

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: Cyraldo Raulino de Holanda Júnior, brasileiro,
solteiro, sem endereço eletrônico, portador do RG 91005030823
SSP DS/CE e CPF nº 512.012.453-34, residente e
domiciliado a rua Stênio Gomes, nº 1699 casa E,
Parque Parque São José, cidade de Fortaleza, estado de
Ceará, CEP: 60.821-450

OUTORGADOS: **ALENCAR, RIBEIRO & SOMBRA ADVOGADOS ASSOCIADOS S/S**, registrada na OAB/CE sob o nº 0860, inscrição CNPJ nº 18.041.675/0001-44, endereço eletrônico ars.juridico@gmail.com, por seus sócios advogados, **FRANCISCO WAGNER BARBOSA DE ALENCAR FILHO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 29.811, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, inscrito na OAB/CE sob o nº 30.204 e **FABIO LIMA SOMBRA**, inscrito na OAB/CE sob o nº 27.447; com escritório profissional, à Rua Joaquim Nabuco, nº 2424, Sala 12, Dionísio Torres, Fortaleza, Ceará, CEP 60.125-121, onde receberão intimações.

PODERES: Por este instrumento particular de mandato, o OUTORGANTE confere ao OUTORGADO plenos poderes para o foro em geral, com a cláusula *ad judicium* et extra, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo uma e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando, conferindo-lhe, ainda, os poderes especiais 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 e assinar declaração de hipossuficiência econômica*, conforme estabelecido no Art. 105 do Código de Processo Civil (Lei 13.105/2015), agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, enfim, praticar todos os atos processuais que ache oportuno e conveniente para o fiel cumprimento deste mandato, dando tudo por bom, verdadeiro, firme e valioso.

Fortaleza - CE, 02 de julho de 2017.

← CYRALDO RAULINO DE HOLANDA JUNIOR
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

Declaro, também, para os devidos fins, ser pobre, na forma e sob as penas da Lei nº 1.060/50, não podendo, assim, arcar com as despesas advindas desse processo sem que haja prejuízo do sustento meu e de minha família.

Fortaleza - CE, ____ de _____ de 2017.

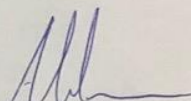
GERALDO RAULINO DE HOLANDA JUNIOR

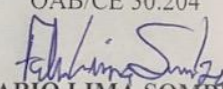
ASSINATURA
DO DECLARANTE

SUBSTABELECIMENTO

EU, **ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE sob o n. 30.204, portador do CPF de nº. 994.876.753-53 e **Dr. FABIO LIMA SOMBRA**, brasileiro, solteiro, advogado regularmente inscrito na OAB/CE 27.447, portador do CPF de nº 036.055.363-01, **SUBSTABELEÇEMOS SEM RESERVA** os poderes que nos foram conferidos por **GERALDO ROULINO DE HOLANDA JUNIOR**, para a advogada Dra. **SARAH BASTOS DE ALENCAR** – OAB/CE 33.781.

Fortaleza - CE, 18 de fevereiro de 2019.


ABELMAR RIBEIRO DA CUNHA NETO
OAB/CE 30.204


FABIO LIMA SOMBRA
OAB/CE 27.447

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NOME
GERALDO RAULINO DE HOLANDA JUNIOR

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR
 91005030823 **BRPDS** **CE**

CPF **DATA NASCIMENTO**
 512.012.753-34 **11/08/1973**

FILIAÇÃO
GERALDO RAULINO DE
HOLANDA
MARIA ZENEIDA COSTA

PERMISSÃO **ACC** **CAZAMA**
 AB

Nº REGISTRO **VALIDADE** **1ª HABILITAÇÃO**
 04983991580 **07/04/2020** **14/07/2010**

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO:

ASSINATURA DO PORTADOR

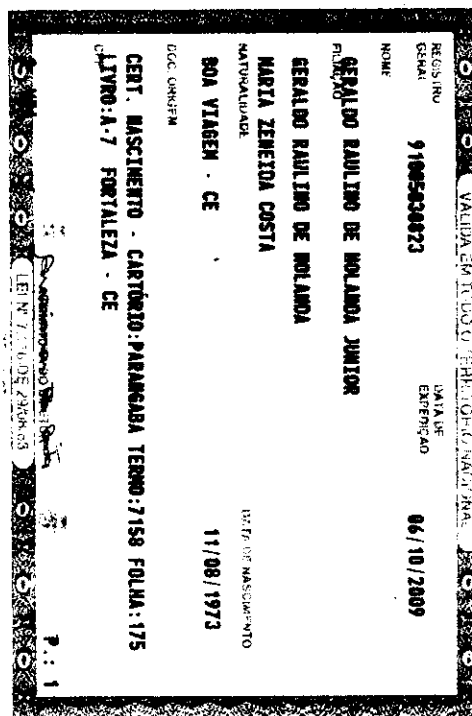
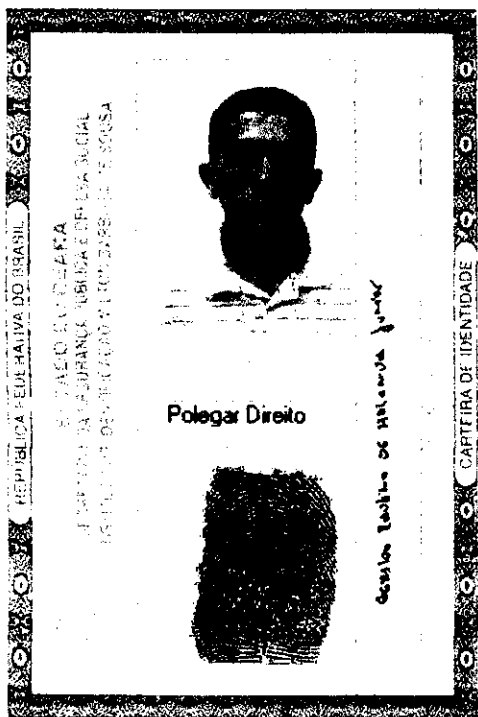
LOCAL **DATA EMISSÃO**
PORTALEZA, CE **15/06/2015**

ASSINATURA DO EMISSOR
 53861004815
 CE146967488

DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO

VÁLIDA EM TODOS
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS
1151223078

PROIBIDO PLASTIFICAR
1151223078





Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° **530944162**

Companhia Energética do Ceará

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica
forçada pela Lei n° 10.438 de
26 de abril de 2002

Esta é a segunda via de
JUN/2018

Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conosco

N° DO CLIENTE
2858000 DV **1**

VENCIMENTO
TOTAL A PAGAR (R\$)

Rota 18 01230 25 036600
Nome FRANCISCA MARTA DA SILVA
Endereço Postal

Medidor 12361919
Poste 0000 E67S

End. da Unidade Consumidora RU EINSTEIN 01699 CS E PARQUE SAO JOSE FORTALEZA 60821450

RG / CPF / CNPJ 832.702.723-91 CGF

Classe 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA, BAIXA RENDA Fator de Potência 0

RESUMO DO FATURAMENTO DO CONSUMO

| | | | | | |
|---------------|------------------|-----------|---------------|---------------|------------------|
| Leitura Atual | Leitura Anterior | Constante | Consumo (kWh) | Consumo Incl. | Consumo Faturado |
| FP 14070 | 13973 | 1 | 97 | 0 | 97 |

Quantidade * Tarifa = Valor (R\$)

LEITURA

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Data de Emissão/ Apresentação | Prev. Próxima Leitura |
| 26/06/2018 | 26/07/2018 |

RESERVA AO CONTROLE FISCAL

3366.A661.F639.52AC.6390.D9F9.75D9.9ECF

| | | |
|-----------------------|----------|------------------|
| Base de Cálculo (R\$) | Alíquota | Valor do Imposto |
| ISENTO | | |

RECONSTITUIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

OUTROS PAGAMENTOS

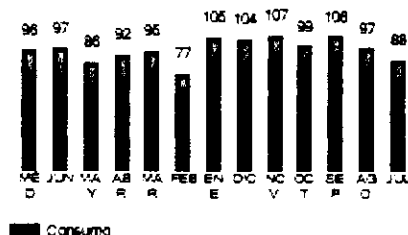
| | |
|---|--------|
| SALDO PARA PAGAMENTO FUTURO | -36,61 |
| MULTA MORATORIA | 0,48 |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA S. BAIXA RENDA | 0,96 |
| DOACAO CIDADANIA E AMOR TEL 0800 276 6565 | 3,00 |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-CAP | 4,96 |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,24) | |

QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta. CM: 19,09
Conjunto BONSUCESSO
Mês ABR/ 2018

| | Padrão Individual | | | Apuração Individual | | |
|----------|-------------------|-------|-------|---------------------|-------|-------|
| | Mensal | Trim. | Anual | Mensal | Trim. | Anual |
| DIC (h) | 5,07 | 10,15 | 20,30 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| FIC (un) | 3,17 | 6,35 | 12,70 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| DMIC (h) | 2,86 | | | 0,00 | | |

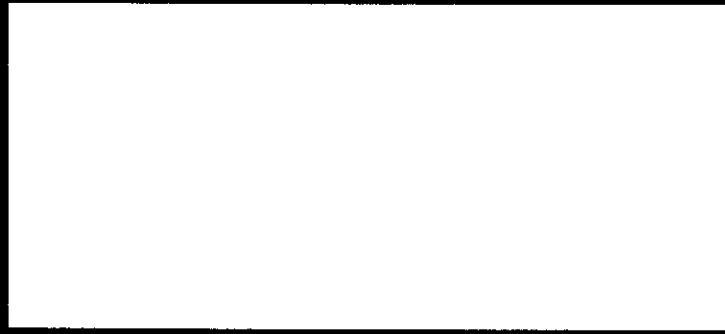
CONSUMO DE CONSUMO (últimos 12 meses)



AMBIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

| | | |
|--|----------------------------------|--|
| Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica. | | |
| Emitido kg (CO ₂) | Compensado kg (CO ₂) | Consciência Ecológica(%CO ₂) |
| | | 0 |

INFORMACOES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: **2858000-1** N° da Nota Fiscal: **530944162** Total a Pagar (R\$): **0,00**
Data de Emissão: **09/07/2018** Referência: **JUN/2018** N° de Controle:

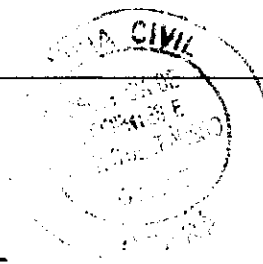
FATURA PAGA, NÃO RECEBER



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 5801 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **16/11/2017 13:56:33**
 Data / Hora da Ocorrência: **21/10/2017 05:40:00**
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA LUCIANO CARNEIRO**
 Complemento: **C/ RUA ALMIRANTE RUFINO**
 Bairro: **VILA UNIAO** Município: **FORTALEZA/CE**
 Ponto de Referência:



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GERALDO RAULINO DE HOLANDA JÚNIOR**
 Nascimento: **11/08/1973** CPF: **512.012.753-34**
 RG: **91005030823** Orgão Emissor: **SSP** UF:
 Filiação: **MARIA ZENEÍDA COSTA**
GERALDO RAULINO DE HOLANDA
 Endereço: **RUA STÊNIO GOMES, 1699 CASA E**
 Bairro: **PARQUE SAO JOSE**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: **60.821-450**
 País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98523-9766**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: OIH9293 Uf: CE Município: MARACANAU Chassi: 9C2JC4120CR559987 Renavam: 467313563 Tipo do Veículo: MOTOCICLETA Marca / Modelo: HONDA/CG 125 FAN ES Ano Fabricação: 2012 Ano Modelo: 2012 Combustível: GASOLINA Cor: PRETA Proprietário: GABRIEL SANTOS DA SILVA Situação: NÃO INFORMADO Envolvimento: COLISAO

Histórico

QUE, COMPARECE A ESTA ESPECIALIZADA A FIM DE REGISTRAR QUE, NA DATA CITADA, TRANSITAVA PILOTANDO A MOTO DE PLACA OIH-9293 NA AV. LUCIANO CARNEIRO QUANDO UMA MOTO DE PLACAS NÃO ANOTADAS AVANÇOU O SEMÁFORO VERMELHO COLIDINDO COM A VITIMA, CAINDO A VITIMA NO ASFALTO, FICANDO LESIONADA SENDO SOCORRIDA PELO SAMU PARA O HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA - PARANGABA. A VITIMA INFORMA QUE TRANSITAVA COM UM GARUPEIRO NA MOTO DE PLACA OIH-9293. E NADA MAIS DISSE./////////
 OBS:COMUNICAÇÃO FALSA É CRIME CAPITULADO NO ART.340 DO CPB.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
FRANCISCO DELÂNIO CAMPELO ALMEIDA - MAT.: 404836-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____
DIANA MÁRCIA NOGUEIRA SURIMÁ - MAT.: 012875-1-6

3170659464 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** GERALDO RAULINO DE HOLANDA JUNIOR**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** INVESTPREV

Seguradora S/A-Filial Fortaleza - CE

BENEFICIÁRIO GERALDO RAULINO DE HOLANDA JUNIOR**CPF/CNPJ:** 51201275334**Posição em 09-07-2018 09:54:14**

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento na conta indicada pelo beneficiário.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 21/02/2018 | R\$ 2.531,25 | R\$ 0,00 | R\$ 2.531,25 |

*Carla
CABRILHO*



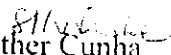
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao Sr. **Geraldo Raulino de Holanda Junior**, no dia **21/10/2017**, às **05h40mim**, na **Rua Almirante Rufino c/ Avenida Luciano Carneiro**, no **Bairro Vila União**, vítima de acidente de trânsito.

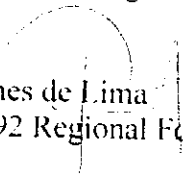
Documento requerido por meio do Processo nº **P941888/2017**

Fortaleza, 13 de novembro de 2017.

Atenciosamente,


Esther Cunha

Coord. do SAME do SAMU 192 Regional Fortaleza


Roberto Gomes de Lima
Protocolo do SAMU 192 Regional Fortaleza

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

| DADOS PESSOAIS | | | |
|--|----------------------------------|--|--|
| NOME DO PACIENTE GERALDO RAULINO DE HOLANDA JUNIOR | | Nº DO PRONTUÁRIO 313595 | Nº DO BE 179677 |
| DATA DO NASCIMENTO 11/08/1973(44 ANOS) | SEXO M | RAÇA/COR PARDO | |
| NOME DA E MARIA ZENEIDEA COSTA | | NOME RESPONSÁVEL NI | |
| ENDEREÇO STENIO GOMES 1699 PARQUE SAO JOSE | | MUNICÍPIO | UF CE |
| CÓDIGO 989497815 | | CEP NI | |
| OCORRÊNCIA | | | |
| LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/CAUSAS DO ACIDENTE | | | |
| CLASSIFICAÇÃO DE RISCO | | | |
| QUEBRA TRAUMA EM CMBRO DIREITO COLISÃO MOTO MOTO TRAZIDO PELO SAMU | | MOTIVO AVALIAÇÃO TRAUMATOLÓGICA | |
| SINTOMAS DOR | | ESCALA DE DOR 5 (ADULTO) | |
| SINAIS VITAIS | | | |
| PESO NI KG | PRESSÃO ARTERIAL NI/NI | SAT O2 NI% | PULSO NI |
| TEMPERATURA NI °C | ALERGIAS NEGA | GLICEMIA NI | |
| RESPOSTA RDE | | RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO MARIA HELENITA MOREIRA DA ROCHA | DATA E HORA DA CLASSIFICAÇÃO 21/10/2017 08:19:31 |

ÁREA DE ATENDIMENTO: **TRAUMATOLOGIA**

ÁREA ATENDIMENTO

ATENDIMENTO MÉDICO

ANV. *Paciente, ao fazer queda da moto referindo dor na coluna, ferimento de face + enxaqueira.*

DIAGNÓSTICO

SINT. SOLICITADOS: HC SU US ABD. DEXTRAL TC CRÂNIO RAIO-X OUTROS

| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | |
|---------------------------------------|-------------|-------------|
| MÉDICAMENTO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÕES |
| <i>1) Rx de rotina cervical ap ip</i> | | |
| <i>2) Rx do Torax ap</i> | | |
| <i>3) Rx de face ap</i> | | |
| <i>4) Rx do ombro ? ap</i> | | |

TIPO DE ALTA/BAIXA

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

Impresso por mariz helenita moreira da rocha em 21/10/2017 às 08:19:50

Declaro 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.

Laecécio n. fern

Col. mba

[Handwritten signature]

DR. HOSANILDO SILVA JR.
CRM: 5550 TRAUMATOLOGISTA
FORTALEZA - PARANGABA

geraldino raulino de holanda junior

HOSPITAL DISTRITAL MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA
ATESTO QUE COPIA CONFERE COM ORIGINAL

[Handwritten signature]
Emannelle Monteiro
Mat. 763

19/08/2019



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

INSTITUTO MUNICIPAL DE FORTALEZA - INSTITUTO MUNICIPAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE FORTALEZA
AV. Carlos de Faria nº 1127 - Fortaleza - CEP 64226-000
Fortaleza - Ceará
Telefone: (85) 3121-7322

CENTRO DE REFERÊNCIA E REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO DE FORTALEZA - CERREF - SEM - FORTALEZA
LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH (LMI)

N.º LAUDO:

Nº da AIH:

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

DADOS DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE *Gealvo Luciano de Hs mat Junior*
ENDEREÇO DO PACIENTE *steno 607, 1699*
BARRIO *Parque J. D. Tal* MUNICÍPIO *Fortaleza* UF *CE* CEP *61052-22*
DATA DO NASCIMENTO *08.08.1973* SEXO MASC FEM CONDIÇÃO
 1. SEGURADO 2. CONJUGE 3. FILHO 4. OUTRO DEPENDENTE
NOME DA MÃE

DADOS DA INTERNAÇÃO

CPF MÉDICO SOLICITANTE *07873087261* CPF E ASSINAT. DO MÉDICO RESPONSÁVEL *5122* CPF E ASSINAT. DO DIRETOR CLÍNICO *[assinatura]*
C. INT. *39020058* PROCEDIMENTO SOLICITADO
DATA DA EMISSÃO *1/1*

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
*ferida a toda
de defesa
lesões
clonias*

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
deu caso

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS
deu met. Np. FHC + R

DIAGNÓSTICO INICIAL *Fretura luxação peroneo cubital Distal*
TIPO DE CLÍNICA
 1. CIRÚRGICA 2. OBSTÉTRICA
 3. CLÍNICA MÉDICA 4. TISIOPULMONOLÓGICA
 5. PSIQUIÁTRICA 6. PEDIÁTRICA
 9. OUTROS

PROCEDIMENTO SOLICITADO *Fret. distal*
CRM - MÉDICO SOLICITANTE *5592* ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE
[assinatura]
DATA *19/08/2019* HORA *10h*

DR. NOSPINO SILVA JR.
CRM: 5592 - TRAUMATOLOGISTA
FROTIMA PARANGARÉ

Emancipado vicário
Mat. 768

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 15:11, sob o número 0113278-70.2019.8.06.0001 e código 44AA740. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113278-70.2019.8.06.0001 e código 44AA740.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DEBTE. MARIA JOSÉ BARBOSA DE OLIVEIRA
PRONTUÁRIO DE PARANÓTIPO
R. Padre de Fátima nº 1227 - Parangaba - CEP 84.720-000 Fortaleza-CE
Telefone (081) 3422-0001 - Fax (081) 3422-7812

REGISTRO DE EMERGÊNCIA

Prontuário N.º:
313595

Paciente: **GERALDO RAUANO DE HOLANDA JUNIOR**
 Data da Operação: **10/11/17** Enfermaria: **POSTO 1** Leito: **130**
 Operador: **Dr. Donald Batista** 1º Auxliar: **Dr. Hildebrun**
 2º Auxliar: _____ 3º Auxliar: _____
 Instrumentador: **Conlus** Anestesista: **Dr. Marcus**
 Tipo de Anestesia: **Bloqueio de plexo braquial**
 Diagnóstico Pré-operatório: **Fratura de clavícula direita**
 Tipo de Operação: **Fratura no antebraço escapular (foto anexada) + enxerto ósseo**
 Diagnóstico Pós-operatório: **Normal**
 Relatório Imediata Patologista: **Não**
 Exame Radiológico no ato: **Não**
 Acidente durante a operação: **Não**
 Cirurgia: Contaminada Infectada

RESUMO DA OPERAÇÃO

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

- 1) Posição em DDt sob bloqueio de plexo braquial
- 2) Anestesia e Antiespasmódicos
- 3) Colocação de campos esteres
- 4) Via de acesso sobre a clavícula
- 5) Redução de fratura e fixação cf. foto anexada
- 6) Lavagem de ferida e SE 0,2
- 7) Colocação de enxerto osteológico de ovo em fase de maturação
- 8) Sutura por planos de subcutâneas e pele
- 9) Curativos
- 10) Típica

HOSPITAL DISTRIAL DR. JOSE BARBOSA DE OLIVEIRA
ATÉRIO QUE GERNA COM O ORIGINAL

Donald A. Moraes Batista
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM nº 13633

Emanuelle Baptista
Ass. 763

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 15:11, sob o número 01112787020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01112787-70.2019.8.06.0001 e código 444A740.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
FUNDAÇÃO DE PARANÁ

AV. Celso de Figueiredo 1137 - Parangaba - CEP 60.728-000 - Fortaleza - CE
Telefone (85) 3231-7821 - Fax: 3121-7820

FOLHA DE ANESTESIA

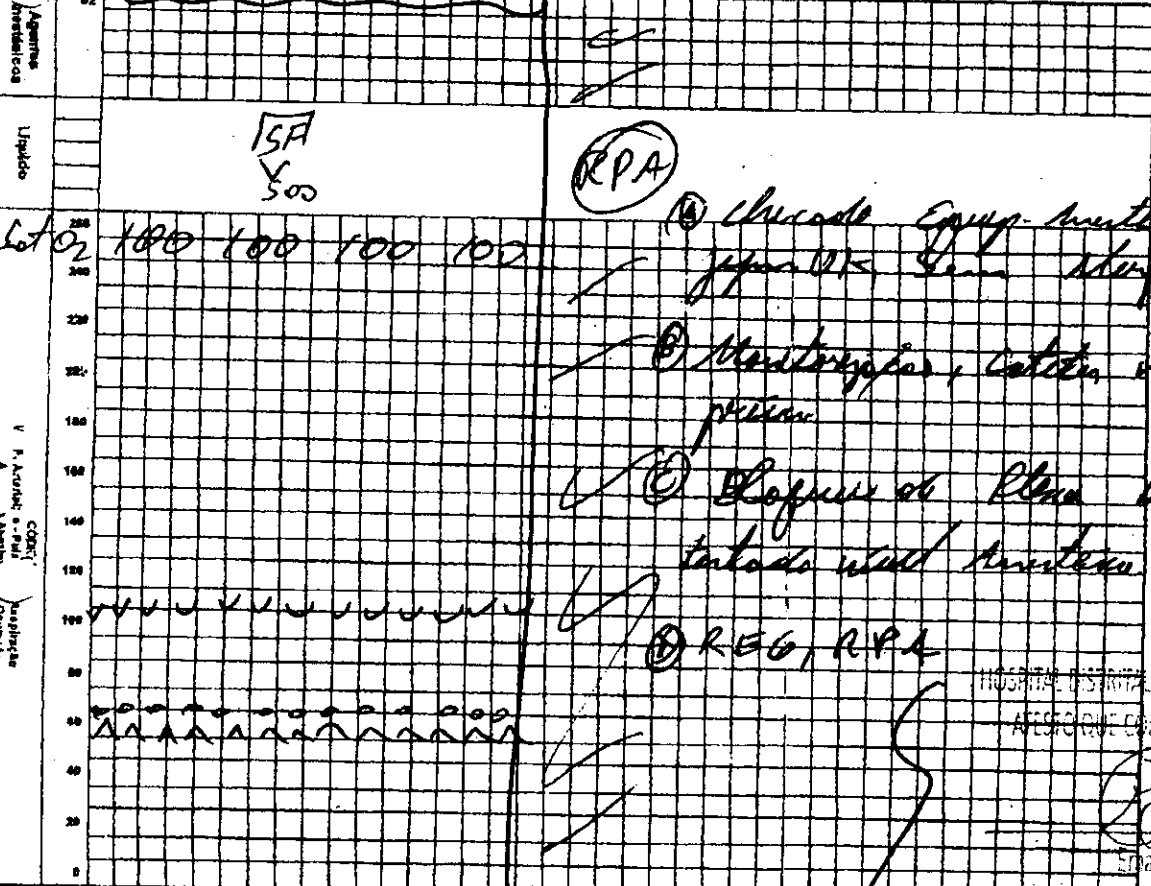
Nome: Geraldo Raulino de Holanda Júnior
Enfermaria: F Leito: 130

Prontuário Nº.: 373595

| | | | | | | |
|-----------------------|-----------------|--------------|--------------|--------------|--------|---------|
| Data: <u>10/11/17</u> | Pres. Arterial: | Pulso: | Respiração: | Temperatura: | Peso: | Altura: |
| Tipo Sanguíneo: | Hemácias: | Hemoglobina: | Hematócrito: | Glicemia: | Uréia: | Outros: |
| Urina: | | | | | | |

| | | |
|---|---------------------|---------------------|
| Ap. Respiratório: | Asma: | Brônquite: |
| Ap. Circulatório: | Eletrocardiograma: | |
| Ap. Digestivo: | Dentes: | Pescoço: |
| Estado Mental: <u>Consciente</u> | Ataróticos: | Corticóides: |
| Diagnóstico Pré-operatório: <u>Fract. clavícula @</u> | Alergia: <u>neq</u> | Hipotensores: |
| Anestésias Anteriores: | Estado Físico: | Risco: <u>ASA I</u> |

Medicação Pré-anestésica: 100 Aplicadas às: -1330 Efeito:



INDUÇÃO
 Sedol: _____ Etol: _____ Torax: _____
 Laringo espasmo: _____ Laring: _____
 Náusea: _____ Vômitos: _____
 Outros: _____

MANUTENÇÃO:
 ASA I, REG, RPA
 @ Clavícula Equiv. mantidas, 14.15 ml.
 @ Moxifloxacina, Cateter nasal O₂, uniócl.
 @ Bloqueio de Plexo Braqui. com 0.25%
 @ REG, RPA

Medicações e Anestésicos: cefazolin 2g / Desca 10g / Deporan 2g / Remetoleno 50g
 Respiração: PDH
 Agentes: @ Desca + Equiv. 0.25 x 15 - / @ Xelacina + equi 14.15 ml.
 Técnica: Bloqueio de Plexo Braqui.
 Operação: Fract. clavícula Equiv. + Equiv. uniócl.
 Cirurgião: D. Raulino
 Anestestistas: Márcio Araújo 30717108
 Observações: 30730226

HOSPITAL DIST. MARIA JOSÉ BARROSO DE OLIVEIRA
 ATENÇÃO: QUE ESTA COPIA CONFERIR COM ORIGINAL
 Anestesia Balot.: sim não
 Não, por qual?:
 Emanuelle Monteiro
 DESPERTAR
 Perda de S.O.:
 Oxi: _____ CO2: _____ Etol: _____
 Náusea: _____ Vômitos: _____
 Outros: _____
 Com estímulos: _____
 CONDICOES:
 Márcio J. Araújo
 Médico - Anestesiologista
 CRM-CE 10059

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR, Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 15:11, sob o número 01132787020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113278-70.2019.8.06.0001 e código 44AA740.

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE SAME

Nome: Geraldo Raulino de Holanda
Prontuário: 323595
Enferm.: E
Leito: 139
Data Internação: 21/10/17
Diagnóstico:

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

Table with columns: DATA, EVOLUÇÃO. Contains handwritten entries for dates 03/11/17, 03/11, 04/11, 07/11, 08/11, 11/11, 13/11, 17/11, 18/11, 19/11, 21/11, 22/11, 23/11, 24/11, 25/11, 26/11, 27/11, 28/11, 29/11, 30/11, 01/12, 02/12, 03/12, 04/12, 05/12, 06/12, 07/12, 08/12, 09/12, 10/12, 11/12, 12/12, 13/12, 14/12, 15/12, 16/12, 17/12, 18/12, 19/12, 20/12, 21/12, 22/12, 23/12, 24/12, 25/12, 26/12, 27/12, 28/12, 29/12, 30/12, 31/12.

Dr. Marcus Gadella
Ortopedia e Traumatologia
Artes e Ofícios - Cirurgia do Joelho
CRM 10184 TE01-2047

EMERSON
COREN-CE 1935

Paulo César Soares Almeida
Médico - Ortopedista
CRM 3977

Paulo César Soares Almeida
Médico - Ortopedista
CRM 3977

Emmanuel Monteiro
Mar. 163

05/12/17. Geraldo de Holanda. MO: Fratura
6-51. e luxação de Acromioclavicular
D. Evolui hemodinamicamente
moderado. Ague terapêuticas

Jamilis Vitorino
Enfermeira
COREN-CE 310534

Prontuário

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE SAME

Nome: Barbaldo Paulino de Holanda
Prontuário: 313595
Enferm.: E
Leito: 130
Data Início: 21/10/17
Diagnóstico:

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

Table with columns DATA and EVOLUÇÃO. Entries include dates like 13/10/17, 29/10/17, 29/10/17, 30/10/17, 31/10/17 and handwritten notes describing patient status and medical actions.

Stamp: DR. MARCELO GALVAO, ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, CRM - 20174

Stamp: Daniel Ayres dos Santos Batista, Médico, Ortopedia e Traumatologia, CREMEC: 13633

Signature: Emanuêl Monteiro

FOLHA DE EVOLUÇÃO DO PACIENTE SAME

Nome: Gerardo Paulino de Holanda

| | | | | |
|------------|---------|-------|-----------------|-------------|
| Prontuário | Enferm. | Leito | Data Internação | Diagnóstico |
| 313595 | F | 130 | 21/10/17 | |

ANOTEM-SE: diagnósticos, condutas terapêuticas, complicações, pareceres especializados, resultados de exames e alterações dignas de nota. Acompanhados da assinatura e carimbo do médico que evoluiu:

| DATA | EVOLUÇÃO |
|----------|--|
| 21/10/17 | <p>Fechou o curativo</p> <p>Cherubim</p> <p>2</p> <p>DR. SILVA JR. Ortopedia Fretinha de Parangaba</p> |
| 22/10/17 | <p># Exame físico #</p> <p>10:30 paciente G.R.H. 44 e HD: paciente de 44 anos, evoluiu com lesão, ocorrendo deambulando com HAS + DM, negando alergia a penicilina, segue em cuidados de enfermeira</p> <p>22</p> <p>10 - A este respeito</p> <p>23</p> <p>PT FOLHADO (1) UNHAS / UNHAS PRIMEIRO DITO DADO O O CUIDADO NÓBIS</p> |
| 24/10/17 | <p>Dr. Marcos Adolpho Ortopedia e Traumatologia Artescopia e Cirurgia do Joelho CRM: 19181 FORT 12042</p> |
| 25/10/17 | <p>Enteiral</p> <p>Dr. Bruno Morano CRM: 28371</p> <p>HOSPITAL DISTRICTUAL DE SAÚDE PÚBLICA DE FORTALEZA ATESTADO QUE CÓPIA DE NESTE DOCUMENTO NÃO É ORIGINAL</p> <p>Daniel Avramovska Batista Médico Ortopedia e Traumatologia CREMEC: 12633</p> <p>Emancipado Monteiro Mat. 763</p> |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por SARAH BASTOS DE ALENCAR e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 24/02/2019 às 15:11, sob o número 01132787020198060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0113278-70.2019.8.06.0001 e código 44AA740.

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, GABRIEL SANTOS DA SILVA,
 RG nº 2003014119361, data de expedição 1/1/,
 Órgão SSP, portador do CPF nº 601.010.105-66, com
 domicílio na cidade de Fortaleza, no Estado de
CE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R. P. GONCALVES COSTA SALES, nº 1120,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima _____, cujo o condutor era
 _____.

Veículo:
 Modelo:
 Ano:
 Placa:
 Chassi:
 Data do Acidente:
 Local e Data: _____

GABRIEL SANTOS DA SILVA
 Assinatura do Declarante

GABRIEL RAJILHO DE MOURA FILHO

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório Cavalcanti Filho
 Oficial: JORGE RIBEIRO CAVALCANTI
 Rua 7 de dezembro, 180 - CEP: 60.720-000 - Fortaleza - CE
 Fone: (85) 3225-0241 - Fax: 3245-4109 - e-mail: cavalcanti@cartorioil.com.br

Reconheço por autenticidade a firma abaixo:
GABRIEL SANTOS DA SILVA
 e Dou fé. Fortaleza, 7 de dezembro de 2017. 13:23:46. Cod.: (4781056268188)
 Antonio Gabriel Canafistula (Escrevente Autorizado)
 Emol.: R\$ 2,58 TAXAS: R\$ 1,58 Total: R\$ 4,16
 Válido somente com o selo de autenticidade

RECONHECIMENTO DE FIRMA
 CH777.398



AUTO-ATENDIMENTO - AG. PARANGABA
DATA: 07/12/2017 HORA: 13:35:17
TERMINAL: 15631197 CONTROLE: 156311970261

AGÊNCIA: 1563 - PARANGABA
CONTA: 013.00003902-7
CLIENTE: GERALDO RAULINO DE H JUNIOR

EXTRATO PARA SIMPLES CONFERÊNCIA

| | |
|------------------|-------|
| RESUMO DO DIA | 0,00 |
| SALDO BLOQUEADO | 2,21C |
| SALDO DISPONIVEL | 2,21C |
| SALDO TOTAL | |

Informações, reclamações, sugestões e elogios
SAC CAIXA: 0800-726 0101
Ouvidoria da CAIXA: 0800-725 7474
www.caixa.gov.br