

Nome: FRANCISCO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA		
Estado civil: SOLTEIRO	Profissão: VENDEDOR	
CPF nº: 047.378.613-32	Carteira de Identidade: 05155628606 DETRAN-CE	Nacionalidade: BRASILEIRO (a)
Residência: RUA CAMPECHE ,2335		
Bairro: PARQUE GUADALAJARA (JUREMA)	Cidade: CAUCAIA	
Telefones: (85) 3046 - 1120 / 9977-2966 / 8538-0537	Estado: CE	CEP: 61.650-280

OUTORGADO:

RAFAEL DE SOUSA REZENDE MONTI, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB/CE sob nº 18.044, portador do RG nº M8.119.595 SSP/MG e CPF nº 948.672.326-53, com escritório profissional no seguinte endereço: 1) Rua do Rosário, nº 77, sala 604, Ed. Comandante Vital Rolim, Centro – Fortaleza – CEP 60.055-090. Fone: (85) 3231-6493. / Fax: (85) 3231-6493.

PODERES:

Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, os outorgados, suas bastantes procuradores, conferindo-lhe os poderes da cláusula "*ad judicium et extra*", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transacionar, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, firmar autorizações, pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

_____, CAUCAIA - CE, _____, segunda-feira, 20 de abril de _____.



 Outorgante

DECLARAÇÃO

fls. 13

Nome: FRANCISCO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA		
Estado civil: SOLTEIRO	Profissão: VENDEDOR	
CPF nº: 047.378.613-32	Carteira de Identidade: 05155628606 DETRAN-CE	Nacionalidade: BRASILEIRO (a)
Residência: RUA CAMPECHE ,2335		
Bairro: PARQUE GUADALAJARA (JUREMA)	Cidade: CAUCAIA	
Telefones: (85) 3046 - 1120 / 9977-2966 / 8538-0537	Estado: CE	CEP: 61.650-280

Declaro para os devidos fins que possuo hipossuficiência financeira, não possuindo condições de arcar com custos processuais e honorários advocatícios sem prejudicar o meu sustento próprio e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

CAUCAIA - CE, segunda-feira, 20 de abril de _____.

Francisco Fabiano dos Santos Miranda
Declarante

DECLARAÇÃO

fls. 14

Nome: FRANCISCO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA		
Estado civil: SOLTEIRO	Profissão: VENDEDOR	
CPF nº: 047.378.613-32	Carteira de Identidade: 05155628606 DETRAN-CE	Nacionalidade: BRASILEIRO (a)
Residência: RUA CAMPECHE ,2335		
Bairro: PARQUE GUADALAJARA (JUREMA)	Cidade: CAUCAIA	
Telefones: (85) 3046 - 1120 / 9977-2966 / 8538-0537	Estado: CE	CEP: 61.650-280

Declaro que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

CAUCAIA - CE , segunda-feira, 20 de abril de .

Fº Fabiano dos Santos Miranda
Declarante

[illegible]

Nº DO CLIENTE

5802944-3

cosba

Tarifa Social de Energia Elétrica em vigor para Lei nº 10.434, de 26 de abril de 2002.

07 22005 02 171148 - 2

10/12/2014

MARIA LAURINDA DOS SANTOS OLIVEIRA

RU CAMPECHE 02335 02335 CS 02

POTIRA II - CAUCAIA - 61650280

371666

0000 0000

01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

0,00

932653523-15

Dez/2014 10/12/2014 10/01/2015

Out/2014

ELEO 13.10

0000-0000

ISEITO

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 0,00

VALOR CONSUMO DO MES

23,38

ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL

13,46

PES-COEFENS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA

0,25

VIA DO CLIENTE

007-765520685-7

038400000000 370500310000

000500294404 001339152719

VALOR DO PAGAMENTO: 37,09

COMPROVANTE DE PAGAMENTO
COMPANHIA ENERGETICA DO CEARA

LOT. 05, 21422-5
LOCALIDADE: CAUCAIA
MG. VINCUADA: 3201

07/Jan/2015

HORA DE: 12:03:10

007-765520685-7

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

QUINA: sorteios de segunda-feira e sábado, às

CAIXA

CAIXA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL

1.º DISTRITO POLICIAL
CARTÓRIO
Rua Raimundo Correia, 195
Monte Castelo - CEP 60.000-000
Tel. 310.1112 / 3101.1112

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 101 - 2209 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRANSITO**
Data e Hora da Comunicação: **09/03/2015 10:48:38**
Data e Hora da Ocorrência: **07/01/2015 07:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SARGENTO HERMINIO**

PRESIDENTE KENNEDY FORTALEZA /CE

Fonte de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **FRANCISCO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA**
Nascimento: **07/09/1990**
RG: **2008009036291** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **04737861332**
Filiação: **NI**

FRANCISCA DOS SANTOS MIRANDA

Endereço: **R CAMPECHE 2335 CS. 02**
PARQUE POTIRA II
CAUCAIA CE BRASIL

Telefone:

História

Informa o declarante que na data supracitada, trafegava na Avenida Sargento Hermínio, pilotando a MOTOCICLETA HONDA CG 150 TITAN, ANO 2004, PLACAS HWB-3926, licenciada em nome de Maria Edileuda S. da Rocha Ferreira, quando foi surpreendido por um veículo VW/GOL de placas não anotadas, que deslocava-se a sua frente, o qual fez uma conversão sem sinalizar momento em que o declarante colidiu na lateral do referido veículo e caiu e a moto ficou sobre sua cabeça sendo socorrido por populares para a UPA do bairro Pirambu, onde foi diagnosticado uma fratura no pé direito. Que anexa o presente boletim para fins de cobertura do seguro DPVAT. E nada mais.

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA DO 1.º DISTRITO POLICIAL**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: *[Assinatura]*

JOSE SERGIO DE MOURA MAIA - MAT. 134001-1-3

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: *[Assinatura]*

VISTO DO DELEGADO(A):

VAGNER DINIZ LEITE - MAT.: 12580-1-X



FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Nome: FRANCISCO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA
Data Nasc.: 07/09/1990 Idade: 24 ano(s) 4 mes(es) e 0 dia(s)
Mãe: FRANCISCA DOS SANTOS MIRANDA
Endereço: RUA CAMPESTRE
Prontuário: 58586 Admissão: 07/01/2015
Sexo: Masculino RG:
Telefone: (85) 86630045
CEP:
Bairro:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERDE Classificador: JAKELINE MONTE LIMA Horário: 08:15
Queixa: vítima de acidente de moto hoje evoluindo com escoriações na mão direita e dor e edema em pé
Fluxograma: PROBLEMAS EM Discriminador: EDEMA
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua: 3 Pulso/FC:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: CARLOS EMIDIO DA COSTA MESQUITA CRM: 14140 Nº Atendimento: 133213 P.A.:
Eixo: OBSERVAÇÃO BREVE ADULTO Acidente: Não Agressão: Não Peso:
Hipótese Diagnóstico: MOTOCICLISTA [QUALQUER] Comorbidade:
TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE DE TRANSITO NAO
ESPECIFICADO
HDA/Exame Físico:
PACIENTE QUEIXA-SE DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM PÉ DIREITO, 4º E 5º QUIRODÁCTILOS.
AO EXAME:
EDEMA EM PÉ DIREITO

Descrição	EXAME	Data Solicitação
RAIO-X PE D AP/OBLIQ (0204060150)		07/01/2015

INSTITUTO DE SAÚDE E GESTÃO HOSPITALAR - ISGH
UPA - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

UPA 24h
UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE/CADASTRO

Nome: <u>Francisco Fabrício dos Santos Miranda</u>		Prontuário:		Admissão:	
Data de nasc.:	Idade:	Sexo:	Identidade:		Orgão:
Endereço:			CEP:	Bairro:	
Nome da Mãe:			Telefone:		

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Queixa:		Fluxograma:		Discriminador:	
SatO2:	Glasgow:	Temp:	Glicemia:	Pérgua Uor:	Púls/FC:
() Vermelho (0)	() Laranja (10min)	() Amarelo (30min)	() Verde (120min)	() Azul (240min)	
Classificador:				Horário:	

ATENDIMENTO

HDA/Exame físico:	PA:	Peso:
<u>Paciente relata acidente motociclistico com trauma em pe-direito</u>		

Acidente () Sim () Não Agressão () Sim () Não

Hipótese
Diagnóstica:

CID:
V29.9

Comorbidade:

Exames:

Prescrição:

Paracetamol 500mg/325ml - 100ml SF 0.9% EV
q6h

Horário:

ENCAMINHAMENTO- CONDUTA FINAL

☐ Alta. Conduta	☒ <u>Alta Médica</u>	☐ Observação	☐ Referência para:	☐ Óbito
--	--	-------------------------------------	---	--------------------------------

CRM 14140

Unidade mantida com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA Prontuário: 58588

USO ORAL

Rx

1) Ibuprofeno 600mg ----- 12cps
Tomar 01 cp de 12/12h se dor

Data: 2015-01-07

CARLOS EMÍDIO DA COSTA MESQUITA

14140CRM

117682

Av Presidente Castelo Branco, SN - Colônia - CEP 80.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

RECEITUÁRIO MÉDICO

Paciente: FRANCISCO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA Prontuário: 58588

USO ORAL

Rx

1) Ibuprofeno 600mg ----- 12cps
Tomar 01 cp de 12/12h se dor

Data: 2015-01-07

CARLOS EMÍDIO DA COSTA MESQUITA

14140CRM

117682

Av Presidente Castelo Branco, SN - Colônia - CEP 80.000-000 - Fortaleza - CE - Telefone (85) 3284-2321

Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



HOSPITAL DISTRITAL DR. EVADRO AYRES DE MOURA
RUA CANDIDO MATA, 294 - ANTÔNIO BEZERRA
FORTALEZA-CE - CEP: 60.356-830 - PABX: 3488-3210



RECEITA

*Flo Roberto dos
Santos Mendes.*

Alginato de Sódio Ox.
Tomar 01 Comprimido
de 12/12hs

AO RETORNAR AO MÉDICO LEVE SUA RECEITA

O USO DE DROGAS, BEBIDAS ALCOÓLICAS E CIGARROS PREJUDICAM
A SUA SAÚDE. PERGUNTE AO SEU MÉDICO

Heleno Magalhães
Traumato - Ortopedia
CRM 2932



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA



ATESTADO MÉDICO

O Sr (a): PEO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA

Foi atendido (a) neste hospital:

Dia: 07 de 01 de 15 às hs

Tendo como causa do atendimento: ENTORSE
NO PE-DIREITO CID:

1. () Paciente foi atendido nesta instituição às hs e pode retornar à suas atividades.
2. () Necessitando de 07 (07) dias de afastamento de suas atividades laborais ou escolares por motivo de doença ou agravos. CID:
3. () Encontra-se a () APTO () INAPTO a prática curricular de Educação física.
4. () Não apresenta, no momento, sinais e/ou sintomas de doenças ou agravos que o (a) incapacitem para o trabalho.
5. () Paciente encaminhado à especialidade

Fortaleza, 07 de 01 de 15

Médico - CRM

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVANDRO AYRES DE MOURA
Rua Cândido Maia, 294 - Ant.º Bezerra
Fortaleza-Ceará
Telefone: (85) 3482 32 10

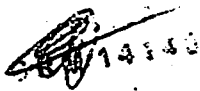
Heleno Magalhães
Traumato - Ortopedia
CRM 2932

ATESTADO DE COMPARECIMENTO

Declaro para os devidos fins, que o (a) Sr. (a) FRANCISCO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA, esteve presente nesta Unidade de Pronto Atendimento 24h no período:

2015-01-07 08:12:00 a 2015-01-07 12:14:46.711

Fortaleza, 7 de Janeiro de 2015



CARLOS EMÍDIO DA COSTA MESQUITA
14140 CRM



UNIÃO REGULADORA

REGULADORA DE SINISTROS DPVAT

1

Protocolo

PROCESSOS RECEBIDOS

2

Cadastro

PROCESSOS CADASTRADOS

3

Ajuda de Custo

REPASSES PAGOS

4

Pagamento

PROCESSO ENCERRADO

Prezados, segue abaixo detalhes de pagamento:

Nome: FRANCISCO FABIANO DOS SANTOS MIRANDA

Cidade/Estado: /

Nome da Assessoria: MAJ PROMOTORA

Tipo: IPA

Sinistro: 3150269434

Data de Crédito: 22/04/15

Valor: R\$ 1687.50

Em caso de dúvidas, entrem em contato.

Atenciosamente,

União Reguladora