

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS brasileiro,
Estado civil SOLTEIRA, profissão MOTOBAY,
inscrito no CPF sob o nº 028.685085-02, e RG 1162559942
SSP - CE, residente e domiciliado RUA PADRE ALZIR SAMPAIO
Nº 330 APTº 08, PRESIDENTE KENNEDY CEP 60.355-260

OUTORGADOS: Dr. FRANCISCO RAIMUNDO MALTA DE ARAÚJO, brasileiro, solteiro, advogado, com escritório na Rua Amazonas, 1712, 3º andar, Pan Americano, Fortaleza - Ce, CEP 60.442-070, inscrito na OAB-Ce nº. 11.817 e CPF 191.389.203-44, Dr. JOSÉ LEONARDO DE LIMA FERREIRA, OAB - CE 9.088, com escritório na Av. Francisco Sá, 3572, sala 403, Jacarecanga, Fortaleza - Ce, CEP 60.310-001, inscrito no CPF 135.721.133-34 e IAN TORRES PONTES, brasileiro, solteiro, estagiário de direito, com endereço profissional na Rua Amazonas, 1712, Pan Americano, Fortaleza - Ce.

PODERES: pelo presente instrumento de procuração nomeia e constitui seu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula ad-judicia e et-extra, em qualquer juízo, instância ou tribunal, podendo propor, as ações competentes, e, defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, poderes especiais para requerer os benefícios da gratuidade judicial, bem como confessar, desistir, transigir, renunciar, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, inclusive alvará, dar ciência e anuência, endossar, receber citação, notificação e intimações, agindo em conjunto ou separadamente, podendo ainda representa-lo junto aos órgãos públicos Federais, Estaduais e Municipais, especialmente SEFIN, SEFAZ, Receita Federal, Previdência Social (INSS) e Seguro DPVAT, bem como instituições financeiras, substabelecer esta procuração a outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e válido.

Fortaleza (CE),

X Carolina Nicacia dos Santos



VÁLIDA EM TODO
O TERRITÓRIO NACIONAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABITAMENTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABITAMENTO



CAROLINA NICACIA DOS SANTOS



DOCUMENTO / DECLARAÇÃO Nº
1162558842 SSP RJ

CIV
028.693.083-02 DATA NASCIMENTO
12/07/1989

NOME
**ANTÔNIO PEREIRA DOS
SANTOS**
**MARIA NICACIA DE SOUZA
SANTOS**

PRESENCIA ☒ ACC ☒ CENSO ☒
RESERVA **RESERVA** **AB2**

VALIDADE **10/01/2023** 1ª REGISTRAÇÃO **04/10/2011**

SEM OBSERVAÇÃO:

LOCAL
FORTALEZA, CE

Carla Maria de L.

ASSINATURA DO POSTULANTE

DATA EMISSÃO
14/03/2019

PROIBIDO PLASTIFICAR

Carla Maria de L.

ASSINATURA DO POSTULANTE

058998047550
CE163560170

1633407995

CEARA

1633407995



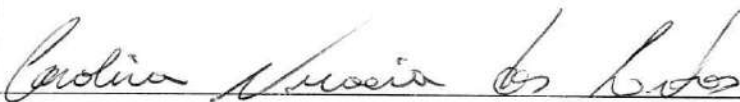
DECLARAÇÃO

Nome: CARDLINA NICACIA DOS SANTOS
CPF: 028.685.085-02 RG: 1162559942
Estado civil: SOLTEIRA Profissão: MOTO BOY
Endereço: RUA: PADRE ALZIR SAMPAIO Nº 330
Complemento: APTO 08 Bairro: PRESIDENTE KENNEDY
Cidade / Estado: FORTALEZA - CEARA. CEP: 60.355-260

DECLARA, nos termos da Constituição Federal/88, art. 5º, inciso LXXIV; da Lei nº. 1.060/50; da Lei nº. 5.478/68, § 3º; Lei nº. 7.115/83; e Lei nº. 10.537/2002, que dispõe sobre prova documental para fins de direito, inclusive para fazer prova junto à Justiça Gratuita, que não pode custear as despesas processuais, pelo que assumo inteira e total responsabilidade, sob as penas da lei, por esta declaração.

Fortaleza (CE), _____

Assinatura:





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020128577

fls. 15



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 420 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **12/02/2020 15:58:42**
Data / Hora da Ocorrência: **06/01/2020 15:00:00**
Endereço da Ocorrência: **AV SARGENTO HERMINIO SAMPAIO, PRESIDENTE KENNEDY - FORTALEZA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CAROLINA NICACIA DOS SANTOS**
Nascimento: **12/07/1988** CPF: **028.685.085-02**
RG: **1162559942** Orgão Emissor: **SSP** UF: **BA**
Filiação: **MARIA NICACIA DE SOUZA SANTOS**
ANTONIO PEREIRA DOS SANTOS
Endereço: **AVENIDA SARGENTO HERMINIO SAMPAIO, 2755**
Bairro: **CONDOMINIO AURORA**
PRESIDENTE KENNEDY
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9100-3815**

Dados do(s) Veículo(s)

1) Placa: **NQM2643** Uf: **CE** Município: **FORTALEZA** Chassi: **9C2JC41209R051451** Renavam: **135773482** Tipo do Veículo: **MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN ES** Ano
Fabricação: **2009** Ano Modelo: **2009** Combustível: **GASOLINA** Cor: **PRETA** Proprietário: **AMANDA CARVALHO ROSENDO PESSOA**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

A DECLARANTE AFIRMA QUE, NA DATA DE 06 DE JANEIRO DE 2020, POR VOLTA DAS 15H00, TRAFEGAVA PELA AVENIDA SARGENTO HERMINIO SAMPAIO SENTIDO CENTRO, NA MOTOCICLETA HONDA CG 125 FAN ES, PLACA NQM2643, QUANDO UM CELTA PRATA, CUJA PLACA NÃO SABE INFORMAR, ENTROU NA VIA SEM AS DEVIDAS OBSERVAÇÕES; QUE, QUANDO A DECLARANTE AVISTOU O VEICULO, TENTOU FREAR, MAS, DEVIDO A PROXIMIDADE, NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO; QUE VEIO A SOLO, SENDO ARREMESSADA PARA A RUA VIRGÍLIO BRÍGIDO, FRATURANDO QUATRO DEDOS DO PÉ DIREITO; QUE O AGENTE CAUSADOR DO ACIDENTE PERMANECEU NO LOCAL, VINDO A ACIONAR O SAMU, O QUAL LEVOU-LHE PARA O HOSPITAL INSTITUTO JOSÉ FROTA. E NÃO MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 167731-1-

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO

Consolidado em: 12/02/2020 16:10:34

Pág. 1 de 2

Impresso em: 12/02/2020 16:10:34

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FRANCISCO RAIMUNDO MALTA DE ARAUJO e TRIBUNAL DE JUSTICA DO ESTADO DO CEARA, protocolado em 30/06/2020 às 10:19, sob o número 0235644720208060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0235644-77.2020.8.06.0001 e código 6C145D4.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES E DELITOS DE TRANSITO
Impresso nº 2020128577

fls. 16



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 301 - 420 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579

SINISTRO 3200139598 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA** CAROLINA NICACIA DOS SANTOS**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE COR.
SEGUROS EIRELI**BENEFICIÁRIO** CAROLINA NICACIA DOS SANTOS**CPF/CNPJ:** 02868508502**Posição em 25-05-2020 10:50:09**

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
15/04/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50



DECLARAÇÃO



192

REGIONAL FORTALEZA

Declaramos para os devidos fins, que o SAMU 192 Regional Fortaleza, prestou atendimento ao (a) Sr (a). **Carolina Nicacia dos Santos** - C.P.F. - **028.685.085-02**, no dia **06/01/2020**, às **16h56min**, na **Avenida Sargento Hermínio Sampaio com Rua Virgílio Brigido**, no **Bairro Presidente Kennedy**, 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 **P039040/2020**.


Retificamos que houve equívoco no preenchimento dos campos (Nome, Natureza da Ocorrência & Data); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Carolina Nicacia dos Santos) e Natureza da Ocorrência (Colisão Carro x Moto) e Data (06/01/2020).

Fortaleza, 23 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



SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192 REGIONAL FORTALEZA



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

P-039040/2020

PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 08	PONTO DE APOIO: UFC	Nº DA OCORRÊNCIA: 0623
DATA: 02/01/20	TURNO: MT	EQUIPE: Almeida / Quirino / Luis
NOME: Carolina m. carra dos Santos	IDADE: 30	SEXO: F
ENDEREÇO:		
REFERÊNCIA: Av. Sargento Heurmino / Vingaço bupido	BAIRRO: Presidente Kennedy	
QTY: 16:51	QUS: 16:56	QUY: 17:20
QUU: 18:17		
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: Colisão x moto FF: 20		

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO	EXPANSÃO TORÁCICA	PULSO CENTRAL (AGRAVO CLÍNICO)
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO	<input type="checkbox"/> PRESENTE	<input type="checkbox"/> PRESENTE
<input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO	<input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE	<input type="checkbox"/> AUSENTE

<input checked="" type="checkbox"/> PÉRVEAS	<input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS	POR:
---	-------------------------------------	------

B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO	AUSCULTA
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL
	<input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:	<input type="checkbox"/> ALTERADA:
	<input type="checkbox"/> BRADIPNEICO			
	<input type="checkbox"/> AGÔNICA/ AUSENTE			

C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM
	<input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO	<input type="checkbox"/> PÁLIDA	<input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> NÃO
	<input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO	<input type="checkbox"/> CIANÓTICA		
	<input type="checkbox"/> CHEIO	<input type="checkbox"/> SUDOREICA		
	<input type="checkbox"/> FILIFORME	<input type="checkbox"/> SECA		
	<input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input type="checkbox"/> QUENTE		
	LOCAL:	<input type="checkbox"/> FRIA		

D Neurofisiológico	ESCALA DE COMA DE GLASGOW - ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (p)			
	ABERTURA OCULAR	RESPOSTA VERBAL	RESPOSTA MOTORA	
	ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4	ORIENTADO (A) / SORRI (P) <input checked="" type="checkbox"/> 5	OBEDECE A COMANDOS <input checked="" type="checkbox"/> 6	
	ÁVOZ <input type="checkbox"/> 3	CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL <input type="checkbox"/> 4	LOCALIZA A DOR <input type="checkbox"/> 5	
	À DOR <input type="checkbox"/> 2	PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) <input type="checkbox"/> 3	MOVIMENTO DE RETIRADA <input type="checkbox"/> 4	
	NENHUMA <input type="checkbox"/> 1	SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) <input type="checkbox"/> 2	FLEXÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 3	
	TOTAL: 15	EXTENSÃO ANORMAL <input type="checkbox"/> 2		
		NENHUMA <input type="checkbox"/> 1		
	PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS)			
	<input type="checkbox"/> ALTERADAS			

E Fisiológico	ADULTO	LESÕES	PEDIÁTRICO
		Rua Obis Sampaio 380 Presidente Kennedy 9.91001815	

SAMPLA

FC: 77	PA: 110 x 70	FR: 18	GLIC.: —	OXIM.: 94	TEMP.: —
--------	--------------	--------	----------	-----------	----------

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHEGAGEM

Gasto: 3 pares de luvas
2 máscaras descartáveis

ANOTAÇÕES / CONDUTAS MÉDICAS

ASS. / CRM:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão carro x moto, piloto, com cinto
cintado, apresentando ferimentos no pé direito, nos
pododactilo 1º, 2º e 3º, realizados curativo.

ASS. / COREN:

ANOTAÇÕES / CONDUTAS DO CONDUTOR DE VEÍCULO DE EMERGÊNCIA

Maria Lúcia P.
Téc. Enfermagem
COREN-CE 882.032

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

☐ UNIDADE DE SAÚDE:

☐ LIBERADO

☐ RECUSA

☐ REMOVIDO POR TERCEIROS

☐ OUTRO:

BOLETIM EMERG:

☐ ÓBITO →

☐ NO LOCAL

☐ DURANTE O TRANSPORTE

PACIENTE ACOMPANHADO:

☐ SIM

☐ NÃO

ASS. DO MÉDICO UNIDADE DESTINO:

ASS. DO RESPONSÁVEL:

Kessy V. de Araújo
Médica
CREMEC 1036

EM: 06/01/2020 às hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

TERMO DE RECUSA

EU, RG / CPF

DECLARO ESTAR CIENTE DA NECESSIDADE DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA. PORÉM, RECUSO O SERVIÇO OFERTADO PELO

CARTEIRA:

ASS. ASSUMINDO TOTAL RESPONSABILIDADE PELA MANEIRA DE

FICHA DE ATENDIMENTO

IDENTIFICAÇÃO PACIENTE/CADASTRO

Cartão Nacional de Saúde (CNS): 898005929850854 Admissão: 06/01/2020
 Nome: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS
 Pront.: 5652174 Data Nasc.: 12/07/1988 Idade: 31 ano(s) 6 mes(es) e 8 dia(s) Tel.: 85 99100-1815
 Mãe: MARIA NICACIA DE SOUZA SANTOS
 Sexo: Feminino RG: 1162559942 Município: FORTALEZA
 CEP 60355260 Bairro: PRESIDENTE KENNEDY
 Endereço: RUA PADRE ALZIR SAMPAIO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Risco: AMARELO Classificador DENISE SALES ARACANJO COREN:175063 Horário 06/01/2020
 Queixa: vítima de colisão moto x carro evolui com dor em quadril. orientado

Fluxograma: ACIDENTE COM MOTOCICLETA

Discriminador: DOR MODERADA

Autoagressão: Não

Sato02: Glasgow: Temp.: Glicemia: Régua dor: Pulso/FC: PA: FR

ATENDIMENTO MÉDICO

Médico: MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES CRM: 175063 N°: 591910 Horário 06/01/2020

Acidente: Sim Agressão: Não Peso: P.A.:

Eixo: PROCEDIMENTO

Hipótese Diagnóstico: DOR EM MEMBRO

Comorbidade:

HDA/Exame Físico:

MOTOCICLISTA COM RELATO DE COLISÃO COM CARRO COM DOR EM PÉ DIREITO E COLUNA LOMBAR
 ESCORIAÇÕES EM ANTE PÉ D. SOLICITO RADIOGRAFIA

SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Data: 06/01/2020 22:19

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Data	Fluxograma	Discriminador	Risco	Profissional
06/01/202 17:40	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR MODERADA	AMARELO	DENISE SALES ARACANJO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situat
------	------------------	---------	--------

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
---------------	------------------	-----------

20 01 2020
 51022
 Marcus Bezerra

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): 898005929850854 **Admissão:** 06/01/2020 17:00
Nome: CAROLINA NICÁCIA DOS SANTOS
Pront.: 5652174 **Data Nasc.:** 12/07/1988 **Idade:** 31 ano(s) 6 mes(es) e 8 dia(s) **Tel.:** 85 99100-1815
Mãe: MARIA NICÁCIA DE SOUZA SANTOS
Sexo: Feminino **RG:** 1162559942 **Município:** FORTALEZA
CEP 60355260 **Bairro:** PRESIDENTE KENNEDY
Endereço: RUA PADRE ALZIR SAMPAIO

PRESCRIÇÃO

Médico: MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES CRM 10184 06/01/20 21:02

Prescrição	Horário:
VERIFICAÇÃO DE SINAIS VITAIS	
ORIENTAÇÕES EXTRAS TETANOPROFILAXIA	
TRAMADOL 50MG/ML (2 ML) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
DIPIRONA 500MG/ML (1000MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 20ML/3MIN SN	
CETOPROFENO 100MG - FA ADMINISTRAR 1 FAMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H SN	
BROMOPRIDA 5MG/ML (10MG) - AMP ADMINISTRAR 2 ML + 18 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 20ML/3MIN SE NAUSEA OU VOMITO	
CLINDAMICINA 150MG/ML (600MG) - AMP ADMINISTRAR 1 AMP + 100 ML SF 0,9% / INTRAVENOSA / 8/8 H / 100ML/H	
CIPROFLOXACINA 2MG/ML (200MG) - BOLSA ADMINISTRAR 2 BOLSA / INTRAVENOSA / 12/12 H / 100ML/H	
Nº TOTAL DE FASES: 2 </BR> SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (500ML) - FR ADMINISTRAR NA 1ª, 2ª FASE(S) 500 ML </BR> FASE(S) 1,2: VOLUME = 500.0 ML; VAZÃO = 14 GOTAS/MIN </BR> / INTRAVENOSA / INFUSÃO CONTÍNUA	
DIETA ZERO - PRÉ-OPERATÓRIO	

ENCAMINHAMENTO - CONDUTA FINAL☐ Alta. Conduta☐ Observação☐ Referência para:☐ Óbito

20 01 2020
MATR. 51022
MARCUS HENRIQUE BEZERRA GADELHA LOPES

RELATÓRIO DE ALTA / LAUDO MÉDICO**Paciente:** CAROLINA NICACIA DOS SANTOS**Idade:** 31 ano(s) 5 mes(es) e 26 dia(s)**Sexo:** Feminino**Pront.:** 5652174**Endereço:** RUA PADRE ALZIR SAMPAIO**Bairro:** PRESIDENTE KENNEDY**Num:** 330**CEP:** 60355260**UF:** CEARA**Cidade:** FORTALEZA**Localização****Clinica:** BLOCO CIRÚRGICO**Enfermaria:** SR DÔ CC EXT**Leito:** 5**Internação:** 06/01/2020

01:06

Alta: * Não Informado *

* Não Informado

Relatório**Tipo de Salto:** Alta**Cancelada**

Não

Resumo Clínico

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO COM FRATURA EXPOSTA DE FALANGE DE PÉ DIREITO

Exames Realizados

RX + EXAME FÍSICO

Terapêutica Utilizada

TTO CIRURGICO DE FRATURA EXPOSTA DE DEDO DO PE DIREITO

Sequelas Apresentadas**Diagnóstico**

S923 - FRATURA DE OSSOS DO METATARSO

DIAGNÓSTICOS

Principal	Código	Descrição
Sim	S923	FRATURA DE OSSOS DO METATARSO
Não	S92	FRATURA DO PE (EXCETO DO TORNOZELO)
Não	S626	FRATURA DE OUTROS DEDOS

Condições de Alta

Melhorado

Data Programada da Alta: 07/01/2020**Observações Complementares**

AGENDAR RETORNO PARA DR JOSAFÁ

RX ANTIBIOTICO

ANALGESIA

NÃO PISAR

Responsável**Médico:** MARIA DA GLORIA CARNEIRO MENEZES**Data:** 07/01/2020**CIRURGIA**

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
0408020539	Urgência	06/01/2020 23:40	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METACARPO-FALANGIANA	MAURO PARAIBA CAVALCANTI

Dra. Mª da Glória C. Menezes
Anestesiologista
CRM - CE 40092

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014927969530
01111140541
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO
DANI VIA COD RENAVAM 014927969530
01 135773482 ANTRC 0000000000

NOME/ENDEREÇO
AMANDA CARVALHO ROSENDO PESSOA
RUA SANTA SOFIA, 00307
- PRESIDENTE KENNE
60355020 - FORTALEZA/CE

CPE/CNPJ PLACA
07007733395 NQM2643

NOME ANTEIOR
JOSE FERREIRA GOMES FILHO

PLACA ANT./UF MASSI
*****/CE 9C2JC41209R051451

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ES 2009 2009

CAR/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/124CC PARTIC PRETA

OBSERVAÇÕES
MOTOR: JC41E29051451
DOCUMENTO VALIDO PARA TRANSFERENCIA

LOCAL DATA
FORTALEZA 05/09/2019

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 014927969530
DANI VIA COD RENAVAM ANTRC EXERCICIO
01 135773482 0000000000 2019

NOME
AMANDA CARVALHO ROSENDO PESSOA

FORTALEZA/CE

CPE/CNPJ PLACA
07007733395 NQM2643

PLACA ANT./UF MASSI
*****/CE 9C2JC41209R051451

ESPECIE TIPO COMBUSTIVEL
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. GASOLINA
MARCA/MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/CG 125 FAN ES 2009 2009

CAR/POT/CIL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2P/0CV/124CC PARTIC PRETA
COTA UNICA VENC. COTA UNICA VENC. COTAS
***** ** **/ **/ ** 1: *****
FAIXA LPVA PARCELAMENTO/COTAS 2: *****
***** 3: *****

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOR (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
80.11 0.32 84.58 18/03/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL DATA
FORTALEZA 05/09/2019