

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	SEBASTIÃO DELFINO XAVIER		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	94002412665
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	833.493.673-72
Endereço	RUA NOVA CONQUISTA, N 4026		
Bairro	BOM JARDIM	CEP	60540-235
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98974 7061 / 99767 4694		

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, casado, 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 Carlos Ribeiro Pamplona – nº 100 – 1º Andar – Sala 101 – Bairro Edson Queiroz – CEP: 60.811-695 – Fortaleza/CE, Tels.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030 / (85) 98853-0069. E-mails: saboyaebrandao@hotmail.com / brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / 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 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, 09 de abril de 2020.

➤ 
OUTORGANTE

SABOYA & BRANDÃO

ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

OUTORGANTE	SEBASTIÃO DELFINO XAVIER		
Nacionalidade	BRASILEIRO	Natural	FORTALEZA/CE
Estado Civil	SOLTEIRO	RG n°	94002412665
Profissão	AUTONOMO	CPF n°	833.493.673-72
Endereço	RUA NOVA CONQUISTA, N 4026		
Bairro	BOM JARDIM	CEP	60540-235
Município/UF	FORTALEZA/CE		
Telefone	(85) 98974 7061 / 99767 4694		

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 às custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, CF/88, Art. 98 e ss. do CPC, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, 09 de abril de 2020.

➤ Sebastião Delfino Xavier
AUTONOMO

DECLARANTE

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, Sebastião Deffino Xavier, BRASILEIRO(A),
(ESTADO CIVIL), (PROFISSÃO), PORTADOR DO RG Nº
INSCRITO NO CPF SOB O Nº
DOMICILIADO(A) NO ENDEREÇO

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, 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, ATUALMENTE, COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - 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 CARLOS RIBEIRO PAMPLONA - Nº 100 - 1º ANDAR - SALA 101 - BAIRRO EDSON QUEIROZ - CEP: 60.811-695 - FORTALEZA/CE, TEL.: (85) 98780-0013 / (85) 98636-3030/ (85) 98853-0069, 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 09 DE abril DE 2020

Sebastião Deffino Xavier
DECLARANTE

TESTEMUNHA
CPF:

TESTEMUNHA
CPF:

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
SECRETARIA NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1663814910

PROJETO PLÁSTICO
1663814910

CE

NOME
SEBASTIAO DELFINO XAVIER

DOC. IDENTIDADE / OUTRO ENDEREÇO
94002412665 SSP CE

CPF
833.493.673-72

DATA NASCIMENTO
30/12/1979

NÚMERO
FRANCISCA DELFINO XAVIER

PROFISSÃO
ASSISTENTE SOCIAL

SEXO
MASCULINO

CAT. C
AS

IP. PROJETADO
04452979320

VALIDADE
13/11/2023

1ª EMISSÃO
11/09/2008

OBSERVAÇÕES

EXAR:

Assinatura do Portador

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
16/11/2018

1663814910

ASSINATURA DO EMISSOR

CEARA

DADOS DO CLIENTE

Nome: **SEBASTIAO DELFINO XAVIER**
 End. Letreiro: **RUA NOVA CONQUISTA, 4026, GRANJA LISBOA**
 Cidade: **CAUCAIA** CEP: **60540-235**
 End. Entrega:
 Cidade:
 Local: **129** Setor: **078** Quadra: **0026** Lote: **0125** CEP: **0000**
 Subsetor: **00** Subquadra: **00** Comp:

ECONOMIAS

Residência: **001** | Comercial: **000** | Industrial: **000** | Pólo: **000**

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço	Medidor	Leitura Anterior	Leitura Final	Volumen ^{m³}	Média Semestral ^{m³}
ÁGUA	A09F314403	892	895	3	5

DATAS

Letura Atual: **15/11/2019** | Emissão: **15/11/2019** | Letra Água: **9978613**
 Letura Anterior: **15/10/2019** | Próxima Letra: **14/12/2019** | Letra Pagosa:

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A: 09/2019

Nº de Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
Exigidas	146	146	047	146	146
Realizadas	146	146	146	146	146
Em conformidade	145	146	145	136	146

MENSAGENS / INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 9 m³ | META: 10 m³.

Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.

RELATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA	Valor (R\$)	HISTÓRICO DE VOLUME		
	28,30	Mês/Ano	Água (m³)	Esgoto (m³)
		nov/18	6	0
		dez/18	5	0
		jan/19	5	0
		fev/19	6	0
		mar/19	6	0
		abr/19	6	0
		mai/19	6	0
		jun/19	5	0
		jul/19	5	0
		ago/19	4	0
		set/19	5	0
		out/19	6	0

TÍTULOS SOBRE O FATURAMENTO

Descrição	Valor (R\$)	Descrição	Valor (R\$)
PIS	0,27	VALOR DO SERVIÇO	41,10
COFINS	1,35	VALOR DO SUBSÍDIO	12,80
		VALOR TOTAL A PAGAR	28,30

MÊS/ANO
11/2019
VENCIMENTO
04/12/2019
TOTAL A PAGAR (R\$)
28,30
QUANTO PAGAR SUA FATURA
I: 358310072503752 L: 0201 H: 09:43:00 R: 008 P: 001

Balcões de Atendimento: DVA, DVA, DVA, Balcões de Atendimento, Caixa
 Eletrônica de Pagamento, Balcões de Atendimento, Outros Pagamentos
 A Cagece disponibiliza serviços de atendimento em todas as
 unidades, além de atendimento via telefone e site.

Central de Atendimento
Cagece
 0800 275 0195

Cagece
 CAUCAIA

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

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 3888. Ouvidoria estadual: 155. Site da ARCE: www.arce.ce.gov.br

Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas lojas de atendimento, de
 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na Ouvidoria da Cagece: 3101.1911,
 de 8h às 12h e 13h às 17h.

consorcio.gov.br
 Com o Meu Pagor.

ARCE
 AGÊNCIA REGULADORA DE SERVIÇOS PÚBLICOS DELEGADOS DO ESTADO DO CEARÁ

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014329649159
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 1008538229 RNTC 0000000000 EXERCÍCIO 2018

SEBASTIAO DE FARIAS XAVIER

FORTALEZA/CE

83349367372

PLACA ORY8910

PLACA ANT./UF 9C2JC4110ER715283 CHASSI

FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

GASOLINA

MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KE

ANO FAB. 2014 ANO MOD. 2014

CAP/POT/CIL 2P/0CV/124CC

CATEGORIA PARTIC

COR PREDOMINANTE AMARELO

IPVA 1º 2º 3º
 FAIXA PVA PARCELAMENTO/COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 00/00/0000

OBSERVAÇÕES

FORTALEZA

DATA 31/01/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULO
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, AIS-2004
 TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

CE Nº 014329649159 BILHETE DE SEGURO DPVAT

2018

83349367372

ORY8910

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

www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 322 1204

014329649159

06646154580

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 31/01/2019

VIA 01 CPF/CNPJ 83349367372 PLACA ORY8910

RENAVAM 1008538229 MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN KE

ANO FAB. 2014 DAT. TERC. 09 CHASSI 9C2JC4110ER715283

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTAL A SER PAG. SEGURO (R\$)

PAGAMENTO ☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 00/00/0000

PROPRIETÁRIO
 LOTE/DONATÁRIO
 MOTOR: JC41E1E715283

JUN-2018

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 20/07/2020 às 11:08, sob o número 02395784320208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0239578-43.2020.8.06.0001 e código 6E3E9AC.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019855966



fls. 21

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4003 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **25/11/2019 13:18:40**
Data / Hora da Ocorrência: **08/10/2019 11:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R BOM JESUS COM RUA VALVERDE, BOM JARDIM - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **SEBASTIÃO DELFINO XAVIER**
Nascimento: **30/12/1979** CPF: **833.493.673-72**
RG: **94002412665** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCISCA DELFINO XAVIER N.C**
Endereço: **RUA NOVA CONQUISTA, 4026**
Bairro: **BOM JARDIM**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98974-7061**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **ORY8910** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC4110ER715283** Renavam: **1008538229** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano Fabricação: **2014** Ano Modelo: **2014** Combustível: **GASOLINA** Cor: **AMARELO** Proprietário: **SEBASTIAO DELFINO XAVIER** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **QPP0551** Uf: **MG** Município: **BELO HORIZONTE** Chassi: **9BGKS48U0KG226004** Renavam: **1172029552** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT** Ano Fabricação: **2018** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **PRATA** Proprietário: **LOCALIZA RENT A CAR S.A.** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma que no local, horário e data acima mencionados trafegava na motocicleta de placa ORY-8910, quando um veiculo de placas QPP-0551, tendo como condutor José Adriano Bezerra Alves, avançou a preferencial, colidindo com a motocicleta que pilotava; QUE caiu e ficou lesionado; QUE foi socorrido pela ambulância do SAMU para o Hospital IJF Centro, onde recebeu atendimento. E nada mais disse//////////
OBS:A falsa comunicação é prevista no Art 340 do CPB e o prazo para representação é de seis meses a partir da data do fato.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 32. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

Maria do Socorro Furtado Silva
MARIA DO SOCORRO FURTADO SILVA - MAT.: 133997

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 25/11/2019 13:32:30

Pág. 1 de 2

Impresso em: 25/11/2019 13:32:30

Sebastião



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2019855966



fls. 22

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 4003 / 2019

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

SUBSTÂNCIA DIFINIDA XANTER
MCA
MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-1-7

4. DETALHES DOS VEÍCULOS

VEÍCULO 1 - PLACA: 3A0031

COR: PRATA
TIPO: AUTOMÓVEL
ESPÉCIE: PASSAGEIRO
MARCA/MODELO: CHEVROLET/ONIX 1.0MT LT
ANO FABRICAÇÃO: 2018
CATEGORIA: PARTICULAR

VEÍCULO 2 - PLACA: 0307018

COR: AMARELO
TIPO: MOTOCICLETA
ESPÉCIE: PASSAGEIRO
MARCA/MODELO: HONDA/CG 125 FAN KS
ANO FABRICAÇÃO: 2014
CATEGORIA: PARTICULAR

5. CONDUTORES DOS VEÍCULOS / PEDESTRES / PASSAGEIROS FERIDOS OU MORTOS

1 - ENVOLVIDO 1: JOSE ADRIANO BEZERRA ALVES - CONDUTOR

DT. NASC.: 14/07/1973
IDENTIDADE: 44434
SEXO: MASCULINO
CPF: 484.514.013-68
SITUAÇÃO: ILESO

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: QPP0551

Nº REGISTRO CNH: 0133977927
CATEGORIA CNH: AD
PRIMEIRA CNH: 29/08/1995
VALIDADE CNH: 14/09/2022

2 - ENVOLVIDO 2: SEBASTIAO DE LFINO XAVIER - CONDUTOR

DT. NASC.: 30/12/1979
IDENTIDADE: 94002412685
SEXO: MASCULINO
CPF: 833.493.673-72
SITUAÇÃO: SEM INFORMAÇÃO

CONDUTOR DO VEÍCULO DE PLACA: ORY8910

Nº REGISTRO CNH: 0445297932
CATEGORIA CNH: AB
PRIMEIRA CNH: 11/09/2008
VALIDADE CNH: 13/11/2023

6. ORGÃOS ACIONADOS

AMC - MT 186 - AGT AIRTON

AMC - MT 249 - AGT LUIZ SILVA

PERÍCIA FORENSE - VTR 7014 - PERITO PEDRO.



MANOBRA REALIZADA:

VIRANDO À ESQUERDA



MANOBRA REALIZADA:

ULTRAPASSANDO

DATA 10/10/2019
CONFERE COM O ORIGINAL
Assinatura



8. MATRICULA DO RESPONSÁVEL PELO ATENDIMENTO DA OCORRÊNCIA

88190

Thursday 10 October 2019



DECLARAÇÃO



192

ORÇAMENTO 2019 - 175

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Sebastião Delfino Xavier** - C.P.F. - **833.493.673-72**, no dia **08/10/2019**, às **12h**, na **Rua Bom Jesus**, no **Bairro Bom Jardim**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido pela Sra. **Clemilda Camelo Leitão** por meio do Processo nº **P899845/2019**.

Fortaleza, 16 de Outubro de 2019.

Atenciosamente,


Roberto Gomes de Lima
Coord. SAME - SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45661-1

Roberto Gomes de Lima
Coordenação - SAME
SAMU 192 Regional Fortaleza


Maurício Lopes Alves
SAME-SAMU 192
Regional Fortaleza
Mat. 45659-1

Maurício Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



RECEITUÁRIO

Paciente:

Leontina Delfino Xavier

BE / Prontuário:

Fisioterapia (20m)

Futura de puno (b)

sem carga

Data:

11/12/19

Dr. Marcelo Girão
Traumatologia - Ortopedia
CRM 5820

Ass./Carimbo do Médico

RECIBO

Guia: 161.068

Data: 13/12/2019 Hora: 14:07

Operador: MARY

CONSULTA EM CONSULTORIO - BIOCLINICA 110,00

Desconto: 0,00

Total: 110,00

Forma(s) de pagamento: ESPECIE

-----CLIENTE-----

SEBASTIAO DELFINO XAVIER

*** NÃO TEM VALOR FISCAL ***

fls. 28



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

SOLICITO:

FISIOTERAPIA MOTORA ----- 30 SESSÕES

LUXAÇÃO DEDO MINIMO DIREITO

- GANHO DE ADM EM MÃO DIREITA
- GANHO DE ADM EM COTOVELO DIREITO
- GANHO DE ADM EM PUNHO DIREITO
- ANALGESIA
- RETIRAR PONTOS HOJE

Dr. João Mamede
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 122118 / TEOT 13602

FORTALEZA, 04/12/2019



D- 899845/19

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

USA:

VEÍCULO: USB 209	PONTO DE APOIO: R66V	Nº DA OCORRÊNCIA: 0886
DATA: 08/10/19	TURNO: NT	EQUIPE: Gledyana / Ontanyana
NOME: Sebastião Delfino Xavier	IDADE: 40 a.	SEXO: M
ENDEREÇO: Rua: R Jesus 1411	BAIRRO: B Jardim	
REFERÊNCIA: perto moto peças		
QTY: 11:46	QUS: 12:00	QUY: 1
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: politraumático		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
☐ RESPONSIVO	☐ PRESENTE	☐ PRESENTE
☐ NÃO RESPONSIVO	☐ AUSENTE	☐ AUSENTE

☐ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
----------------------------------	-------------------------------------	------------

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☐ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
	☐ BRADIPNEICO			
	☐ AGÔNICA/AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	☐ NORMOCÁRDICO	☐ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
	☐ TRAQUICÁRDICO	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☐ NÃO
	☐ BRADICÁRDICO	☐ CIANÓTICA		
	☐ CHEIO	☐ SUDOREICA		

D Neurológico	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)		
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA
	ESPONTÂNEA ☐ 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) ☐ 5	OBEDECE A COMANDOS ☐ 6
	À VOZ ☐ 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL ☐ 4	LOCALIZA A DOR ☐ 5
	À DOR ☐ 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) ☐ 3	MOVIMENTO DE RETIRADA ☐ 4

E Exame físico	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA			
FC: 146	PA: 120 x 60	FR: _____	GLIC: _____
			OXIM.: 97%
			TEMP.: _____



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

1998

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

B respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO/PERCUSSÃO	AUSCULTA
	☐ EUPNEICO	☐ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
	☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
	☐ BRADIPNEICO	_____	_____	_____
	☐ AGÔNICA/AUSENTE	_____	_____	_____

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (A) / PEDIÁTRICA (P)

PUPILAS: ☐ NORMAIS (FOTOREAGENTES E ISOCÓRICAS)
☐ ALTERADAS:

SAMPLE

SAMPLE A

DATE	RA	DEC	HR	SUN	OXIM	TEMP
1950	12	15	15	15	15	15

FICHA DE ATENDIMENTO**IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO**

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700504569353851 Admissão: 08/10/2019 12:57
Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
Pront.: 5639218 Data Nasc.: 30/12/1979 Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 85 98974-7061
Mãe: FRANCISCA DELFINO XAVIER
Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
CEP 60540-234 Bairro: GRANJA LISBOA
Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: VERMELHO Classificador MARIA DE NAZARE P UCHOA Horário 08/10/2019 13:00
Queixa: POLITRAUMA GRAVE -TRAZIDO PELO SAMU À SALA VERMELHA
Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA
Discriminador: ESCORE 10-MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO
Autoagressão: Não
Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR:

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: NEILTOR FRANCISCO LINHARES TORQUATO CRM: 10424 Nº: 560595 Horário 08/10/2019 13:21
Acidente: Não Agressão: Não Peso: P.A.:
Eixo: SALA VERMELHA
Hipótese Diagnóstico: OUTROS TRAUMATISMOS DA CABECA E OS NAO ESPECIFICADOS
Comorbidade:
HDA/Exame Físico:
RELATO DE COLISÃO MOTO/ CARRO SEM CAPACETE COM TCE (ECG 8) PIFR COM LACERAÇÃO EM COURO
CABELUDO; ABDOME TENSO (TRAUMA FECHADO?) COM DEFORMIDADE EM COXA D; PA 95X 60 FC 143 STO2
96%
AP MVU/ SRA EM USO DE COLAR CERVICAL
CD: ABERTO PTM
SOLICITO TC CRANIO/CERVICAL; RAOX E FAST
AVALIAÇÃO NEURO/ CIRURGIA GERAL/ TO
REALIZADO INTUBAÇÃO PARA NEUROPROTEÇÃO
INTERNAMENTO

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 16/10/2019 14:29

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
18/10/2019 13:00	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	ESCORE 10-MECANISMO DE TRAUMA SIGNIFICATIVO	VERMELHO	MARIA DE NAZARE P UCHOA

RAE TIRADA
PELO SISTEMA E-SUS
DATA 25/11/19
MATRICULA 51022
MARCOS ZOLAN 1

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará

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

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700504569353851 Admissão: 08/10/2019 12:57
 Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
 Pront.: 5639218 Data Nasc.: 30/12/1979 Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 85 98974-7061
 Mãe: FRANCISCA DELFINO XAVIER
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60540-234 Bairro: GRANJA LISBOA
 Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
PELO SISTEMA DATA 25 / 11 / 19 MATRÍCULA 51022		AMBIENTE. ACORDADO. ALTERANDO PERÍODOS DE AGITAÇÃO E DESORIENTAÇÃO. SEM FEBRE, EDEMA, TOSSE PRODUTIVA. SEM QUEIXAS ÁLGICAS NO MOMENTO. # LAB (15/10/19): HB 7,6 LEUCO 6540 PLAQ 319000 INR 1,09 UR 36 CR 0,9 K 3,78 PCR 66,1 #EX FÍSICO: EGR, AAA, CORADO. AP: MVU COM REDUÇÃO EM 1/3 INFERIORES E EM HTX DIREITO AC: BNF, 2T, RR, SS. ABD: RHA+, INDOLOR, FLÁCIDO. EXTREM: PPP, SEM EDEMA #CD: MANTIDO TAZOCIN. ESTÍMULO FISIOTERÁPICO / PX NEOZINE

PRESCRIÇÃO

Médico: RAUL FAVA ALENCAR CRM 12665 16/10/19 09:39

Prescrição	Horário:
LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML (4%) - FGO ADMINISTRAR 10 GOTAS / ORAL / 12/12 H	
VANCOMICINA 500MG - FA ADMINISTRAR 2 FAMP + 200 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H	
REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL 03X POR DIA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PROTEÇÃO OCULAR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30°-45°	
BALANÇO HÍDRICO	
FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	
OXIGENIOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	
GLICEMIA CAPILAR 6/6H	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% - AMP ADMINISTRAR 3 ML + FENOTEROL 5MG/ML - FGO ADMINISTRAR 3 GOTAS + IPRATROPIO(BROMETO) 0,25MG/ML - FGO ADMINISTRAR 40 GOTAS / INALATÓRIA / 4/4 H	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 700504569353851 Admissão: 08/10/2019 12:57
 Nome: SEBASTIAO DELFINO XAVIER
 Pront.: 5639218 Data Nasc.: 30/12/1979 Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 26 dia(s) Tel.: 85 98974-7061
 Mãe: FRANCISCA DELFINO XAVIER
 Sexo: Masculino RG: Município: FORTALEZA
 CEP 60540-234 Bairro: GRANJA LISBOA
 Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

PRESCRIÇÃO

Médico: RAUL FAVA ALENCAR CRM 12665 15/10/19 09:03

Prescrição	Horário:
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA SE DX<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 20 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18ML AD / INTRAVENOSA / 8/8 H SE VÔMITO OU NÁUSEA	
PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4,5G - FA + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 6/6 H CORRER EM 3H. INICIO 11/10.	
Nº TOTAL DE FASES: 3 </BR>SOLUCAO DE RINGER C/ LACTATO (500ML) - FR ADMINISTRAR EM CADA FASE 500 ML </BR>FASE(S) 1,2,3: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 62.5 ML/H </BR> / INTRAVENOSA / INFUSÃO CONTÍNUA	
DIETA ORAL - DIETA PASTOSA	
DIETA ORAL - DIETA PASTOSA	
REALIZAÇÃO DA HIGIENE ORAL 03X POR DIA	
ORIENTAÇÕES EXTRAS PROTEÇÃO OCULAR	
ORIENTAÇÕES EXTRAS CABEÇA EM POSIÇÃO NEUTRA	
MUDANÇA DE DECÚBITO 2/2H	
MONITORIZAÇÃO NÃO INVASIVA CARDIOSCOPIA E OXIMETRIA	
MANUTENÇÃO DA CABECEIRA ELEVADA 30°-45°	
BALANÇO HÍDRICO	
FISIOTERAPIA 2 VEZ(ES) AO DIA RESPIRATÓRIA E MOTORA	
OXIGENIOTERAPIA POR MÁSCARA DE VENTURI	
GLICEMIA CAPILAR 6/6H	
CLORETO DE SÓDIO 0,9% - AMP ADMINISTRAR 3 ML + FENOTEROL 5MG/ML - FGO ADMINISTRAR 3 GOTAS + IPRATROPIO(BROMETO) 0,25MG/ML - FGO ADMINISTRAR 40 GOTAS / INALATÓRIA / 4/4 H	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H	
RANITIDINA 25MG/ML (2ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML AD / INTRAVENOSA / 3/8 H	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 3 AMP / INTRAVENOSA / 8/8 H DILUIR EM CADA SORO DE 500ML DA HV	
GLICOSE 50% - AMP ADMINISTRAR 5 AMP / INTRAVENOSA SE DX<70MG/DL	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 20 ML SF 0,9% /	

RECEBIDO DE PROTOCOLO - IN
 MAETIRADA
 PELO SISTEMA E-SUS
 DATA 25/11/19
 MATRÍCULA 51023
 Raul Fava Alencar
 CRM 12665



Data: / / às :
 Data: / / às :
 Data: / / às :
 Data: / / às :
 Data: / / às :
 Data: / / às :
 Data: / / às :

PROCEDIMENTOS

Data: / / às :
 Data: / / às :
 Data: / / às :
 Data: / / às :
 Data: / / às :
 Data: / / às :

NÚCLEO AMBULATORIAL

Nome: Sebastião Delgado
 Registro geral: 5639218
 Nº Carteira SUS: _____
 Diagnóstico: _____
 Médico: João Manoel

Traumatologia
 ESPECIALIDADE

Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro - CEP 60.025-061
 Fortaleza - Ceará, Brasil, (85) 3255-5010 - (85) 3255-5165

Especialidade: <u>T9</u>	Retorno: <u>4/12/19</u>	às <u>7:00</u>	Profissional: <u>João Manoel</u>
Especialidade: <u>e-plestique</u>	Retorno: <u>10/12/19</u>	às <u>07:00</u>	Profissional: <u>Dr. André Silveira</u>
Especialidade: <u>T9</u>	Retorno: <u>5/12/19</u>	às <u>7:00</u>	Profissional: <u>Marcelo Giron</u>
Especialidade: <u>T9</u>	Retorno: <u>5/12/20</u>	às <u>7:00</u>	Profissional: <u>João Manoel</u>
Especialidade: <u>T9</u>	Retorno: <u>13/02/20</u>	às <u>7:00</u>	Profissional: <u>Marcelo Giron</u>
Especialidade: _____	Retorno: <u>1/1/</u>	às _____	Profissional: _____
Especialidade: <u>plástica</u>	Retorno: <u>28/01/20</u>	às <u>07:00</u>	Profissional: <u>André</u>
Especialidade: _____	Retorno: <u>1/1/</u>	às _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: <u>1/1/</u>	às _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: <u>1/1/</u>	às _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: <u>1/1/</u>	às _____	Profissional: _____
Especialidade: _____	Retorno: <u>1/1/</u>	às _____	Profissional: _____

ESPECIALIDADES

TRAUMATOLOGIA - CIRURGIA GERAL - NEUROLOGIA -
 PEQUENA CIRURGIA - PRÉ ANESTÉSICO - ACUPUNTURA

CIRURGIA PLÁSTICA - NEFROLOGIA - CIRURGIA VASCULAR
 - DOR - CITRAFE - ENFERMAGEM

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO

Paciente: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)

Sexo: Masculino

Pront.: 5639218

Endereço: RUA NOVA CONQUISTA

Bairro: GRANJA LISBOA

Num: 4026

CEP: 60540-234

UF: CEARÁ

Cidade: FORTALEZA

Localização

Clínica: UNIDADE 25

Enfermaria: 252

Leito: 2511

Internação 16/10/2019

15:50

Alta: * Não Informado *

* Não Informado

Relatório

Tipo de Saída: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

VÍTIMA DE COLISÃO MOTO X CARRO. TCE + PNEUMOTORAX DIREITO DRENADO. PO TRATAMENTO CIRURGICO FRATURA TRANSTROCANTERIANA FEMUR DIREITO + LUXAÇÃO INVETERADA DE ARTICULAÇÃO METACARPOFALANGEANA DE DEDO MÍNIMO DIREITO. HEMATOMA PERIORBITARIO ESQUERDO RESOLVIDO, SEQUELA EM OLHO ESQUERDO COM PTOSE PALPEBRAL.

Exames Realizados

PARECER OFTALMO: PARESIA III PAR CRANIANO A ESQUERDA.

14/11: HB 8,4 LEUCO 10.160 U 41 CR 1,1 K 4,3 NA 133 PCR 36

URUCULTURA NEGATIVA

Terapêutica Utilizada

SINTOMÁTICOS

ENOXAPARINA PROFILÁTICA

DIAZEPAM

SULFATO FERROSO

Sequelas Apresentadas

Diagnóstico

S72 - FRATURA DO FEMUR

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S72	FRATURA DO FEMUR
Não	S626	FRATURA DE OUTROS DEDOS

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 21/11/2019

Observações Complementares

RETIRAR PONTOS COM 15 DIAS DA CIRURGIA. MARCAR RETORNO NO AMBULATORIO: DR MAMEDE COM 2 SEMANAS, DR MARCELO GIRÃO NA VAGA E NA PLÁSTICA.

Responsável

Médico: CAMILA PINTO DE NADAI

Data: 21/11/2019

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408050632	Procedimento Eletivo	13/11/2019 19:00	TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA	RAIMUNDO MARCELO DA SILVA GIRAÓ
Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408060638	Procedimento Eletivo	20/11/2019 11:30	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METATARSO INTER-FALANGEANA	JOAO MAMEDE SOARES BRAGA

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-061 - Fortaleza - Ceará
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.

Camila P. De Nadai
Assinatura
02/11/2019 19:57:14

Paciente: SEBASTIAO DELFINO XAVIER		
Idade: 39 ano(s) 10 mes(es) e 22 dia(s)	Sexo: Masculino	Pront.: 5639218
Endereço: RUA NOVA CONQUISTA		Bairro: GRANJA LISBOA
Num: 4026	CEP: 60540-234	UF: CEARÁ
Cidade: FORTALEZA		

Localização		
Clinica: UNIDADE 25	Enfermaria: 252	Leito: 2511
Internação 16/10/2019	15:50	Alta: * Não Informado * * Não Informado

Agendamento		
Data:	Data:	Data:
Hora:	Hora:	Hora:
Código	Código	Código

Rua Barão do Rio Branco, 1816, Centro - CEP: 60025-081 - Fortaleza - Ceará
Unidade mantida com recursos públicos, provenientes de seus impostos e contribuições sociais.



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 15 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200022637

Vítima: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Data do Acidente: 08/10/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SEBASTIAO DELFINO XAVIER

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 10.462,50

Dano Pessoal: Perda anatômica completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Dedos mão-Perda funcional completa de qualquer

um dentre os outros dedos da mão 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Dano Pessoal: Perda da visão de um olho 50%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 50%) 37,50%

Valor a indenizar: 37,50% x 13.500,00 = R\$ 5.062,50

Recebedor: SEBASTIAO DELFINO XAVIER

Valor: R\$ 10.462,50

Banco: 104

Agência: 000001469

Conta: 0000093850-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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