

# SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 15

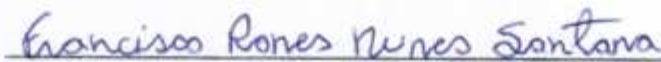
## PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	FRANCISCO RONES NUNES SANTANA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	05580650960 DETRAN-CE
Profissão	OPERADOR DE	CPF nº	025.193.513-22
Endereço	RUA ANA BEZERRA, 22		
Bairro	JOAQUIM TAVORA	CEP	60.130-175
Município UF	FORTALEZA / CE		

**OUTORGADOS:** **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103 e **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 10º Andar – Salas 1003/1004 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85)999638013/ (85)988530069/ (85)98636-3030/(85)30220470.E-mails: [brunop.brandao@yahoo.com.br](mailto:brunop.brandao@yahoo.com.br) [marcelobrandao@hotmail.com](mailto:marcelobrandao@hotmail.com) [thiago\\_cs@hotmail.com](mailto:thiago_cs@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 realizar endosso em cheque nominal emitido em nome do outorgante, 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, terça-feira, 18 de julho de 2017.

  
OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

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

# SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 16

## DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	FRANCISCO RONES NUNES SANTANA		
Nacionalidade	BRASILEIRO (a)	Natural	CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG nº	05580650960 DETRAN-CE
Profissão	OPERADOR DE	CPF nº	025.193.513-22
Endereço	RUA ANA BEZERRA, 22		
Bairro	JOAQUIM TAVORA	CEP	60.130-175
Município UF	FORTALEZA / CE		

**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, terça-feira, 18 de julho de 2017.

→ Francisco Rones Nunes Santana  
DECLARANTE



# SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

fls. 17

## DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, FRANCISCO RONES NUNES SANTANA, BRASILEIRO(A),  
SOLTEIRO, OPERADOR DE UTILIDADES, PORTADOR DO RG Nº  
05580650960 DETRAN-CE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 025.193.513-22, RESIDENTE E  
DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO RUA ANA BEZERRA, 22,  
JOAQUIM TAVORA NA CIDADE DE FORTALEZA / CE, DECLARO PARA TODOS  
OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELOS DRS. **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**,  
BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 22.013, E **MARCELO PEREIRA  
BRANDÃO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº 26.103 E **THIAGO  
SABOYA PIRES DE CASTRO**, BRASILEIRO, SOLTEIRO, ADVOGADO DEVIDAMENTE INSCRITO NA OAB-CE SOB O Nº  
24.156, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL PARA RECEBER INTIMAÇÕES NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 10º  
ANDAR – SALAS 1003/1004 – 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 PROCESSO JUDICIAL, 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 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 NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 10º ANDAR – SALAS  
1003/1004 – 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, terça-feira, 18 de julho de 2017

> Francisco Rones Nunes Santana  
DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 10º ANDAR - SALAS 1003/1004 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 99963-8013 / (85) 98853-0069 / (85) 98636-3030

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

1. **NAME**  **LAST**  **FIRST**  **MIDDLE**   
 2. **DATE OF BIRTH**  **SEX**  **HEIGHT**  **WEIGHT**   
 3. **HAIR**  **EYES**  **SKIN**  **DOB**   
 4. **SSN**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 5. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 6. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 7. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 8. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 9. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 10. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 11. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 12. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 13. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 14. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 15. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 16. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 17. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 18. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 19. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 20. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 21. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 22. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 23. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 24. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 25. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 26. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 27. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 28. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 29. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 30. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 31. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 32. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 33. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 34. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 35. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 36. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 37. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 38. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 39. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 40. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 41. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 42. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 43. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 44. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 45. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 46. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 47. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 48. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 49. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 50. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 51. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 52. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 53. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 54. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 55. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 56. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 57. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 58. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 59. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 60. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 61. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 62. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 63. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 64. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 65. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 66. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 67. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 68. **DOB**  **DOB**  **DOB**  **DOB**   
 69. **DOB**

<b>Cagece</b>	<b>GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ</b> Secretaria de Administração	<b>Nº de Inscrição:</b> <b>000157708</b>			
<b>DADOS DO CLIENTE</b>					
Nome: JOSELI TAVES SANTANA					
Endereço: RUA ANA BEZERRA, 22, JORQUIM TAVORA					
Cidade: FORTALEZA					
CEP: 60130-170					
End. Entrega:					
Cidade:					
CEP:					
Local: 001	Tipo: 001	Qual: 0180			
Servico: 00	Subservico: 00	Comp: 0000			
<b>ECONOMIA</b>					
Rendenda: 001	Comercial: 000	Industrial: 000			
<b>INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO</b>					
Serviço: ABUE	Metro: FOSF2850B2	Unidade: Unidade			
Medidor: FOSF2850B2	Valor: 1478	Valor: 1498			
Valor: 21	Valor: 15				
<b>DATAS</b>					
Leitura Anterior: 03/07/2017	Ocorrência: 03/07/2017	Leitura Atual: 728124			
Leitura Anterior: 02/06/2017	Ocorrência: 02/06/2017	Leitura Atual: 728124			
<b>QUALIDADE DA ÁGUA MENSALMENTE REFERENTE A: 06/2017</b>					
Hº do Amostragem	Coro	Incolor	Cor	Condutividade Total	Fertilizante Col.
Exigido	541	541	128	541	541
Analisado	581	581	581	578	678
Em conformidade	575	575	533	562	678
<b>MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b>					
MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 13 m³   META: 10 m³. Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável. RELATORIO DA QUALIDADE DA AGUA VEJA NO SITE CAGECE					
<b>DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS</b>		<b>VALORES</b>	<b>FATOR DE CORREÇÃO</b>		<b>BASEADO EM</b>
ABUE	62,67	JUL/16	11	11	
ABUE/17	41,27	AGO/16	15	12	
TARIFA DE CONTINGÊNCIA	50,82	SET/16	15	12	
		OUT/16	15	12	
		NOV/16	15	12	
		DEZ/16	17	13	
		JAN/17	16	12	
		FEB/17	14	11	
		MAR/17	16	12	
		ABR/17	17	13	
		MAI/17	16	12	
		JUN/17	15	11	
<b>TRIBUTOS SOBRE O FATURAMENTO</b>					
Descrição	Valor (R\$)				
PIS	1,48	VALOR DO SERVIÇO			
COFINS	7,38	VALOR DO SUBSÍDIO			
		VALOR TOTAL A PAGAR			
MÊS/ANO	VALOR MENSAL	TOTAL A PAGAR MÊS			
07/2017	18/07/2017	154,76			
<b>ONDE PAGAR SUA FATURA</b>					
Bancos: Bradesco, BNB, PNB, BIC, Banco do Brasil, Caixa Econômica Federal, Santander, Italo Unibanco - Pag Fácil					
A Cagece dispõe também o serviço de débito em conta de sua fatura. Para isso, basta acessar www.cagece.com.br					
<b>Cagece</b>		<b>Cagece</b>			
0800 278 0195		0800 278 0195			

Obrigação do cliente manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.

Para informações pelo telefone 0800 278 0195, nas horas de atendimento, de 8h às 17h, no site [www.cagece.com.br](http://www.cagece.com.br), ou através da Cagece 3101.9918, de 8h às 17h, nos dias úteis. Ou através do e-mail: [faturamento@cagece.com.br](mailto:faturamento@cagece.com.br).

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

Nº 013146712929

ESTADO DO RIO DE JANEIRO  
Cidade de Rio de Janeiro

PROPRIETÁRIO: [illegible]  
[illegible]  
[illegible]

PLACA: [illegible]  
[illegible]

VEÍCULO: [illegible]  
[illegible]

DATA DE EMISSÃO: [illegible]  
[illegible]

VALORES: [illegible]  
[illegible]

CONDIÇÕES: [illegible]  
[illegible]

REMARKS: [illegible]  
[illegible]

LOCAL: [illegible]  
DATA: 12/12/2016

Assinatura: [illegible]  
[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DO 4.º DISTRITO POLICIAL

**BOLÉTIM DE OCORRÊNCIA Nº 104 - 3871 / 2014**

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO  
Data / Hora da Computação: 05/11/2014 15:18:20  
Data / Hora da Ocorrência: 26/10/2014 07:40:00 R. 36.10.  
Endereço da Ocorrência: R. HILDEFONSO ALBANO  
BEQUINA COM A RUA PINHO PESSOA  
FORTALEZA CE  
Ponto de Referência:

Dados da(s) Pessoa(s)

Nome: FRANCISCO RÔMYS NUNES SANTANA R.  
Nascimento:  
RG: Órgão Emissor: UF: CPF: 02419351322  
Filiação: JOSELI NUNES SANTANA  
MARIA SALETE NUNES SANTANA  
Endereço: R. ANA BEZERRA 32  
JOAQUIM TAVORA  
FORTALEZA CE BRASIL

Tratamento:

Histórico

O DECLARANTE RELATA QUE ESTAVA TRANSCORRENDO EM SEU VEÍCULO (MOTO FAZER 150 PLACA OITOISZ DE COR PRETA) NA RUA HILDEFONSO ALBANO; QUANDO UM VEÍCULO (CORSA CLASSIC DE COR PRETO) DE COR CONDUTOR ANTONIO MARCIO DA SILVA LIMA) ULTRAPASSOU A PREFERENCIAL NA RUA PINHO PESSOA; COLIDINDO COM O MESMO, PRESTANDO AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS NO LOCAL: O DECLARANTE FOM PARA O HOSPITAL UNIMED

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 4.º DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *Francisco Romys Nunes Santana*

VISTO DO DELEGADO(A):

JOSE MUNGUBA NETO - MAT.: 0788343-1-1

1. Nome do denunciante: [illegible]  
 2. Endereço: [illegible]  
 3. Data: [illegible]  
 4. Assunto: [illegible]

[illegible]

[illegible]

1. Nome do denunciante: [illegible]  
 2. Endereço: [illegible]  
 3. Data: [illegible]  
 4. Assunto: [illegible]

[illegible]

[illegible]

1. Nome do denunciante: [illegible]

2. Endereço: [illegible]

3. Data: [illegible]

4. Assunto: [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

O DENUNCIANTE RELATA QUE ESTAVA TRAVEJANDO EM SEU VEÍCULO (MOTO HAZEL 150 PLACA [illegible]) DE COR VERDE, NA RUA [illegible] ALGANO, QUANDO UM VEÍCULO (CORRUA CLASSIC DE [illegible]) DE COR VERDE, COM O NOME [illegible] MARCO DA SILVA LIMA, ULTRAPASSOU A PREFERENCIAL NA SUA FAIXA PESSOAL, COLIMANDO COM O MESMO, PRESTANDO AS DEVIDAS FORTALEÇAS DO [illegible]

DELEGADO: [illegible] DELEGADO DA 1.ª DELEGACIA POLICIAL.

ASSINATURA DO DENUNCIANTE: [illegible]

[illegible]

ASSINATURA DO DENUNCIANTE: [illegible]

ASSINATURA DO DENUNCIANTE: [illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]



Paciente:	FRANCISCO RÔNIS NUNES SANTANA	Idade:	27a 11m 10d
Mae:	MARIA SALETE NUNES SANTANA	Atendimento:	03842479
Dt. Nasc.:	16/11/1986	Data Atendimento:	26/10/2014 - 09:01:05
Sexo:	Masculino	Prontuário:	71361635
Carteira:	0630020041971280		

**Queixa principal:**

Acidente de moto

**HDA:**

Informa que sofreu acidente de moto e em consequência teve ferimentos na mão direita e esquerda, nos joelhos, além de pancada no ombro esquerdo.

Estava usando capacete e não perdeu a consciência em nenhum momento.

**Exame físico:**


múltiplos ferimentos de dedos da mão direita; pequenos ferimentos (escoriações) no punho esquerdo; escoriações em ambos os joelhos e dor no ombro esquerdo

**Diagnóstico:**

Vide exame físico

**Tratamento:**

Vide prescrição.

  
Dr. (a) HÉLIO ADRIANO FREITAS DE CASTRO EM CRM - 3139

Prescrição: 1801803 Usuário: M03133 Data: 26/10/2014 10:30  
 Atendimento: 3842478 Dt Nasc: 16/11/1986 (27a 1 fm 10a) Convênio: UNIMED FORTALEZA  
 Paciente: 71361635 FRANCISCO RONES NUNES SATANA  
 Internação: 26/10/2014 09:01 0 Dia(s) Int Peso: Altura: Sup Corporal:  
 Prestador: HCL ADIO FEITOSA DE CASTRO FH Serviço: CIRURGIA GERAL  
 Especialidade: CIRURGIA GERAL  
 Unid Internação: EMERGÊNCIA 24H - ADULT Leito:  
 CID: Cobertura:  
 Diagnóstico: Ciclo: 1/  
 Protocolo:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

## Classificação de Risco: URGENTE



## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## MEDICAMENTOS

MEDICAMENTOS						
	Qtd	Unidade	SH	Ap	Frequência	Data Horários
0 C.C. KIT CETOPIROFENO + 100ML SF0,9% EV	1	KIT	EV	Agora	[26/10] 10:30	

Dr. Heladio Feitosa F. Castro  
 CRM 19902-2  
 HCL ADIO FEITOSA DE CASTRO FH  
 CRM 19902-2

1 galego 20  
 2 waterman

## Dados do Paciente

UNIFLEX - ENF

Usuário do Cadastro:

U016456

Paciente: 71351635

Idade: 27 Anos / 11 Meses / 10 Dia

Nome do Paciente: FRANCISCO RONES NUNES SANTANA

Data Nascimento: 16/11/1986

Sexo: MASCULINO

Estado Civil: SOLTEIRO

Religião: CATOLICA

Profissão: AUXILIAR OPERACIONAL

Naturalidade: PARACURU

Endereço: RUA ANA BEZERRA

Número: 22

Bairro: JOAQUIM FAVORA

Cidade: FORTALEZA

CEP: 60130810

Telefone: 86295137

Identidade: 2001021026440

CPF: 02519351322

At: 3842809

Nome da Mãe: MARIA SALETE NUNES SANTANA

Rec: FRANCISCO RONES NUNES SANTANA

Dt. Rec: 15/11/1986

Nome do Pai: JOSELI NUNES SANTANA

Convênio: UNIMED FORTALEZA/Plano UNIFLEX - E

Unidade: EMERGENCIA 24 HORAS/LEITO 1

## Dados do Responsável

Nome: EVELINE NUNES SANTANA

Parentesco: IRMA

Fone: 85 87504885

Endereço: ANA BEZERRA

Número: 22

Complemento:

CEP: 60130810

## Dados do Atendimento

Usuário do Atendimento:

U024346

Número: 3842809

Data: 26/10/2014 Hora: 18:02:14

Origem: RECEPCAO DE EMERGENCIA ADULTO

Tipo: INTERNACAO CIRURGICA URGE

Unidade de Internação: EMERGENCIA 24 HS ADULTO

Leito: OBSERVACAO - LEITO 01

Médico do Atendimento: 1458 AURICELIO FONTENELE MAGALHAES

Conselho: CRM -5996

Especialidade: CIRURGIA PLASTICA

Convênio: 1 UNIMED FORTALEZA

Plano: UNIFLEX - ENF

Carteira: 0630020041971280

Guia: 33389838

Dias Autorizados:

Horas Autorizadas:

Acomodação: ENFERMARIA DE OBSERVACAO

Serviço: CIRURGIA PLASTICA

CID: 8612 - LESÃO DE TENDÃO DO CARPO E DA MÃO

Procedimento principal: 86722462 - LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS DA MÃO - REPARAÇÃO CIRÚRGICA

Local de Procedência:

Observação: \*\*\*GUIAS ANEXAS AO PRONTUÁRIO ACOM ENFER\*\*\*DIAL - DIALISE E HEMODIALISE B 11/12/2013  
 10/12/2012 9999 00 \*\*\*DUTI - DIÁRIA DE UTI B 11/12/2013 11/12/2012 9999 00 \*\*\*ENTE -  
 ALIMENTAÇÃO ENTERAL B 11/12/2013 10/12/2012 9999 00 \*\*\*FISI - FISIOTERAPIA B 11/12/2013  
 10/12/2012 9999 00 \*\*\*\*

R. Eveline Nunes Santana

Paciente/Responsável

AURICELIO FONTENELE MAGALHAES

CRM 5996

Nome: **FLORIANO MARIA SOARES** At: 3842809  
 Paciente: **FRANCISCO ROBERTO SOARES SARAIA**  
 Dt. Nasc: 16/11/1986  
 Convênio: **UNIMED PORTALEZ/PLANOLIM/PR** - n.  
 Unidade: **EMERGENCIA 24 HRS** Leito: **65170 1**

**AVALIAÇÃO**

Obs: Se paciente sexo feminino, indicar gravidez. Se masculino, sinalizar para transdiferença.

<b>DIAGNÓSTICO:</b> <b>Lepão na mão D</b>		<b>ALERGICO:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO	
<b>MOTIVO DA INTERNAÇÃO:</b>		<b>DESCRIÇÃO ALERGIA:</b>	
<b>RESUMO DA HISTÓRIA DA DOENÇA:</b> <b>coladas muito + com</b> <b>comprimento, inchaço, vermelhidão</b>		<b>CIQUETA DE ALERGIA</b>	
<b>PROCEDÊNCIA:</b> <input type="checkbox"/> UNIMED <input type="checkbox"/> OUTRO HOSPITAL <input type="checkbox"/> OUTROS:		<b>CIRURGIAS ANTERIORES</b>	
<b>AVALIAÇÃO POR SISTEMA</b>		<b>RENCON</b>	
<b>PELO:</b> CANOKE <input type="checkbox"/> ; KTERICA <input type="checkbox"/> ; NORMAL <input checked="" type="checkbox"/>		<b>PUENTE:</b> <input type="checkbox"/> TAV <input type="checkbox"/> TUP <input type="checkbox"/> ; <b>ULCERA DE PRESSÃO:</b> <input type="checkbox"/> ; <b>QUEIDA:</b> <input type="checkbox"/>	
<b>INURTAÇÃO:</b> ONDA <input checked="" type="checkbox"/> ; SECA <input type="checkbox"/>		<b>MEDICAÇÕES:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO DE USO HABITUAL:	
<b>INTEGRIDADE:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		<b>MFICAÇÃO:</b> <b>DOSE:</b> <b>ULTIMA TOMADA:</b>	
<b>LESÕES DE PÁGIO:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V			
<b>HEMATOMAS/ESQUIMOS:</b>			
<b>NÍVEL DE CONSCIÊNCIA:</b> <input checked="" type="checkbox"/> CONSCIENTE <input type="checkbox"/> CONFUSO <input type="checkbox"/> SEMI-CONSCIENTE <input type="checkbox"/> INCONSCIENTE			
<b>MORALIDADE:</b> PRESERVADO <input checked="" type="checkbox"/> ; <b>DEFEITO MOTOR:</b> <input type="checkbox"/>		<b>FAMÍLIAR OU RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:</b>	
<b>CARDIOVASCULAR:</b> HIPERTENSO <input type="checkbox"/> ; HIPOTENSO <input type="checkbox"/> ; EDEMA MMII <input type="checkbox"/> ; <b>AUSENTE:</b> <input type="checkbox"/>		Definir simultaneamente o plano assistencial elaborado para o paciente: <b>- VITACELAS DA VIDA IN</b> <b>- VIDA IN</b> <b>- CONSENTO NO TUDO</b> <b>- SEMPRE NO TUDO</b>	
<b>RESPIRATÓRIO:</b> VENT. ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> ; SUPORTE VENT <input type="checkbox"/> ; <b>DUAL:</b>		<b>CARRUBO E ASSINATURA DO ENFERMEIRO:</b>	
<b>TOX ALIMENTAR:</b> SE VA ORAL <input checked="" type="checkbox"/> ; SNE/SNG <input type="checkbox"/>		<b>RESQUERIVADOS</b>	
<b>GASTROSTOMIA:</b> <input type="checkbox"/> RESÍDUOS <input type="checkbox"/>		<b>SOLICITADO HEMODERIVADOS:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>OMIAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> CONSTIPAÇÃO <input type="checkbox"/> ; TOX REGULAR <input type="checkbox"/>		<b>SOLICITADO HESERVA HEMODERIVADOS:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>TOX MIEÇÃO ESPONTÂNEA:</b> <input checked="" type="checkbox"/> ; <b>SONDA VESICAL/CISTOSTOMIA</b>		<b>SOLICITADO DE EXAMES E LAUDOS PENDENTES:</b> <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
<b>COMORBIDADES</b>		<b>SE AFIRMATIVO DESCRIVER:</b>	
<input type="checkbox"/> ASMA	<input type="checkbox"/> AVC	<input type="checkbox"/> HIPOTIREOIDISMO	( ) SOLICITADO HEMODERIVADOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ( ) SOLICITADO HESERVA HEMODERIVADOS: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ( ) SOLICITADO DE EXAMES E LAUDOS PENDENTES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO ( ) SE AFIRMATIVO DESCRIVER:
<input type="checkbox"/> PNEUMOPATIA	<input type="checkbox"/> HAS	<input type="checkbox"/> HPLTIREOIDISMO	
<input type="checkbox"/> IRC/IRA	<input type="checkbox"/> DIABETES	<input type="checkbox"/> TABAGISMO	
<input type="checkbox"/> CANCER	<input type="checkbox"/> OBESIDADE	<input type="checkbox"/> DOENÇA CONJUG.	
<input type="checkbox"/> CARDIOPATIA	<input type="checkbox"/> ETUSMO	<input type="checkbox"/> OUTROS	

**INVESTIGAÇÃO GINECOLÓGICA**

S. P. A. **TIPO SANGÜÍNEO:** **FATOR RH:** **IDADE GESTACIONAL:**

**FLORIANO MARIA:** ☐ NÃO ☐ SIM **GRAVIDEZ GEMELAR?**

**história ginecológica:**

**ORI. POSITIVA:** ☐ NÃO ☐ SIM **SE, SIM, FEZ TRATAMENTO?** ☐ NÃO ☐ SIM **Quid?**

**VIAGRO (E) VORLE:** ☐ NÃO ☐ SIM **NÃO SABE SURTOLOGIA PARA HIV?** ☐ NÃO ☐ SIM

**SINUSOLOGIA PARA HEPATITE B:** ☐ NÃO ☐ SIM **SE, SIM, FEZ TRATAMENTO?** ☐ NÃO ☐ SIM

**SINUSOLOGIA PARA:** ☐ TOXO ☐ RUBÉOLA ☐ HERPES ☐ MÚLSADL **TROUXE EXAME?** ☐ NÃO ☐ SIM

**data:** **21/01/2014** **hora:** **15:21**

**Assinatura (assinado do Enfermeiro) GOREN:**

ARCA: HRU - EMERGÊNCIA 24 HORAS - EIXO ADULTO

PÁGINA: 1 de 1



At: 3842809

Pac: FRANCISCO NUNES CAVALCANTE

Dt. Nasc: 16/11/1985

Convênio: UNIMED FORTALEZA plano UNIMED - 27

Unidade: EMERGÊNCIA 24 HORAS EIXO ADULTO 1

1. Este documento deve estar anexado ao Plano de Assistência de Enfermagem.
2. Este documento é de uso exclusivo do(s) enfermeiro(s).

Data	Hora	Evolução de enfermagem
26/10/14	20:15	F.R.N. 5, 27a, ♂, IH por hemato em mão (punho D) evoluente, orientado, verbalizando, respiração espontânea, AVD em MSD para terapia medicamentosa. Em repouso no leito. Em dieta zero desde 6:00hs de hoje. Usa HBs e DM. Aguarda procedimento cirúrgico com Dr. Américo. Segue aos cuidados de enfermagem.
26/10/14	21:15	Exame físico de limbo completo de punho D e antebraço e realizado repouso (vida descurada)
		Alt hospitalar em 24h

UNIMED  
Fortaleza  
Número da Inscrição: 002497  
CNPJ: 07.000.000/0001-91



*Dr. Heladio Roldán Fábrega*  
HELADIO ROLDAN FABRICA  
L.P.F. - 0903-1060387

NOME:		IDADE:	DATA:
FIA:	QUARTO:	LEITO:	CONVÊNIO:
DATA:	HORA:	FV: LIÇÃO MÉDICA	
<p>21/10/2010</p> <p>16/10/2010 21:10 Paciente admitido em S.R. e após exames físicos e exames de laboratório, não sendo possível estabelecer diagnóstico de causa da dor abdominal, com exames de imagem.</p> <p>Exames de imagem: C.R. de abdome</p> <p>21/10/2010 21:10 Paciente S.R.</p> <p>Exames de imagem: C.R. de abdome</p>			



UNIFIED FIELD THEORY - 20  
UNIFIED FIELD THEORY 24 RELEASED 1

87

PRESEÇA  
QUARTO: NUNTO 22072

UNIDADE ZORRILLO

24 RELEASE UNDER E.O. 14176

Numero:	22
Data: 12/12/2012	

8	2	PRESENT COMPANY	info;	conviction	date	29
---	---	-----------------	-------	------------	------	----

FOR RUC

[illegible]

Handwritten notes on a lined page, including a circled 'A' and the text 'Algebra'.

Handwritten musical notation on a five-line staff, featuring various notes and rests.

~~SECRET~~

3. Explain the importance of the

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten notes on lined paper]*

2000/10/10

Sept 12, 1907

A hand-drawn sketch of a landscape. It features a river or path running horizontally across the middle. On the left side, there are several trees and a small building. On the right side, there are more trees and a small building. The drawing is done in a simple, sketchy style with lines and shading.

2018年10月10日

10

100

20

100

2000



Carb. a alu. p. gra.

fls. 32



## SINISTRO 3140126636 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO RONES NUNES SANTANA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO FRANCISCO RONES NUNES SANTANA

CPF/CNPJ: 02519351322

Posição em 27-07-2017 16:26:28

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
16/01/2015	R\$ 2.025,00	R\$ 0,00	R\$ 2.025,00