTALEZA

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal

NIT: 12008759514

Número do Benefício: 6270633994

Espécie: 31

Número do Requerimento: 195115393

Ao Sr. (a) : FRANCISCO FERREIRA JACINTO

Endereço: ARTUR DE SOUSA 2011, PLANALTO AYRTON SENNA

CEP: 60766120

Município: FORTALEZA

UF: CE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 11/03/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho.

O benefício foi concedido até 22/06/2019.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (22/06/2019), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 22/06/2019 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

Informamos, ainda, que foi afastada a aplicação do nexa epidemiológico entre o agravo e a profissiografia, conforme parágrafo 6º do artigo 337 do Decreto 3.048, de 06/05/1999. O benefício foi concedido em espécie não-acidentária. Eventuais discordâncias poderão motivar Recurso por parte de V.Sa. à Junta de Recursos da Previdência Social, pelo prazo de 30 (trinta) dias.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data, 22 de Março de 2019

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: FORTALEZA CENTRO OESTE

Endereço: RUA PRINCESA ISABEL, N 1611
FARIAS BRITO

CEP: 60015061

Município: FORTALEZA

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente,

Assinatura do Requerente / Representante Legal

Comunicação de Decisão

22/11/2019 16:42:22

NIT: 120.08759.51-4

Número do Benefício: 627.063.399-4

Espécie: 31

Número do Requerimento: 195115393

Ao Sr. (a): FRANCISCO FERREIRA JACINTO

Endereço: ARTUR DE SOUSA 2011, PLANALTO AYRTON SENNA

CEP: 60.766-120

Município: FORTALEZA

UF: CE

Assunto: Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade.

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei nº 8.213, de 24/07/1991; Artigos 71 e 77 e § 2º do Art. 78 do Decreto nº 3.048, de 06/05/1999; § 6º do Art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016.

Em atenção à sua Solicitação de Prorrogação de Benefício por Incapacidade, apresentada no dia 07/06/2019, informamos que foi reconhecido o direito à prorrogação do benefício. O pagamento do seu benefício será mantido até o dia 14/12/2019. Caso considere o prazo insuficiente, o(a) senhor(a) poderá solicitar prorrogação do benefício, dentro do prazo de 15 dias antes de sua cessação, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico: meu.inss.gov.br. Caso considere o prazo suficiente, o(a) senhor(a) poderá retornar voluntariamente ao trabalho, não sendo necessário novo exame médico pericial, conforme parágrafo 6º do art. 75 do Decreto nº 3.048/1999, com redação dada pelo Decreto nº 8.691/2016. Desta decisão poderá interpor Recurso, no prazo de 30 dias do recebimento desta comunicação, à Junta de Recurso do Conselho de Recursos do Seguro Social JR/CRSS, pelo número de telefone 135 da Central de Atendimento do INSS ou pela internet no endereço eletrônico meu.inss.gov.br.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: FORTALEZA CENTRO OESTE

Endereço: RUA PRINCESA ISABEL, N 1611, FARIAS BRITO

CEP: 60.015-061

Município: FORTALEZA

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, 14 de Junho de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 1911221YIX5R92

Comunicação de Decisão

02/04/2020 08:14:57

NIT: 120.08759.51-4

Número do Benefício: 630.646.490-9

Espécie: 31

Número do Requerimento: 200158844

Ao Sr. (a): FRANCISCO FERREIRA JACINTO

Endereço: ARTUR DE SOUSA 2011, PLANALTO AYRTON SENNA

CEP: 60.766-120

Município: FORTALEZA

UF: CE

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991; Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999; Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio-Doença, apresentado no dia 03/12/2019, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 31/03/2020. Informamos que o pagamento do seu benefício será mantido até 22/04/2020. A partir de 22/04/2020 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social. O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço www.previdencia.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS. A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio Doença que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: FORTALEZA CENTRO OESTE

Endereço: RUA PRINCESA ISABEL, N 1611, FARIAS BRITO

CEP: 60.015-061

Município: FORTALEZA

UF: CE

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.

Ciente, 9 de Dezembro de 2019

Assinatura do Requerente / Representante Legal



Você pode conferir a autenticidade do documento em
<https://meu.inss.gov.br/central/#/autenticidade>
com o código 200402MBACYT80

Rio de Janeiro, 09 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190585703

Vítima: FRANCISCO FERREIRA JACINTO

Data do Acidente: 14/02/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA JACINTO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.387,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos punhos

25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Dedos do pé-Perda anatômica completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau completo 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 10%) 10,00%

Valor a indenizar: 10,00% x 13.500,00 = R\$ 2.700,00

Recebedor: FRANCISCO FERREIRA JACINTO

Valor: R\$ 4.387,50

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000021586-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,



Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190585708

Vítima: FRANCISCO FERREIRA JACINTO

Data do Acidente: 14/02/2019

Cobertura: DAMS

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO FERREIRA JACINTO

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

Recebedor: FRANCISCO FERREIRA JACINTO

Valor: R\$ 615,24

Banco: 104

Agência: 000001047

Conta: 0000021586-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Dr. Luiz Lopes Lima

CRM 4516 - CPF 124169673-04

Ortopedia - Traumatologia

Atestado Médico

Atendo por 01 dia de

para que o paciente possa

fazer exames por

uma operação de seguimento

grau de Brucelose do

osso de perna esquerda

Exame com Tuberculose

- Tuberculose (E) 582.1

- Osso de perna E 582.2

- Osso de perna (E) 592.7

O mesmo paciente já

recebeu Fisioterapia

durante todo o período de

NAO TROCAR O MEDICAMENTO
RECEITADO (LEI 9787/99)