

SABOYA & BRANDÃO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	JOSE IVAN NUNES CASTRO
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	NÃO INFORMADO-NÃO INFORMADO
Estado Civil	NÃO INFORMADO (A)
RG nº	250442928694 DETRAN/CE 10/07/2008
CPF nº	418.725.093-04
Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA ALVARO DE ALENCAR, 6
Complemento	
Bairro	CARLITO PAMPLONA
CEP	60.311-750
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98675-5027 OI (85)98690-8090 OI (85)98904-1452 OI

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 2º Andar – Sala 204 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 1 de outubro de 2015.

JOSE IVAN NUNES CASTRO
OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	JOSE IVAN NUNES CASTRO
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	NÃO INFORMADO-NÃO INFORMADO
Estado Civil	NÃO INFORMADO (A)
RG nº	250442928694 DETRAN/CE 10/07/2008
CPF nº	418.725.093-04
Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA ALVARO DE ALENCAR ,6
Complemento	
Bairro	CARLITO PAMPLONA
CEP	60.311-750
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85)98675-5027 OI (85)98690-8090 OI (85)98904-1452 OI

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, quinta-feira, 1 de outubro de 2015.

JOSE IVAN NUNES CASTRO
DECLARANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, JOSE IVAN NUNES CASTRO , BRASILEIRO (A), NÃO INFORMADO (A), AUTONOMO, PORTADOR DO RG Nº 250442928694 DETRAN/CE 10/07/2008, INSCRITO NO CPF SOB Nº 418.725.093-04, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA ALVARO DE ALENCAR ,6, , CARLITO PAMPLONA, 60.311-750, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98675-5027 OI (85)98690-8090 OI (85)98904-1452 OI,

DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO o escritório SABOYA & BRANDÃO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito no OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI ART. 339 E 340 DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE, quinta-feira, 1 de outubro de 2015.

JOSE IVAN NUNES CASTRO

DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

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

VALIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
749456099

NOME
JOSE IVAN NUNES CASTRO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
250442928694 ME CE

CPF
418.725.093-04

DATA NASCIMENTO
10/06/1974

FILIAÇÃO
FRANCISCO DOS SANTOS
CASTRO
FRANCISCA NUNES CASTRO

PERMISSÃO

ACC

CALHA

Nº REGISTRO
04401788237

VALIDADE
10/06/2018

1ª HABILITAÇÃO
10/07/2008

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO

JOSE IVAN NUNES CASTRO
ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
14/06/2013

60662201066

CE136150667

DETRAN - CE (CEARA)

PROIBIDO PLASTIFICAR
749456099

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/07/2018 às 15:35, sob o número 01469527320188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146952-73.2018.8.06.0001 e código 39877EA.



Nº de Inscrição:

007877633

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE IVAN NUNES CASTRO

End. Leitura: RU ALVARO DE ALENCAR, 6: CARLITO PAMPLONA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60311-750

End. Entrega:

Cidade:

CEP:

Local: 001

Sector: 038

Quadra: 0171

Lote: 0015

Comp: 0000

Subsector: 00

Subquadra: 00

ECONOMIAS

Residencial: 001

Comercial: 000

Industrial: 000

Pública: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Atual	VOLUME(m³)	Média Semestral (m³)
ÁGUA	A075619264	1220	1233	13	15

DATAS

Leitura Atual: 18/07/2015

Emissão: 18/07/2015

Lacre Água: 232961

Leitura Anterior: 18/06/2015

Próxima Leitura: 18/08/2015

Lacre Esgoto: 232961

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

06/2015

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	537	537	127	537	537
Analizadas	580	580	580	579	579
Em conformidade	575	578	577	575	579

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARO CLIENTE, ENCONTRAM-SE QUITADAS AS FATURAS DE SUA TITULARIDADE, PARA ESTA UNIDADE CONSUMIDORA, VENCIDAS EM 2014, CONFORME A LEI N. 12.007/2009. ESTA DECLARAÇÃO SUBSTITUI OUTRAS QUITAÇÕES DO PERÍODO.
(*) DEVOLUÇÃO DE CRÉDITO FINANCEIRO.

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
ÁGUA	24,39	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
ESGOTO	16,20	JUL/14	13	10
CRÉDITO-PAG./LANÇAMENTO	-42,38	AGO/14	14	11
JUROS DE 0,033% AO DIA	0,59	SET/14	13	10
MULTA DE 2%	1,20	OUT/14	14	11
		NOV/14	13	10
		DEZ/14	14	11
		JAN/15	15	12
		FEV/15	16	12
		MAR/15	12	9
		ABR/15	14	11
		MAI/15	17	13
		JUN/15	16	12

TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO		SUBSÍDIO	
Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,00	VALOR DO SERVIÇO	25,22
COFINS	0,00	VALOR DO SUBSÍDIO	25,22
		VALOR TOTAL A PAGAR	0,00

MÊS/ANO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR (R\$)
07/2015	06/08/2015	0,00

ONDE PAGAR SUA FATURA

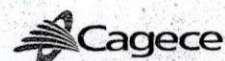
Bancos: Bradesco, BNB, Itaú, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Triângulo. Outros: PagFácil. A Cagece disponibiliza o serviço de débito em conta de sua fatura. Ative já este serviço. Consulte sua agência.

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



Maiores informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 0800 285 1919 - Demais Localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 0800 275 3838.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

DADOS DO CLIENTE

3539030520-0571 - 0347

Inscrição: 007877633

Código de Responsável:

Mês/Ano: 07/2015

Local: 001

Sector: 038

Quadra: 0171

Lote: 0015

Comp: 0000

Subsector: 00

Subquadra: 00

Cidade: FORTALEZA

Vencimento: 06/08/2015

Total (R\$):

0,00

CONTA PAGA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 010310134673
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA COD. RENAVAM RNTRC EXERCÍCIO
CUST 01 992842441 0000000000 2014

NOME
JOSE IVAN NUNES CASTRO

FORTALEZA/CE

CPF/CNPJ
41872509304

PLACA
OSB1787

PLACA ANT./UF

CHASSI

*****/CE

9C2KC1680ER457170

ESPECIE/NO

COMBUSTIVEL

PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

GASOL/ALCO

MARCA/MODELO

ANO FAB.

ANO MOD.

HONDA/CG150 FAN ESDI

2013

2014

CAP/POT/CIL

CATEGORIA

COR-PREDOMINANTE

2E/OCV/149CC

PARTIC

VERMELHA

COTA UNICA

VENC. COTA UNICA

VENC./COTAS

//*/**

1° *****

FAIXA LPVA

PARCELAMENTO/COTAS

2° *****

//*/**

3° *****

PRÊMIO TARIFARIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

00/00/0000

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA

LOCAL

DATA

16/04/2014

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

CE Nº 010310134673 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2014

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

www.dpvalsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2014 16/04/2014

VIA CPF/CNPJ PLACA
01 41872509304 OSB1787

RENAVAM MARCA/MODELO
992842441 HONDA/CG150 FAN ESDI

ANO FAB. COT. TARIF. Nº CHASSI
2013 09 9C2KC1680ER457170

PRÊMIO TARIFARIO

FNS (R\$)

DENATRAN (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

TOTAL A SER PAGO SEGURADO (R\$)

☒ COTA UNICA

PAGAMENTO

☐ PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

00/00/0000

PROPRIETARIO
LOTE/DO SEGURADORA LIDER DPVAT
MOTOR: KC1680ER457170
CNPJ 09.248.608/0001-04
www.seguradoralider.com.br



GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 1920 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **31/07/2015 08:11:52**
 Data / Hora da Ocorrência : **09/07/2015 19:00:00**
 Endereço da Ocorrência: **AV SARGENTO HERMINIO**

VILA ELLERY FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: **EM FRENTE A MERCESA**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE IVAN NUNES CASTRO**
 Nascimento : **01/01/1973**
 RG: **2006002006839** Órgão Emissor: **SSP** UF: **-** CPF: **41872509304**
 Filiação: **NADA CONSTA**
ANA VIRGINA FIUZA CARNEIRO
 Endereço: **R ALVARO DE ALENCAR 6 BLOCO 280**
CARLITO PAMPLONA 60430660
FORTALEZA CE BRASIL Telefone: **986755027**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE PILOTAVA SUA MOTOCICLETA DA MARCA HONDA/CG150 FAN ESDI, ANO 2013/2014, COR VERMELHA, PLACA OSB-1787-CE; QUE TRAFEGAVA PELA AV. SARGENTO HERMINIO, QUANDO DE REPENTE UM OUTRO VEICULO (PLACAS NAO ANOTADAS) QUE ESTAVA EM UMA RUA PERPENDICULAR AVANÇOU A PREFERENCIAL VINDO A COLIDIR COM A MOTO EM QUE ESTAVA A VITIMA NA VIA; QUE, COM O IMPACTO, A VITIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO; QUE O CAUSADOR DO ACIDENTE EVADIU-SE DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE A VITIMA FOI SOCORRIDO POR MEIOS PROPRIOS E NO DIA SEGUINTE EM CASA COMEÇOU A SENTIR FORTES DORES E FOI PROCURAR ATENDIMENTO NO HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE E TESTEMUNHARAM O ACIDENTE FORAM: LUCIVALDO EUZEBIO DA SILVA RG.91017007600 SSPDS CE END.RUA ALVARO DE ALENCAR 280 CS 11 C. PAMPLONA E VERA INES SANTOS SILVA RG.8811007000464 SSPDS-CE END.RUA ALVARO DE ALENCAR 280 CS 09 C. PAMPLONA. E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ROCILEIDE SOUZA DA SILVA MAIA MARTINS - MAT.: 133211-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : *Thiago Saboya Pires de Castro*

VISTO DO DELEGADO(A) :

CÉSAR WAGNER MAIA MARTINS - MAT.: 011201-1-5



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

13/07/2015 15:48:44

Prontuário 7839608	Nome do Paciente JOSE IVAN NUNES CASTRO	Sexo M	Nascimento 10/06/1974	Idade 41
RG 99010345867 SSP CE	CPF 41872509304	Carteira Profissional	Estado Civil 2-SOLTEIRO	

Endereço
R RUA ALVARO DE ALENCAR 280 APTO C-5,0 - CARLITO PAMPLONA, FORTALEZA(CE) CEP 60311750

Telefone Residencial

Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convenio 22 HAPVIDA	1 PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA - COLETIVO
Carteira 27612000409009	Validade 25/08/2016

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor 116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG	
Data 10/07/2015	Hora 12:26
Matricula	Tipo Atendimento 6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente 1442791 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA	Clinica 6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)
	Temperatura (°C)

Segundo Paciente informa, vítima de acidente de moto com Trauma em Málux com lesão de Unhas

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

Dr. Thiago A. Cavalcanti de Oliveira
Ouro Preto - Minas Gerais
CRM 15553 12/07/2015

R4310RA - GERSON DA SILVA PORTO

CONFERE O PRONTUÁRIO

MARCIO 3703

Assinatura



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL

Paciente: JOSE IVAN NUNES CASTRO Idade: 41
Médico: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA Data: 10/07/15 12:29
Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA



Atendimento 30774601
Prontuario 7839608

ANAMNESE

Exames Fisico

Peso(Kg): Temperatura(°C):

Exames/Procedimentos Solicitados

Evolução Médica

Prescrição Médica Nº 7166745

1- PROFENID IM (50.0mg/ml) 100mg 2ML Agora IM CRM-11506

R3001 THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA 10/07/2015 12:30 10.1.22.151

CLASSIFICACAO DE RISCO AZUL

Dr. Thiago Aguiar Cavalcanti de Oliveira
CRM-11506
TEC 13025

Carimbo / Assinatura profissional

THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA
Médico(a)
CRM-11506

Impresso por: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA Em: 10/07/2015 12:30

CONFERE O PRONTUÁRIO

2- IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT 1 1 Vez CRM-11506 CRM-11104



FICHA DE REGISTRO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

Paciente: JOSE IVAN NUNES CASTRO Idade: 41
Médico: THIAGO AGUIAR CAVALCANTI DE OLIVEIRA Data: 10/07/15 12:29
Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA Carteira: 27612000409009

Prontuario: 7839608
Atendimento: 30774601

Exames Físico		
Peso(Kg):	Temperatura(°C):	Pressão:

Evolução de Enfermagem				
Acomodação	Leito	Data Hora	Entrada	Saída
SALA DE GESSO	1	10/07/2015	13:22	10/07/2015 13:22

Prescrição Médica				
1	PROFENID IM (50.0mg/ml)	100 mg	2 ML	Agora IM
Horários: 13:22				
2	IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS (QUALQUER SEGMENT	1	1 Vez	
Horários: 13:22				

Materiais e Medicamentos utilizados	
Imobilizacoes Nao-Gessadas (Qualquer Segn	
ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	1
CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1	200
ALGODAO ORTOPEPEDICO (ATAD. 10CM) R	3
ESPARADRAPO TUBO 450 CM	90
ETER FRAS 1000 ML	20
MALHA TUBULAR 10 CM ROLO 1500 CM	300
CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000	200
GAZE SECA 7.5 X 7.5 NAO ESTERIL PCT 500	10
PROFENID IM	
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	2
PROFENID :00MG IM AMPL 2 ML	1
ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1
AGULHA DESCARTAVEL 30X08 - 1 UD	1

Outras Anotações	Assinatura do auxiliar de Enfermagem
	WELLINGTON QUEIROZ DO NASCIMENTO Enfermeira(o) COREN-2545

Impresso por: WELLINGTON QUEIROZ DO Em: 10/07/2015 13:22

R3001_EVOL WELLINGTON QUEIROZ DO NASCIME 10/07/2015 13:22 10.1.22.151

PRONTUARIO

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e Tribunal de Justica do Estado do Ceara, protocolado em 12/07/2018 às 15:35, sob o número 01469527320188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0146952-73.2018.8.06.0001 e código 39877EA.

CNPJ 08.941.910/0001-91

GUIA DE SERVIÇO PROFISSIONAL/SERVIÇO AUXILIAR DE DIAGNOSTICO E TERAPIA - SP/SADT Nº 19499132

1 - Registro Ans ANS nº 368352	3 - N. Guia Principal 19499132	4 - Data da Autorização	5 - Sanha	6 - Data de Validade da Sanha	7 - Data de Emissão da (
-----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	-----------	-------------------------------	--------------------------

DADOS DO BENEFICIÁRIO	8 - Número da Carteira 27612000409009	9 - Plano PLANO ENFER VIDA TOTAL ESP C/UTI ENF	10 - Validade da Carteira 25/08/2016	11 - Nome JOSE IVAN NUNES CASTRO	12 - Número do Cartão Nacional de Saúde
-----------------------	--	---	---	-------------------------------------	---

DADOS DO CONTRATADO SOLICITANTE	13 - Código na Operadora/CNPJ/CPF 5874946000109	14 - Nome do Contratado HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE	15 - Código CNES 2415631
---------------------------------	--	--	-----------------------------

16 - Nome do Profissional Solicitante EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS	17 - Conselho Profissional CRM	18 - Número no Conselho 11104	19 - UF CE	20 - Cod
--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	----------

DADOS DA SOLICITACAO/PROCEDIMENTOS E EXAMES SOLICITADOS	21 - Data/Hora da Solicitação 10/07/2015 12:26	22 - Carter da Solicitação U E - Eletiva U - Urgência/Emergência	23 - CID 10 T009	24 - Indicação Clínica TRAUM SUPERF MULT NE	25 - Código CBO 8 45	26 - Grau de Paric
---	---	---	---------------------	--	-------------------------	--------------------

25 - Tabela 26 - Código do Procedimento 30711010	27 - Descrição IMOBILIZACOES NAO-GESSADAS IGUALQUER SEGMENTO	28 - Cidade Soli.
---	---	-------------------

DADOS DO CONTRATADO EXECUTANTE	30 - Código na Operadora/CNPJ/CPF	31 - Nome do Contratado	32 - T. Log.	33-34-35 - Logradouro - Número - Complemento	36 - Município	37 - UF	38-Cod. IBGE	39-CEP	40-C
--------------------------------	-----------------------------------	-------------------------	--------------	--	----------------	---------	--------------	--------	------

40 a - Código na Operadora/CNPJ/CPF do Exec. Complementar 92572448300	41 - Nome do Profissional Executante/Complementar EDUARDO GUEDES VIDAL SANTOS	42 - Conselho Profissional CRM	43 - Número no Conselho 11104	44 - UF CE	45 - Código CBO 8 45	46 - Grau de Paric
--	--	-----------------------------------	----------------------------------	---------------	-------------------------	--------------------

DADOS DO ATENDIMENTO	46 - Tipo de Atendimento 01 - Remissão 02 - Pequena Cirurgia 03 - Terapias 04 - Consulta 05 - Exame 06 - Atendimento Domiciliar 07 - SADT Internado 08 - Quimioterapia 09 - Radioterapia 10 - TRS - Terapia Renal Substitutiva	47 - Indicação de Atendimento 0 - Acidente ou Doença relacionado no trabalho 1 - Transito 2 - Outros	48 - Tipo de Saída 1 - Retorno 2 - Retorno SADT 4 - Internado 5 - Alta 6 - Óbito
----------------------	---	---	---

CONSULTA REFERENCIA	49 - Tipo de Doença	50 - Tempo de Doença	51 - Data 10/07/2015	52 - Hora Inicial	53 - Hora Final	54 - Tab	55 - Código do Procedimento 30711010	56 - IMOBILIZACOES NAO-GE	57 - Qtd.	58 - Via	59 - Tec.	60 - %Red / Acrescimo	61 - Valor Unitário - R\$	62 - Valor Total - R\$ 0,0
---------------------	---------------------	----------------------	-------------------------	-------------------	-----------------	----------	---	---------------------------	-----------	----------	-----------	-----------------------	---------------------------	-------------------------------

PROCEDIMENTOS E EXAMES REALIZADOS	A - Aguda C - Crônica A - Anos M - Meses D - Dias	63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	64 - Observação	65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Médicinas - R\$	71 - Total Gastos da (
-----------------------------------	---	--	-----------------	--------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	------------------------

63 - Data e Assinatura de Procedimentos em Série	64 - Observação	65 - Total Procedimentos - R\$	66 - Total Taxas e Aluguéis	67 - Total Materiais - R\$	68 - Total Medicamentos - R\$	69 - Total Diárias - R\$	70 - Total Gastos Médicinas - R\$	71 - Total Gastos da (
--	-----------------	--------------------------------	-----------------------------	----------------------------	-------------------------------	--------------------------	-----------------------------------	------------------------

66 - Data e Assinatura do Solicitante 10/07/2015	67 - Assinatura do Responsável pela Autorização	68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Data e Assinatura do Prostatador Executante
---	---	---	--

67 - Assinatura do Responsável pela Autorização	68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Data e Assinatura do Prostatador Executante
---	---	--

68 - Data e Assinatura do Beneficiário ou Responsável	69 - Data e Assinatura do Prostatador Executante
---	--

69 - Data e Assinatura do Prostatador Executante
--

69 - Data e Assinatura do Prostatador Executante
--

69 - Data e Assinatura do Prostatador Executante
--