



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: <i>Carlos Henrique Araújo Gomes</i>		Data Nasc: <i>06/12/1985</i>
Estado Civil: <i>casado</i>	Profissão: <i>autônomo</i>	Nacionalidade: <i>brasileiro</i>
RG: <i>2002010423394</i>	CPF: <i>030.255.533-16</i>	
Endereço: <i>Travessa Dimeão, nº 1062, na Roca Redonda</i>		
Cidade: <i>Fortaleza</i>	CEP: <i>60.110-000</i>	

OUTORGADO: CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrito na OAB/CE de nº 23.787, com escritório profissional na Rua Pedro Borges, nº 33, sala 516, Ed. Palácio Progresso, Centro, Cep: 60.055-10, Fortaleza-CE, fone: (85) 3055 9918.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, 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 lhe 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, transigir, requerer, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, dar ou receber quitações, fazer levantamento de valores depositados, firmar autorizações de 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.

Fortaleza (CE), 05 de Março de 20 20.

Carlos Henrique Araújo Gomes
OUTORGANTE

Ese documento é cópia autenticada digitalmente por OAB/CE em 05/03/2020 às 13:32, sob o número 02101278620208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 021012786-2020.8.06.0001 e código 61F185D.



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Declaro para os devidos fins que eu,
Carlos Henrique Araújo Gomes, residente e
domiciliado na Travessa Dimeão, nº _____,
bairro: Rua Redonda na cidade de Fortaleza, portador(a) do
RG nº 2002010423394, inscrito(a) no CPF nº 030.255.533-16,
estou impossibilitado(a) de custear despesas judiciais sem prejuízo de meu
próprio sustento e da família não podendo arcar com custas processuais pelo que
declara ser pobre nos termos da lei nº 7.115 de 29 de agosto de 1983, pelo que
assume inteira responsabilidade, requer os benefícios da Justiça Gratuita, com
esteio na lei nº 1060/05.

Fortaleza, 05 de Março de 20 20.

Carlos Henrique Araújo Gomes
DECLARANTE

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado de Ceará, protocolado em 06/03/2020 às 13:33, sob número 0210127-86.2020.8.06.0001 e código 61F185D. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0210127-86.2020.8.06.0001 e código 61F185D.



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Henrique Araújo Gomes, brasileiro(a), casado, autônomo, portador(a) de cédula de identidade nº 2002010423394, inscrito(a) no CPF sob o nº 030.255.533-16, DECLARO que tenho domicílio e sou residente na Travessa Limaão, nº 1062, Bairro Loaga Redonda, CEP: 60.110 - 000 /CE, conforme comprovante de endereço anexo em meu nome.

Fortaleza, 05 de Março 2020.

Carlos Henrique Araújo Gomes

DECLARANTE

TESTEMUNHA:

1. _____

RG Nº :

CPF Nº:

2. _____

RG Nº

CPF Nº



CAROLINA FREITAS
ADVOCACIA

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Pela _____ presente, _____ o _____ (a)
Sr(a) Carlos Henrique Araújo Gomes Declara para os
devidos fins de direito que tem total e plena consciência da propositura da AÇÃO DE COBRANÇA
DE SEGURO DPVAT em seu nome, e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, mais
precisamente na Comarca de Fortaleza, ressaltando, ainda, que até a presente data, não propôs
nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consórcio de seguro DPVAT, referente aos
fatos narrados e aos documentos ora apresentados.

Outrossim, DECLARA, ainda, estar ciente de sua responsabilidade (civil e criminal)
pelos fatos, informações e documentos apresentados e anexados ao processo judicial de cobrança
de seguro DPVAT, principalmente em caso de falsa declaração com o fim de alterar a licitude
sobre fato juridicamente relevante, exonerando a Dra. CAROLINA FREITAS MOREIRA, OAB/CE
Nº 23.787, de qualquer responsabilidade civil e/ ou criminal.

Fortaleza, 05 de Março 20 20.

Carlos Henrique Araújo Gomes

DECLARANTE

TESTEMUNHAS:

1. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

2. NOME:

CPF:

ASSINATURA:

Nº do Cliente

3603261

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

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

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº 042837542

Rota FOM09U20 - 5400 Referência 12/2019

Nome REGINA LUCIA SILVA ARAUJO

Endereço TR SIMEAO, 01062, LAGOA REDONDA, 60110-000, FORTALEZA

Classificação Residencial Pleno

Modalidade Tarifária B1 RESIDENCIAL

Ligação Monofásico

Emissão 16/12/2019

Medidor 6397913-ELE-626

ÁREA RESERVADA AO FISCO
AB13635800451440C9928FC3130E835

ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)

DATAS DE LEITURA P.F.: 32 dias

Anterior	Atual	Próxima prevista
14/11/2019	16/12/2019	14/01/2020

DADOS DA MEDIÇÃO

Posto	Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo Mês (kWh)	Consumo Incl. (kWh)	Consumo Fat. (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP	2.199	1.877	1,00	322	00	322	0,75332	242,57

DADOS DO FATURAMENTO

	TARIFA	VALOR (R\$)
CIP - ILLUM PUB PREF MUNIC	-	29,00
ADICIONAL BAND. AMARELA	0,00947	3,05
ADICIONAL BAND. VERMELHA	0,02957	9,52
CONSUMO	0,75332	242,57
MULTA	-	4,47

Tributo:	Base (R\$):	Aliquota (%):	Valor (R\$):
ICMS	255,14	27,00	68,88
PIS	255,14	0,49	1,23
COFINS	255,14	2,24	5,69

VERBA DEBÍTO

03/01/2020

DO CANCELAMENTO

288,61

CONSUMO CONSCIENTE

EMISSIONES DE CO₂ (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
125,70	0,00	

PERÍODOS DE PAGAMENTO

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 15/11 - 30/11 Amarela : 01/12 - 16/12

SE VOCÊ RECEBIU DUAS CONTAS MESMO VENC NO MES TEM OPÇÃO PARCELAR EM ATÉ 20X SEM JUROS, PELO 0800-0029940 OU FALE COM A ENEL NO CONSUMIDOR.GOV.BR AS CONTAS SÃO DEVIDAS REFERENTE A CONSUMO DE PERÍODO DIFERENTES. PEDIMOS DESCULPAS PELO TRANSTORNO.

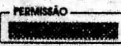
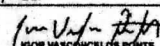
DEBITOS ANTERIORES	MES ANO	VALOR (R\$)
01/2019	206,97	
02/2019	205,51	
03/2019	154,29	
04/2019	249,19	
05/2019	258,62	
06/2019	258,15	
Total:	R\$ 1.433,63	

Nº do Cliente: 3603261 Referência: 12/2019 V. [1.0.0.5]

Data de Emissão: 16/12/2019 Total a Pagar (R\$): 288,61

Nº da Nota Fiscal: 042837542 Nº de Controle: 10007105890

8385000002 4 88610031010 7 00710589007 0 00003603261 1

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME CARLOS HENRIQUE ARAUJO GOMES	
	DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 2002010423394 SSP CE
CPF 030.255.533-16	DATA NASCIMENTO 06/12/1985
RELACÃO LUIZ CARLOS GOMES DA SILVA REGINA LUCIA SILVA ARAUJO	
PERMISSÃO 	ACC 
CAT. HAB. A	
Nº REGISTRO 06281106767	VALIDADE 03/01/2025
	1ª HABILITAÇÃO 14/01/2015
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
<i>Carlos Henrique Araujo Gomes</i> ASSINATURA DO PORTADOR	
LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 08/01/2020
 IGOR VASCONCELOS PONTE	41785368681 CE174325916
ASSINATURA DO EMISSOR CEARÁ	

VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL
1847014896

PROIBIDO PLASTIFICAR
1847014896



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 137 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **16/01/2020 13:36:30**
Data / Hora da Ocorrência: **05/09/2019 05:42:00**
Endereço da Ocorrência: **AV DESEMBARGADOR GONZAGA , CIDADE DOS FUNCIONARIOS - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CARLOS HENRIQUE ARAUJO GOMES**
Nascimento: **06/12/1985** CPF: **030.255.533-16**
RG: **2002010423394** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **REGINA LUCIA SILVA ARAUJO**
LUIZ CARLOS GOMES DA SILVA
Endereço: **TRAVESSA SIMIÃO , 1062**
Bairro: **LAGOA REDONDA**
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 99695-6049**

Dados do(s) Veículo(s)

- 1) Placa: **PMN6052** Uf: **CE** Município: **CAUCAIA** Chassi: **9C2KC2500KR038114** Renavam: **1187121743** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 160 START** Ano Fabricação: **2019** Ano Modelo: **2019** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **LUIZ CRISTIANO ARAUJO GOMES** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**
- 2) Placa: **PSJ9429** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9BD37417SG5080753** Renavam: **1071401308** Tipo do Veículo: **AUTOMOVEI** Marca / Modelo: **FIAT/WEEKEND ADVENTURE** Ano Fabricação: **2015** Ano Modelo: **2016** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL** Cor: **BRANCA** Proprietário: **KENIO PATRICIO LIMA DE OLIVEIRA** Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

QUE COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR, QUE NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO UMA MOTO DE PLACA PMN-6052 NA AVENIDA DESEMBARGADOR GONZAGA QUANDO UM CARRO DE PLACAS PSJ-9429 AVANÇOU A PREFERENCIAL COLIDINDO COM A MOTO QUE A VITIMA TRANSITAVA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO FICANDO LESIONADA E SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. E NADA MAIS DISSE./////////
OBS: FALSA COMUNICAÇÃO É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 340 DO CPB.
PRAZO PARA REPRESENTAÇÃO CRIMINAL: 6 MESES.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 13. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 16/01/2020 13:43:19

Pág. 1 de 2

Impresso em: 16/01/2020 13:43:19

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/03/2020 às 13:32, sob o número 02161278620208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0216127-86.2020.8.06.0001 e código 61F185D.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 202046719



BOLETIM DE Ocorrência Nº 301 - 137 / 2020

FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A) :

Evandro Alves de Souza
Bel. Evandro Alves de Souza
Delegado de Polícia
MAT. 14699

EVANDRO ALVES DE SOUZA - MAT.: 14699



DECLARAÇÃO



Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Carlos Henrique Araujo Gomes - C.P.F. - 030.255.533-16**, no dia **05/09/2019**, às **19h42min**, na **Avenida Desembargador Gonzaga**, no **Bairro Cidade dos Funcionários**, vítima de acidente de trânsito.

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

Documento requerido por meio do Processo nº **P016904/2020**.

Fortaleza, 08 de Janeiro de 2020.

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



P-016904/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 11	PONTO DE APOIO: SER-UI	Nº DA OCORRÊNCIA: 0780
DATA: 05/09/2019	TURNO: SN	EQUIPE: Magna + Sérgio
NOME: Carlos Henrique Araújo Gomes	IDADE: 33	SEXO: M
ENDEREÇO: Av. Desembargador Gonzaga, 1747	BAIRRO: Cid. Funcion.	
REFERÊNCIA:		
QTY: 19:30	QUS: 19:42	QUY: 20:08 1º
		QUU: 21:03
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão 20:27 2º Atm: Dra. Camila		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

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

A Via Aéreas	☒ PÉRVEAS	☐ OBSTRUÍDAS	POR: _____
------------------------	---	-------------------------------------	------------

RESPIRAÇÃO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
☒ EUPNEICO	☒ NORMAL	☐ NORMAL	☐ NORMAL
☐ TAQUIPNEICO	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____	☐ ALTERADA: _____
☐ BRADIPNEICO			
☐ AGÔNICA/ AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
☒ NORMOCÁRDICO	☐ CHEIO	☒ CORADA	☐ ≤ 2 seg	☐ SIM
☐ TRAQUICÁRDICO	☐ FILIFORME	☐ PÁLIDA	☐ > 2 seg	☒ NÃO
☐ BRADICÁRDICO	☐ IMPALPÁVEL	☐ CIANÓTICA		
LOCAL: _____		☐ SUDOREICA		
		☐ SECA		
		☐ QUENTE		
		☐ FRIA		

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	
NENHUMA ☐ 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) ☐ 2	FLEXÃO ANORMAL ☐ 3	
TOTAL: 15	NENHUMA ☐ 1	EXTENSÃO ANORMAL ☐ 2	
PUPILAS: ☒ NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)		NENHUMA ☐ 1	
☐ ALTERADAS			

E Exposição	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO

SAMPLA

FC: 94	PA: 120 x 70	FR: 18	GLIC.: _____	OXIM.: 9.8	TEMP.: _____
--------	--------------	--------	--------------	------------	--------------

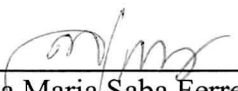
Colisão com moto. Alerta, orientado, nega sinais de lesão. Relata uso do capacete. Apresenta suspeita de fratura fechada em tíbia e fíbula direitos.

CERTIDÃO NARRATIVA

Certifico, em virtude da faculdade que me é conferida por lei, que o Sr. Carlos Henrique Araújo Gomes esteve internado nesta unidade hospitalar no período de 05/09/2019 a 17/09/2019 sob o prontuário de nº 388111 com diagnóstico de fratura de tíbia direita, sendo realizado tratamento cirúrgico e recebendo alta medica do profissional responsável.

Atenciosamente,

Fortaleza 23 Setembro de 2019


Mônica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do NUAC

Mônica Maria Saba Ferreira
Coordenadora do NUAC
CPF: 259.032.955-77
Mat: 15984



SUS
Sistema Único de Saúde
CCI - Central de Controle de Internação

PROFESSORIA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
PROTEÇÃO DE FORTALEZA
AV. Odeir de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 66.720-900
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3131-7322

CENTRAL DE REFERÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CRRF - SARA - PMF

LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LM)

N.º LAUDO:

N.º da AIH:

UNIDADE HOSPITALAR	CGC / CNPJ
HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA	07.835.044 / 0002-61

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE			
CARLOS HERNANDEZ ARAUJO GOMES			
ENDEREÇO DO PACIENTE			
RUA: RAFAEL FLORENZO Nº 7062			
BARRIO	MUNICIPIO	UF	CEP
LACOA REDONDA	FORTALEZA	CE	
DATA DO NASCIMENTO	SEXO	CONDIÇÃO	
06/12/1985	1. ☒ MASC 3. ☐ FEM	2. ☐ SEGURADO 4. ☐ CONJUGE 6. ☐ FILHO 8. ☐ OUTRO DEP.	
NOME DA MÃE			
REGINA LUCIA SILVA ARAUJO			

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MEDICO SOLICITANTE	CPF E ASSINAT. DO MEDICO RESPONSÁVEL	CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO
71439060313	Paulo Elivel Prota Ponte	
C. INT.	PROCEDIMENTO SOLICITADO	
112	Ortopedia e Traumatologia	
DATA DA EMISSÃO	CREMEC: 8314 890T: 11203	
01/11/19		

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Tm pm c M Pr. F. V. Am. d
INDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
Pr. F. V. Am. d Mônica Silva M. 11/19/19

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS

DIAGNÓSTICO INICIAL	TIPO DE CLÍNICA
fx + Am. d	1. ☐ CIRÚRGICA 2. ☐ OBSTÉTRICA
	3. ☐ CLÍNICA MÉDICA 4. ☐ TISIOPEUMOL
	5. ☐ PSIQUIÁTRICA 6. ☐ PEDIÁTRICA
	9. ☐ OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO
Pr. F. V. Am. d

CRM - MEDICO SOLICITANTE	ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO SOLICITANTE	DATA	HORA
	Paulo Elivel Prota Ponte		

Paulo Elivel Prota Ponte
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 8314 890T: 11203

Carlos Henrique Araújo Gomes.

0510912019

DATA	EVOLUÇÃO
------	----------

25/09/19 Paciente C.H.A.G. 33 anos, masculino. Internado nesta unidade para TTD de Fratura: de tíbia D. Apresentando proiecção de fratura. AOP em MSB pérvio, comestivo, suado, decumbente, repleta em AA. Rega cometicada, bruciação, puzentis, diuina espontânea e puzente. Sem quluxos no período. Segui internado para a equipe de enfermagem.

3m
Discarded
Deborah Elyse J. ...
COREN-CE 533.334 - ENF

1/4 Torçente sobrecarga a 1/4 carga de
1/4 faturar da perna (D) sem interferência

Dr. Nelson Silveira Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.957 TEOD 16417

16/05/15 C.H. A.G, 33a, masculino. Retornou do C.C em POR de 11a viagem de fratura do MID. Exolu comente, orientado, empurreis em ar ambiente, CVP em MSE. Eliminações fisiológicas (+). Segue aos cuidados da equipe.

2. Sekretariat des Rotkreuzes
Sartenecke Baumelch 39
CH-1001

12/10/9/9. Henrique de alta hospitalar. Satis com
manobras de pulmão familiares. 30

NOTA: Este documento é uma cópia.
ESTE QUE CÓPIA CORRE COM ORIGINAL

pp. *Shaw*
Monica Sabo
Mar 15 1994

Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DEUT, MARIA JOSE BAIXIANO DE OLIVEIRA
FISIOLOGIA DE FORTALEZA
RUA SODRE DE PAIVA Nº 1227 - Fortaleza - CEP 60730-000 - Fortaleza-CE
Telefone (085) 3244-5041 - Fax (085) 3244-7019

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:
388 111

Paciente: **Carlos Henrique Araújo Gomes**

Data da Operação: **16/09/19** Enfermaria: _____ Leito: _____

Operador: **Dr. Rafael Cavalcante** 1º Auxiliar: **Dr. Nelson Matias**

2º Auxiliar: _____ 3º Auxiliar: _____

Instrumentador: _____ Anestesista: **Dra. Adriano**

Tipo de Anestesia: **Raquiambusíes**

Diagnóstico Pré-operatório: **fratura de fêmur direito em consolidação com desvio lateral**

Tipo de Operação: **Trat. Cirúrgico de fratura de fêmur - Osteotomia**

Diagnóstico Pós-operatório: _____

Relatório Imediato Patologista: _____

Exame Radiológico no ato: _____

Acidente durante a operação: _____

Cirurgia: ☐ Contaminada ☐ Infectada

DESCRIÇÃO DA O. FAZENDO

Via de acesso - Tática e Técnica Ligaduras Drenagem - Sutura - Material Empregado - Aspectos Visceras

- 1) PDD - AAS + Campos + Faixa de torniquete
- 2) Acesso antero-lateral à fêmur
- 3) Realizada osteotomia poro-realinhamento de fratura, com controle rotacional e redução anatómica da fratura
- 4) Fixação com placa DCP estreta 4,5mm
- 5) Controle radiográfico
- 6) Sutura de pele
- 7) Curativo

HOSPITAL DISTITAL Nº JOSÉ MARINHO DE
ATESTO QUE CÓPIA CONFERE COM ORIGINAL

PP- J. J. J. J.

Mônica Silva
Médica

Dr. Rafael da Silva Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.370/RRP 8560/TEOT 16.316

Dr. Nelson Matias
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 14.957/TEOT 16.417

MEDICAMENTO	UNID	QUANT	MEDICAMENTO	UNID	QUANT
ADRENALINA	AMPOLA		PROPOFOL 10ml	AMPOLA	
AGUA DESTILADA	AMPOLA		PROPOFOL 20ml	AMPOLA	
AMICACINA	AMPOLA		PROTAMINA	AMPOLA	
AMPICILINA 1G	AMPOLA		RANITIDINA	AMPOLA	
AMINOFILINA	AMPOLA		SEVOFLURANO	ML	
ATROPINA 0,25MG	AMPOLA		SUCCINILCOLINA	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% C/ ADRENALINA	FRASCO		TIOPENTAL	FRASCO	
BUPIVACAÍNA 0,5% S/ ADRENALINA	FRASCO				
BUPIVACAÍNA 0,5% PESADA	AMPOLA	01			
BICARBONATO DE SÓDIO	AMPOLA				
BROMOPRIDA 10MG	AMPOLA				
CEFALOTINA 500MG	FRASCO	02			
CEFAZOLINA 500MG	FRASCO				
CEFTRIAXONA 1G	FRASCO				
CETOPROFENO 100MG	FRASCO	01			
CETAMINA	ML				
CISATRACURIO	AMPOLA				
CLINDAMICINA	AMPOLA				
CLORETO DE POTÁSSIO 10%	AMPOLA				
DEXAMETASONA	AMPOLA	01			
DESLANOSÍDEO	AMPOLA				
DIAZEPAM 10MG	AMPOLA				
DIPIRONA	AMPOLA	02			
DIPIRONA + ESCOPOLAMINA	AMPOLA				
DOBUTAMINA	AMPOLA				
DOPAMINA	AMPOLA				
ETILEFRINA 10MG	AMPOLA				
ETOMIDATO	AMPOLA				
FENTANIL	AMPOLA	01			
FUROSEMIDA	AMPOLA				
GENTAMICINA	AMPOLA				
HEPARINA	AMPOLA				
HIDROCORTISONA 100MG	FRASCO				
HIDROCORTISONA 500MG	FRASCO				
IPSON	AMPOLA				
ISOFLURANO	ML				
ISORDIL	AMPOLA				
LIDOCAÍNA 2% C/ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA 2% S/ ADRENALINA	FRASCO				
LIDOCAÍNA GEL	FRASCO				
MEPERIDINA 100MG	AMPOLA				
METOCLOPRAMIDA	AMPOLA				
METRONIDAZOL 500MG	FRASCO				
MIDAZOLAN 5MG	AMPOLA				
MIDAZOLAN 15MG	AMPOLA	02			
NALOXONA	AMPOLA				

pp- Ilacusa

Mônica Silva

Mat.15354

SOROS

SANGUE- HEMODERIVADOS

MATERIAS DESCARTÁVEIS

ANESTESISTA-CRM

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 06/03/2020 às 13:32, sob o número 02161278620208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0216127-86.2020.8.06.0001 e código 61F185D.



Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FROTINHA DE PARANGABA
AV. Osório de Paiva nº 1127 - Parangaba - CEP 60.720-000 -Fortaleza-Ceará
Telefone: (85)3131.7322

RECEITA

for which Dept.

from 0) right 102

Dr. Roberto Mendes Rodrigues
Ortopedia - Traumatologia
CRM 1600

DATA: 1 1

CRM - Médico (a)

Rio de Janeiro, 08 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200035643

Vítima: CARLOS HENRIQUE ARAUJO GOMES

Data do Acidente: 05/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), CARLOS HENRIQUE ARAUJO GOMES

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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: CARLOS HENRIQUE ARAUJO GOMES

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000002558

Conta: 000000164725-5

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: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

