

# SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

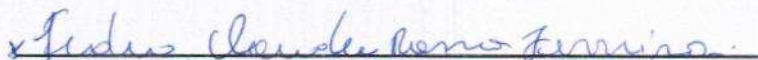
## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

|               |                                    |
|---------------|------------------------------------|
| OUTORGANTE    | PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA      |
| Nacionalidade | BRASILEIRO (A)                     |
| Natural       | NÃO INFORMADO-NÃO INFORMADO        |
| Estado Civil  | NÃO INFORMADO (A)                  |
| RG nº         | 97010009984 SSP/CE 22/10/2012      |
| CPF nº        | 013.702.623-45                     |
| Profissão     | REPARADOR DE VEICULO               |
| Endereço      | RUA VINTE E QUATRO DE OUTUBRO ,283 |
| Complemento   |                                    |
| Bairro        | PARQUE GENIBAU                     |
| CEP           | 60.534-130                         |
| Município/UF  | FORTALEZA-CE                       |
| Telefones     | (85)98879-3409 (85)98858-9163      |

**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 Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) / [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) / [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com).

**PODERES:** Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judícia" 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, quarta-feira, 1 de fevereiro de 2017.



Rua Doutor Carlos Ribeiro Pamplona, 100, Sala 108, Bairro Edson Queiroz, CEP 60811-695 – Fortaleza/CE

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

E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@hotmail.com) [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com)

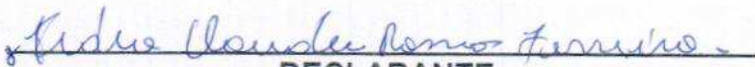


**DECLARAÇÃO**

|                   |                                      |
|-------------------|--------------------------------------|
| <b>DECLARANTE</b> | <b>PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA</b> |
| Nacionalidade     | BRASILEIRO (A)                       |
| Natural           | NÃO INFORMADO-NÃO INFORMADO          |
| Estado Civil      | NÃO INFORMADO (A)                    |
| RG n°             | 97010009984 SSP/CE 22/10/2012        |
| CPF n°            | 013.702.623-45                       |
| Profissão         | REPARADOR DE VEICULO                 |
| Endereço          | RUA VINTE E QUATRO DE OUTUBRO ,283   |
| Complemento       |                                      |
| Bairro            | PARQUE GENIBAU                       |
| CEP               | 60.534-130                           |
| Município/UF      | FORTALEZA-CE                         |
| Telefones         | (85)98879-3409 (85)98858-9163        |

**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, quarta-feira, 1 de fevereiro de 2017.

  
**DECLARANTE**



EU, PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA, BRASILEIRO (A), NÃO INFORMADO (A), REPARADOR DE VEICULO, PORTADOR DO RG Nº 97010009984 SSP/CE 22/10/2012, INSCRITO NO CPF SOB Nº 013.702.623-45, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA VINTE E QUATRO DE OUTUBRO, 283, PARQUE GENIBAU, 60.534-130, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85)98879-3409 (85)98858-9163,

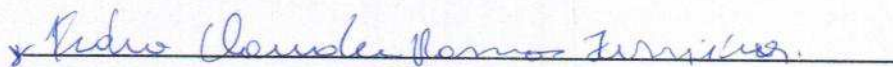
DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA 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, quarta-feira, 1 de fevereiro de 2017.

  
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:



| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| MINISTERIO DAS CIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| <div> <div>  <p>INTERPRINT LTDA.</p> </div> <div> <p>VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL</p> <p>972789611</p> </div> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
| <div> <div>  </div> <div> <p>NOME<br/>PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA</p> <p>DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF<br/>97010809984 SSPS CE</p> <p>CPF<br/>013.702.623-45</p> <p>DATA NASCIMENTO<br/>27/06/1984</p> <p>FUNÇÃO<br/>VICENTE PAULINO FERREIRA<br/>VERA LUCIA RAMOS FERREIRA</p> <p>VERSÃO<br/>RENOVADA</p> <p>ACC<br/>RENOVADA</p> <p>CATEGORIA<br/>AB</p> <p>Nº REGISTRO<br/>05624443385</p> <p>VALIDADE<br/>18/06/2019</p> <p>RENOVAÇÃO<br/>22/10/2012</p> </div> </div> |  |
| <p>OBSERVAÇÕES</p> <p>SEM OBSERVAÇÃO</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |
| <p><i>Pedro Claudece Ramos Ferreira</i></p> <p>ASSINATURA DO PORTADOR</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| <p>LOCAL<br/>FORTALEZA, CE</p> <p>DATA EMISSÃO<br/>06/08/2014</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>56026430582<br/>CE142345520</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| <p>PROIBIDO PLASTIFICAR</p> <p>972789611</p> <p>DETRAN-CE (CEARA)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |

Nº DO CLIENTE  
**810257-0**

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

coelce

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

Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135 040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

Grupo Enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

Rota 10 01240 31 174200 - 0 Data de Emissão 15/07/2016

Nome VICENTE MONTEIRO GOMES

End. Postal RU 0024 DE OUTUBRO 00283  
PARQUE GENIBAU - FORTALEZA - 60534130

Medidor 5430242

Poste 0442 H10W

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG/CFF/CNPJ 165692023-91

CGF

Nome do Responsável

| DATAS             |                      |                 | ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO |            |
|-------------------|----------------------|-----------------|-------------------------------------|------------|
| Mês de Referência | Data da Apresentação | Próxima Leitura | Conjunto                            | PIC        |
| Jul/2016          | 15/07/2016           | 17/08/2016      | Mês                                 | Mês 1/2016 |
|                   |                      |                 |                                     | USD 37,74  |

| ÍTEM                                     |          |                  | Padrão Individual |       |       | Apuração Individual |       |       |
|------------------------------------------|----------|------------------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| Base de Cálculo (R\$)                    | Alíquota | Valor do Imposto | Mensal            | Trim. | Anual | Mensal              | Trim. | Anual |
| 93,90                                    | 27,00%   | 25,35            | DIC               | 5,07  | 10,15 | 20,30               | 3,42  | 0,00  |
| ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL        |          |                  | FIC               | 3,11  | 6,22  | 12,45               | 1,00  | 0,00  |
| FDOC. 25DA.A437.EED6.B6C6.C838.B40F.8997 |          |                  | DMIC              | 2,86  |       | 3,42                |       |       |

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Let. Atual | Let. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Ind. | Cons. Fet. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|------------|---------------|--------|---------------|------------|------------|------------------|-------------|
| 25648      | 25514         | 1,00   | 134           | 0,00       | 134        | 0,70075          | 93,90       |
| 15/07/16   | 15/06/16      |        | 30 Dias       |            | 134        |                  | 93,90       |

| DESCRIÇÃO                            | VALOR (R\$) |
|--------------------------------------|-------------|
| VALOR CONSUMO DO MES                 | 93,90       |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL         | 9,80        |
| DOACAO APAE - TEL 0800-095-0703 7/12 | 3,00        |
| INDENIZACAO MENSAL DMIC              | -0,43       |

VENCIMENTO **22/07/2016** TOTAL A PAGAR (R\$) **106,27**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

|                               |       |     |
|-------------------------------|-------|-----|
| Energia .....                 | 41,14 | 135 |
| Transmissão .....             | 1,82  | 134 |
| Distribuição .....            | 14,33 | 84  |
| Encargos Setoriais .....      | 7,20  | 174 |
| Tributos (ICMS PIS/COFINS)... | 30,21 | 140 |
| TOTAL                         | 94,70 | 131 |

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)

| Emissão kg(CO <sub>2</sub> ) | Compensação kg(CO <sub>2</sub> ) | Consciência Ecológica (% CO <sub>2</sub> ) |
|------------------------------|----------------------------------|--------------------------------------------|
| 57,91                        | 0,00                             | 0                                          |

Informações importantes e avisos de vencimento

| CONTAS EM ATRASO                                                       |  | DEBITOS ANTERIORES |           |
|------------------------------------------------------------------------|--|--------------------|-----------|
| Prévio Aviso                                                           |  | Mes/Ano            | Valor R\$ |
| NOTIFICAÇÃO DE SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA           |  | 06/2008            | 17,45     |
| Prezado Cliente, constam em nossos controles conta(s) em atraso.       |  | Total              | 17,45     |
| Seus o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica       |  |                    |           |
| na possibilidade de suspensão do fornecimento de energia em 15 dias    |  |                    |           |
| após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts.    |  |                    |           |
| 172 e 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO     |  |                    |           |
| AO CREDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, |  |                    |           |
| favor desconsiderar o aviso.                                           |  |                    |           |

Consta desta fatura R\$ 4,86 referente a PIS e COFINS.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/07/2018 às 15:27, sob o número 01477616320188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147761-63.2018.8.06.0001 e código 39BAAA5.



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

fls. 20

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 6615 / 2016****Dados da Ocorrência**Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**Data / Hora da Comunicação: **05/09/2016 10:27:49**Data / Hora da Ocorrência: **28/06/2016 18:15:00**Endereço da Ocorrência: **AVENIDA HERACLITO GRAÇA, 895**

Complemento:

Bairro:

Município: **FORTALEZA/CE**

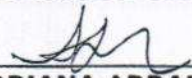
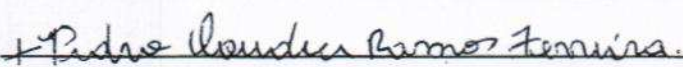
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA**Nascimento: **27/06/1984** CPF:REGISTRO CIVIL: **069872** Orgão Emissor: **ALEN ARARI** UF:Filiação: **VERA LUCIA RAMOS FERREIRA****VICENTE PAULINO FERREIRA**Endereço: **RUA 24 DE OUTUBRO, 283**Bairro: **GENIBAU** CEP:Município: **FORTALEZA/CE**País: **BRASIL** Telefone: **(85) 8879-3409****Dados do(s) Veículo(s)**1) Placa: **OCK0086** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **95VFU5E8BCM001722**Renavam: **348994532** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **DAFRA/ZIG****PLUS** Ano Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2012** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA**Proprietário: **PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA** Situação: **NÃO INFORMADO**Envolvimento: **COLISAO****Histórico**

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL CITADOS; QUE POSSUI HABILITAÇÃO CNH 05624443385, DETRAN CEARÁ, CATEGORIA "AB". QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA DE SUA PROPRIEDADE DE PLACA OCK0086/CE. QUE TRAFEGAVA PELA AV. HERÁCLITO GRAÇA, QUANDO REPENTINAMENTE UMA JOVEM FOI ATRAVESAR A VIA SEM OLHAR E A VÍTIMA FREIOU MAS NÃO CONSEGUIU EVITAR O ATROPELAMENTO. QUE A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E COLIDIU EM UMA ARVORE. QUE A VÍTIMA FOI AO SOLO E FICOU LESIONADO. QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA O FROTINHA DE ANTÔNIO BEZERRA. E NADA MAIS DISSE.///

OBS: - FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART.340 DO CPB;

PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO****RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :** **ADRIANA ARRAIS MOREIRA - MAT.: 300085-1-0****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** **VISTO DO DELEGADO(A) :**





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO



fls. 21

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 6615 / 2016**

**DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÃ - MAT.: 012875-1-6**

*x Pedro Claudio Gomes Ferreira.*

*S*

## DECLARAÇÃO

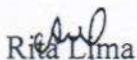
Declaramos para os devidos fins, e em virtude da faculdade que lhe é conferida por lei, requerimento nº 3489/2016, que o SAMU 192 Regional Fortaleza prestou atendimento ao Sr. **Pedro Claudece Ramos Ferreira**, no dia **28/06/2016**, às **19h26min**, na **Avenida Heráclito Graça**, no **Bairro Aldeota**, vítima de acidente de trânsito. Paciente atendida no local e removida para o **Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura**.

Fortaleza, 5 de outubro de 2016

Atenciosamente,

  
Esther Cunha

Coord. SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza

  
Rita Lima

Ouvidora do SAMU 192 Regional Fortaleza



**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                            |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|---------------------------|
| <b>DADOS PESSOAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                          |                                                            |                           |
| NOME DO PACIENTE<br><b>PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                          | Nº DO PRONTUÁRIO<br><b>67848</b>                           | Nº DO BE<br><b>64480</b>  |
| CADUS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | NASCIMENTO<br><b>27/06/1984(32 ANOS)</b>                                 | SEXO<br><b>M</b>                                           | RACIA/COR<br><b>PARDO</b> |
| NOME MAE<br><b>VERA LUCIA RAMOS FERREIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | NOME RESPONSÁVEL<br><b>NI</b>                                            |                                                            |                           |
| ENDEREÇO<br><b>RUA 24 DE OUTUBRO 283 GENIBAU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | MUNICÍPIO                                                                | CEP<br><b>NI</b>                                           | UF<br><b>CE</b>           |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO AGENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                          |                                                            |                           |
| <b>OCORRÊNCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          |                                                            |                           |
| QUEIXA<br><b>PACIENTE ATROPELOU PEDESTRE E SOFREU QUEDA D MOTO.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                          | MOTIVO<br><b>ACIDENTE DE MOTO</b>                          |                           |
| SINTOMAS<br><b>DOR NO PUNHO DIREITO+ MÚLTIPLAS ESCORIAÇÕES. TRAZIDO PELO SAMU</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                          | ESCALA DE DOR<br><b>7 (ADULTO)</b>                         |                           |
| PESO<br><b>NI KG</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PRESSÃO ARTERIAL<br><b>NI/NI</b>                                         | SINAIS VITAIS<br>SAT O2<br><b>NI%</b>                      | PULSO<br><b>NI</b>        |
| TEMPERATURA<br><b>NI °C</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ALERGIAS<br><b>NEGA</b>                                                  | GLICEMIA<br><b>NI</b>                                      |                           |
| CLASSIFICAÇÃO<br><b>AMARELO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO<br><b>MIRLANIA MENEZES MARQUES SOARES</b> | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO<br><b>28/06/2016 21:16:07</b> |                           |
| ÁREA DE ATENDIMENTO<br><b>ATENDIMENTO TRAUMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                          |                                                            |                           |
| <b>ANAMNESE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                          |                                                            |                           |
| <p><i>Fratura do punho D</i><br/> <i>303090154</i></p> <p><i>J. Rogério Aguiar Ribeiro</i><br/> <b>Médico</b><br/> <b>CRM 9919</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                          |                                                            |                           |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                          | COD. PROCEDIMENTO                                          | CID                       |
| SADY SOLICITADO:<br><input type="checkbox"/> HC <input type="checkbox"/> SU <input type="checkbox"/> US ABDOMINAL <input type="checkbox"/> TC CRANIO <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> OUTROS                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                                            |                           |
| MEDICAMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                          | PRESCRIÇÃO MÉDICA                                          | APRAZAMENTO               |
| OBSERVAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                          |                                                            |                           |
| TIPO DE ALTA/SAÍDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                          |                                                            |                           |
| <input type="checkbox"/> DECISÃO MÉDICA <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> EVASÃO <input type="checkbox"/> TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> INTERNAÇÃO ÓBITO: <input type="checkbox"/> ATÉ 48 HORAS <input type="checkbox"/> APÓS 48 HORAS<br>DESTINO DO CORPO: <input type="checkbox"/> FAMÍLIA <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> ANAT. PATOL |                                                                          |                                                            |                           |
| DATA E HORA DO ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                          | CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA                |                           |

Impresso por MIRLANIA MENEZES MARQUES SOARES em 28/06/2016 às 21:16:10

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.

PEDRO CLAUDECE RAMOS FERREIRA

**Prefeitura de Fortaleza**  
**HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA**  
**FROTINHA ANTONIO BEZERRA**  
*Mirlania*  
**Mirlania Menezes Marques Soares**  
 Mat. 45300-01  
 Coordenadora SAME - HDEAM  
**CONFERE COM ORIGINAL**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 16/07/2018 às 15:27, sob o número 01477616320188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0147761-63.2018.8.06.0001 e código 39BAAA5.