



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: *André Luiz Sales de Sousa, brasileiro,*
casado, pedreiro, CPF: 762.851.383-20 CNH: 0540
52174, residente e domiciliado av. Senador Fernando
Taboira nº 3415 N, PQ. Genibau, Fortaleza - Ce
Cep: 60.534-281.

OUTORGADO: JOAO GUIMARAES DA SILVA, brasileiro, casado, advogado,
 inscrito na OAB/CE sob nº 32.963, email: guimardes_silva1@hotmail.com, com
 endereço laboral na Avenida João Pessoa 7164, sala 201 - Parangaba, Fortaleza-CE.
 CEP: 60.545-812.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante
 procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicium et*
extra, para o foro em geral e especialmente para AÇÃO DE DPVAT, podendo,
 portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer
 instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar
 ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho
 deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado acima
 descrito, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do
 pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação,
 receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar
 declaração de hipossuficiência econômica. Em conformidade com a norma do art.
 105 do CPC.

Fortaleza (CE), 03 de Dezembro de 2018.

+ André Luiz Sales de Sousa



JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

André Luiz Sales de Sousa, brasileiro, casado,
Procurador, CPF: 762.851.383-20, CNH: 05409752174,
Residente e domiciliado à rua (rua) Senador Ferraz da Silva
Nº 3415 R, PR Genibau - Fortaleza - Ce.

Declaro de acordo com o art. 1º da lei 7115/83, não ter condições financeira de arcar com as custas judiciais e honorários advocatícios, sem prejuízo do sustento próprio e da minha família, sendo beneficiário de GRATUIDADE DE JUSTIÇA, por força do artigo 5º, inciso LXXIV, da CF/88, e do artigo 4º da lei 1060/50, com redação dada pela lei 7510/86, indicando para patrocínio de minha causa o advogado em PROCURAÇÃO.

Fortaleza, 03 de Dezembro de 2018

x André Luiz Sales de Sousa
(Assinatura)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		
MINISTÉRIO DAS CIDADES		
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
 NOME ANDRE LUIZ SALES DE SOUSA		
 DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR W 20075249035 SSPDS CE		
CPF 762.851.383-20 DATA NASCIMENTO 18/08/1976		
TITULAÇÃO JOSE GONCALVES DE SOUSA EDITE SALES DE SOUSA PERMISSÃO [] ACC [] CAT. HAB. A		
Nº REGISTRO 05409752174 VALIDADE 04/10/2021 1ª HABILITAÇÃO 26/01/2012		
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
Assinatura do Portador: <i>Andre Luiz Sales de Sousa</i>		
LOCAL: FORTALEZA, CE DATA EMISSÃO: 06/10/2016		
Assinatura do Emissor: <i>Idor Vasconcelos Pôrto</i> 26284818452 CE155724185		
DETRAN CE (CEARA)		

VALIDA EM TODOS
O TERRITÓRIO NACIONAL
1403662435

PROIBIDO PLASTIFICAR
1403662435



Nº de Inscrição:

002506416

DADOS DO CLIENTE

Nome: ANDRE LUIZ S DE SOUSA

Endereço: AV SEN FERNANDES TAIVORA, 3415, A, GENIBAU

Cidade: FORTALEZA

60534-281

Endereço

Cidade

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

RECEITAS

Receitas

Receitas

Receitas

Receitas

Receitas

Receitas

INFORMAÇÕES SOBRE A FATURA

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

Endereço

INFORMAÇÕES E INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

MEDIA DE CONSUMO(OUT/14 A SET/15): 12 m3 | META: 10 m3.

Constatamos debito de R\$ 44,12. Caso pago, desconsiderar.

DIGITE ARCE NA PLAY STORE E BAIXE O APLICATIVO DA ARCE.

RECEITAS DO CLIENTE

Valor R\$

RECEITAS DO CLIENTE

AGUA

24,40

Jul/17

9

0

ago/17

10

0

set/17

10

0

out/17

8

0

nov/17

11

0

dez/17

10

0

jan/18

13

0

fev/18

12

0

mar/18

12

0

abr/18

9

0

mai/18

12

0

jun/18

12

0

RECEITAS DO CLIENTE

Descrição

Valor R\$

Descrição

Valor R\$

PIS

0,23

VALOR DO SERVIÇO

38,70

COFINS

1,16

VALOR DO SUBSIDIO

14,30

VALOR TOTAL A PAGAR

24,40

07/2018

06/08/2018

24,40

ONLINE PAGAR SUA FATURA

I:353584050764782 L:0242 H:08:18:48 R:052 P:001

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



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

Mais informações pelo telefone: 0800 225 0111, nas lojas de atendimento, de 8h às 17h, no site www.cagece.com.br ou na ouvidoria da Cagece: 3101.1918, de 8h às 12h e 13h às 17h. Ouvidoria estadual: Site da ARCE: www.arce.gov.br.

Entidades Reguladoras: Fortaleza: ACFOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental. Demais localidades: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará.



Fatura Mensal

Via do agente arrecadador

353584050764782 - 0242

002506416

002506416

07/2018

001

092

0203

0213

0000

FORTALEZA

06/08/2018

24,40

82670000000 1 24400009300 9 00250641601 1 00072222015 9





JOÃO GUIMARÃES DA SILVA
ADVOCACIA E ASSESSORIA JURÍDICA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pelo presente, o Sr.(a) André Luiz Sales de Sousa

DECLARA para os devidos fins de direito, ser responsável (civil e criminal) pelos fatos, informações e documentos apresentados e juntos ao processo judicial de cobrança de seguro DPVAT, em desfavor de qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, exonerando o Dr. João Guimarães da Silva, OAB/CE 32.963, bem como o estagiário Márcio Ferreira de Carvalho, portador de CPF 460.968.683-04, de qualquer responsabilidade civil ou criminal.

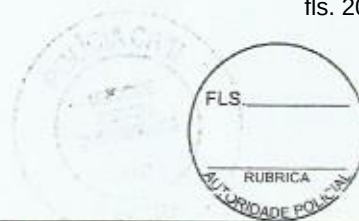
Fortaleza/CE 03 de dezembro de 2018

Declarante

+ André Luiz Sales de Sousa



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 3058 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **18/07/2018 16:08:41**
Data / Hora da Ocorrência: **02/04/2018 17:40:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA MISTER HULL**
Complemento:
Bairro: **ANTONIO BEZERRA** Município: **FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência: **RODOVIÁRIA DOS POBRES**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANDRE LUIZ SALES DE SOUSA**
Nascimento: **18/08/1976** CPF: **762.851.383-20**
RG: **20075249035** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **EDITE SALES DE SOUSA**
JOSE GONÇALVES DE SOUSA
Endereço: **AVENIDA SENADOR FERNANDES TÁVORA, 3415 A**
Bairro: **GENIBAU**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.531-281**
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98742-7703**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **OCP3673** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi:
9C2JC4110BR759688 Renavam: **334225213** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano
Fabricação: **2011** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:
VERMELHA Proprietário: **ANDRE LUIZ SALES DE SOUSA** Situação:
NAO INFORMADO Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Afirma o declarante que na data, hora e local acima citados, pilotava sua motocicleta de placa OCP3673 (acima descrita) quando foi colidido por um carro de placas não anotadas; QUE, com a colisão, o declarante caiu ao solo e lesionou-se, sendo levado pela motorista desse carro ao Hospital Distrital Evandro Ayres de Moura (Frocinha de Antonio Bezerra); Que, é responsável pelas informações aqui prestadas; QUE, está ciente do prazo de 06 (seis) meses para representação criminal; E nada mais disse.
FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ART. 340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SUZETE MARIA LIMA GONÇALVES - MAT.: 133215-1-5

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Andre Luiz Sales de Sousa

VISTO DO DELEGADO(A) :

JOSE RODRIGUES JUNIOR - MAT.: 126788-1-9

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014136930140
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01 COD. RENAVAM 334225213 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2018

NOME
ANDRE LUIZ SALES DE SOUSA

FORTALEZA /CE

CPF / CNPJ 76285138320 PLACA OCP3673/CE

PLACA ANT. UF /CE CHASSI 9C2JC4110BR759688

ESPECÍFICO PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTÍVEL GASOLINA

MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS ANO FAB. 2011 ANO MOD. 2011

CAP. POT. CC. 2P/OCV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE VERMELHA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I P V A ***** ** **/ **/ ** 1º *
PAIXA ÚNICA PARCELAMENTO / COTAS 2º *
***** ** **/ **/ ** 3º *

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 180.65 IOF (R\$) 0.70 PRÊMIO TOTAL (R\$) 185.50 DATA DE PAGAMENTO 29/03/2018

OBSERVAÇÕES

LOCAL FORTALEZA DATA 25/04/2018

Igor Ponte
Superintendente



DETRAN-CE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULO
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT fls. 21

CE Nº 014136930140 BILHETE DE SEGURO DPVAT

76285138320 OCP3673/CE

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 022 1204

014136930140 2410787764

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 25/04/2018

VIA 01 CPF / CNPJ 76285138320 PLACA OCP3673

RENAVAM 334225213 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN KS

ANO FAB. 2011 CATEGORIA PARTIC Nº CHASSI 9C2JC4110BR759688

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 81.29 DENATRAN (R\$) 9.03 CUSTO DO SEGURO (R\$) 90.33

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.70 TOTAL BILHETE COM SEGURO 185.50

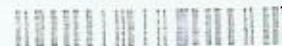
PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO 29/03/2018
☒ COTA ÚNICA ☐ PARCELADO

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 05.245.605/0001-04

MOTOR: JC41E1B759688

00



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOAO GUIMARAES DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/01/2019 às 18:23, sob o número 0102191-20.2019.8.06.0001 e código 428191C. Para conferir o original, acesse o site http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0102191-20.2019.8.06.0001 e código 428191C.

CPF = 462 851.383-20

fls. 22



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. DO MUNICÍPIO

15 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Dor + Inconforto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Tratamento Clínico

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

R-X

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Felipe A. Rocha

CRM 129157 TEOT 14167

0210418

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

39 - UNDE DA EMPRESA

35 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

36 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

39 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

40 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

41 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

42 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

43 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

44 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

45 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

46 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

47 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

48 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

49 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

50 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

51 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

12670020212

2318101950989



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL EVANDRO AYRES DE MOURA ANTÔNIO BEZERRA

SU

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

DADOS PESSOAIS

ANDRE LUIZ SALES DE SOUSA
0808

Nº DO PRONTUÁRIO
164298

Nº DO BE
206299

SOMEIA
EDITE SALES DE SOUSA

NASCIMENTO
18/08/1976(41 ANOS)

SEXO
M

RACIA/COR
PARDO

ENDEREÇO
AV SENADOR FERNANDES TAVORA 3415A GENIBAU

NOME RESPONSÁVEL
O MESMO

MUNICÍPIO

UF
CE

CONTATO
(85)98742-7703

CEP
NI

OCORRÊNCIA

TÍTULO DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

EXEMPLO
PCT REFERE TER SOFRIDO ATROPELAMENTO POR CARRO E DEPOIS QUEDA, MÍD AFETADO

MOTIVO
ATROPELAMENTO

SÍMBOLO
NI

ESCALA DE DOR
99 (ADULTO)

SINAIS VITAIS

SEXO
NI

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI

SAT O2
NI%

PULSO
NI

GLICÊMIA
NI

TEMPERATURA
NI °C

ALERGIA
NI

CLASSIFICAÇÃO
AZUL

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
ITALO LENNON SALES DE ALMEIDA

DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO
02/04/2018 19:15:05

EXEMPLO
ATENDIMENTO TRAUMA

ÁREA ATENDIMENTO

EXEMPLO

ATENDIMENTO MÉDICO

Rx tornozelo dir. (WPII)
Rx pé dir. (AP)
Fratura bimaléolar tornozelo dir.

303090200

AGENDADO

EXEMPLO
() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRÂNIO () RAIO-X

() OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

ca. Interferon

Tela bota

Abir prontuário c/ luto

Marco Antonio Araújo Costa
Ortopedia e Traumatologia

TIPO DE ALTA/SAÍDA

EXEMPLO
() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS

DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Assinado por Italo Lennon Sales de Almeida em 02/04/2018 às 19:15:08

claro 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.

ANDRE LUIZ SALES DE SOUSA

Marcia Ramor
Mat. 45632
Coordenador do SAME - HDEA11

DESCRIÇÃO DE CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: **ANDRÉ LUIZ SALES DE SOUSA** Pront: 164298

DATA DA CIRURGIA: **09/04/2018** UNIDADE: LEITO:

CIRURGIÃO: DR. LIMO COSTA 1º AUX.: DR. GLAUTER CARLOS FÉLIX 2º AUX.:

AUX. CIRCULANTE: AUX. INSTRUMENTADORA:

ANESTESISTA: DR. MARCIA TIPO DE ANESTESIA:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: **FRATURA DE PILÃO TIBIAL DIR (POSTEROMEDIAL) + DISSOCIAÇÃO DOS FRAGMENTOS EM FRAT ARTICULAR**

TIPO DE CIRURGIA: **TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DE PILÃO e REPARO DE LESÃO**

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO: **3.07.27.13-8** **LIGAMENTAR AGUDA**
O mesmo **3.07.28.14-2**

EXAMES DURANTE ATO CIRÚRGICO:
Intensificador de Imagem

INTERCORRÊNCIAS DURANTE A CIRURGIA:

HOSPITAL DISTRITAL DR. EVARDO ATRES DE MOURA
ATESTADO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL
Marcia Lima
Méd. 5532
Coordenadora do Serviço de Radiologia

DESCRIÇÃO

- 1) PACIENTE EM DDV SOB EFEITO ANESTÉSICO
- 2) ASEPSIA E ANTISSEPÇÃO + APOSIÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- 3) ACESSO CIRÚRGICO POSTEROLATERAL AO PILÃO TIBIAL E AO MALEOLO LATERAL + DISSECCÃO POR PLANOS ANATÔMICOS
- 4) REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA DO MALEOLO + FIXAÇÃO INTERNA COM UMA PLACA TERÇO TUBULAR 3,5mm + PARAFUSOS CORTICAIS 3,5mm
- 5) REDUÇÃO ABERTA DA FRATURA DO PILÃO TIBIAL POSTERIOR + FIXAÇÃO INTERNA COM UMA PLACA TERÇO TUBULAR PARA SUPORTE + PARAFUSOS CORTICAIS 3,5mm
- 6) VERIFICADA PRESENÇA DE TRAÇO DE FRATURA MEDIAL NA TÍBIA DISTAL, SENDO REALIZADO ACESSO MEDIAL + DISSECCÃO POR PLANOS ANATÔMICOS + REDUÇÃO ABERTA E FIXAÇÃO INTERNA COM UMA PLACA DE SUPORTE TERÇO TUBULAR 3,5mm + PARAFUSOS CORTICAIS 3,5mm
- 7) CONTROLE RADIOGRÁFICO COM INTENSIFICADOR DE IMAGEM
- 8) SÍNTESE POR PLANOS ANATÔMICOS
- 9) CURATIVO ESTÉRIL
- 10) TALA BOTA GESSADA
- 11) ENCAMINHADO À SR em BEG

Dr. GLAUTER CARLOS FÉLIX
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14059 / SBOT 15454

Dr. Lino Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 16.205 / FORT 45731

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOAO GUIMARAES DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 12/01/2019 às 18:23, sob o número 01021912020198060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0102191-20.2019.8.06.0001 e código 428191D.



Prefeitura de
Fortaleza

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DISTRITAL Dr. EVANDRO AYRES DE MOURA
FICHA DE ANESTESIA



NOME: ANDRÉ LUIZ SALES DE SOUZA Nº PRONTUÁRIO: _____
LEITO: _____

ENFERMARIA: _____

DATA: <u>31/4/16</u>	PRESSÃO ARTERIAL: <u>125 x 82</u>	PULSO: <u>75</u>	RESPIRAÇÃO: <u>20</u>	TEMPERATURA: <u>AF</u>	PESO: _____	ALTURA: _____
TIPO SANGÜÍNEO: _____	HEMOGLOBINA: _____	HEMATÓCRITO: _____	PLAQUETAS: _____	GLICEMIA: _____	OUTROS: _____	
URINA: _____			UREIA: _____	CREATININA: _____	ASMA: <u>N</u>	
						BRONQUITE: <u>N</u>

APARELHO RESPIRATÓRIO: TOSSA NÃO PRODUZIVA, MP: MVU S/ RA

APARELHO CIRCULATÓRIO: NÃO

ALVO DIGESTIVO: NÃO

ESTADO MENTAL: OK

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: _____

ANESTESIAS ANTERIORES: OK

MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA: _____

APLICADA ÀS: _____

ECGITO: _____

ALERGIA: NÃO

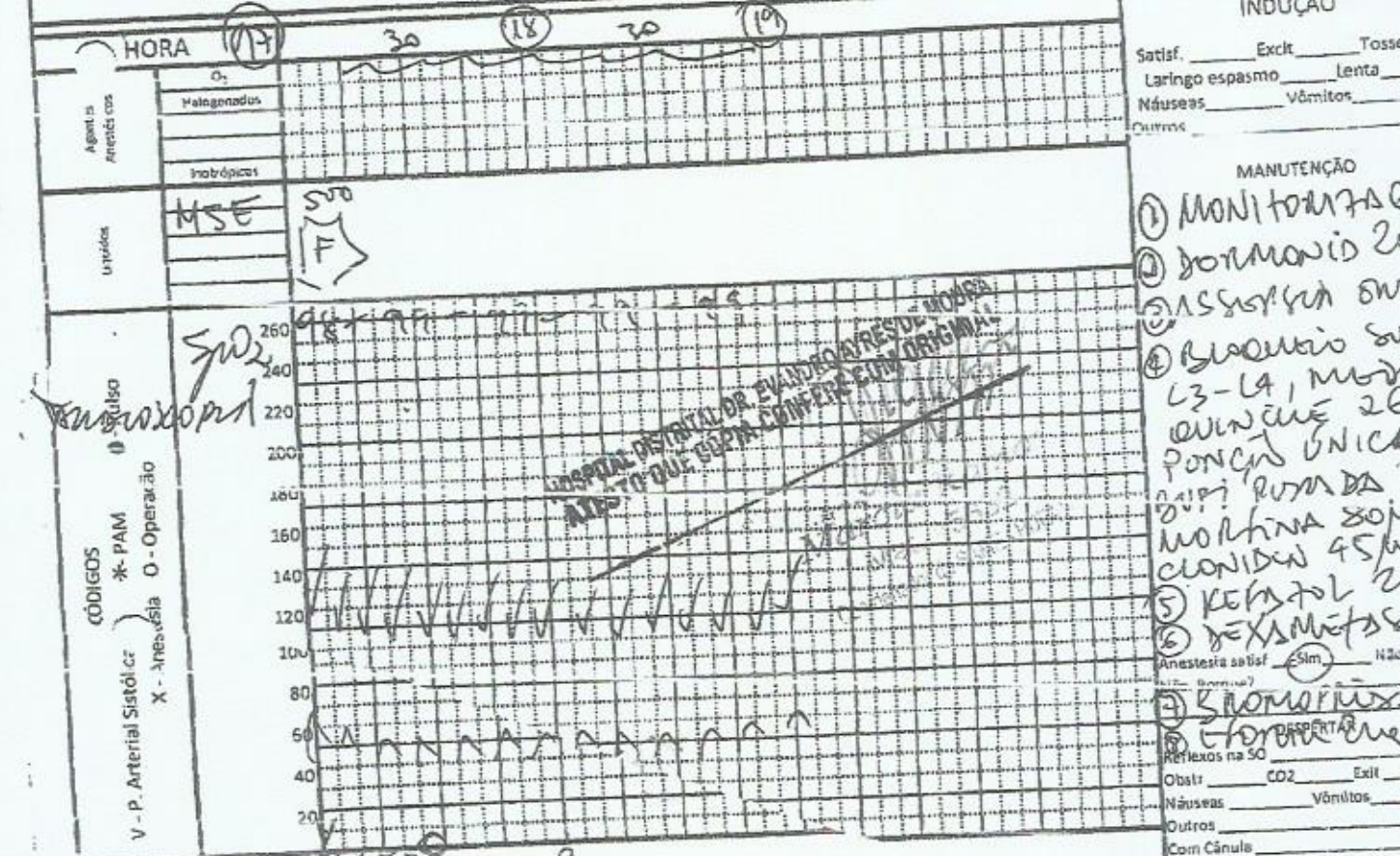
ESTADO FÍSICO: I

EMERGÊNCIA (): _____

ELETIVA: X

HIPOTENSORES: N

RISCO: _____



SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES: 12557 346

POSIÇÃO: DVH Faixa: 17:30 (início)

AGENTES: _____

TÉCNICAS ANESTÉSICAS: Relatório subaracnóideo + Sedação

CIRURGIA: Tratamento cirúrgico - fratura de fêmur + fixação com placa e parafusos

CIRURGIÕES: Dr. Hélio / Dr. Gustavo

ANESTESISTAS: Dr. Márcia Castro

OBSERVAÇÕES: _____

INDUÇÃO: Satisf. _____ Exclt. _____ Tosse _____
Laríngeo espasmo _____ Lenta _____
Náuseas _____ Vômitos _____
Outros: _____

MANUTENÇÃO: 1) Monitorização 2) Dormação 2mg 3) Assessoria em 4) Bloqueio subaracnóideo 5) 13-14, 15-16, 17-18, 19-20, 21-22, 23-24, 25-26, 27-28, 29-30, 31-32, 33-34, 35-36, 37-38, 39-40, 41-42, 43-44, 45-46, 47-48, 49-50, 51-52, 53-54, 55-56, 57-58, 59-60, 61-62, 63-64, 65-66, 67-68, 69-70, 71-72, 73-74, 75-76, 77-78, 79-80, 81-82, 83-84, 85-86, 87-88, 89-90, 91-92, 93-94, 95-96, 97-98, 99-100

ANESTESIA Satisf. Sim Não

REFLEXOS NA SO: Sim Não

Obstr. CO2 Exclt

Náuseas Vômitos

Outros: _____

Com Cânula: Sim Não

CONDICÕES: 9) Dormação 2mg

CÂNULAS: _____

TEMPO GARROTE: _____

PERDA SANGÜÍNEA: _____

INÍCIO: _____

TÉRMINO: _____

DURAÇÃO: _____

Dr. Márcia de Castro Castro
Anestesiologista
CRM-CE 3762



HDEAM - Hospital Distrital Dr. Evandro Ayres de Moura
Frotinha de Antônio Bezerra



Prefeitura de
Fortaleza



RECEITA

P1: André Luiz Sales de Sousa

^ frotinópolis,

Paciente, 41 anos, realizou cirurgia de
fratura de tórax direito em 03/04/13.
Sem frotinópolis para ADM de
tórax direito. Liberação de or-
telas. (20 anos)

Dr. Lívio Costa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18389 TEOT 15731

21/05/13

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

RUA CANDIDO MAIA - 294 - ANTONIO BEZERRA - PAIX (85) 34883210 CNPJ - 04.885.197/0010-35

DR. FERNANDO RABELO DA SILVA

CRM :3630 / ORTOPEDISTA E TRAUMATOLOGIA

RELATÓRIO MÉDICO

P1 Andre Luiz Sales de Sousa.

O paciente acudia com trauma de
tórax (costa), e consequente fratura
bifurcilar no tornozelo direito comunitiva,
foi operado e duas (02) placas na tíbia
e uma placa na fibula; fez 20 sessões
de fisioterapia. Esta de alta definitiva
e ficou com o pé direito funcional
no tornozelo direito. (ob: caso real).

F. R. R. R.: 13/08/2018

Fernando Rabelo da Silva
Ortopedia e Cirurgia da Mão
CRM 3630

DR FERNANDO RABELO DA SILVA

SINISTRO 3180334051 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** ANDRE LUIZ SALES DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE
BENEFICIÁRIO ANDRE LUIZ SALES DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 76285138320**Posição em 03-12-2018 17:20:41**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

<u>Data do Pagamento</u>	<u>Valor da Indenização</u>	<u>Juros e Correção</u>	<u>Valor Total</u>
03/09/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50