

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: CAROLINA NICACIA DOS SANTOS brasileiro, Estado civil SOLTEIRA, profissão MOTOBOR, inscrito no CPF sob o nº 028.685.085-02 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 valido.

Fortaleza (CE),

 X





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

Esta é a sua conta de

05/2020

Nº DO CLIENTE

39556436

DV

VENIMENTO

20/06/2020

TOTAL A PAGAR (R\$)

95,46

DATA EMISSÃO

13/05/2020

DADOS DA MEDICAO

Posto Tarifário	Consumido	Leitura Atual	Leitura Anterior	Consumo Mês (kWh)	Injetado	Leitura Atual	Consumo Mês (kWh)	Const. Medidor	Consumo Líquido (kWh)	Consumo Faturado (kWh)	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
HFP	3042.00	2932.00		110.00	0.00	0.00	0.00	1.00	110.00	110.00	0.77073	84.78

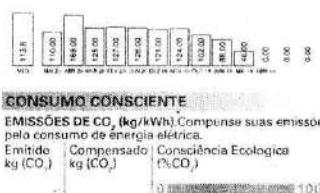
DESCRICAÇÃO DA CONTA

Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
CIP - ILUM PUB PREF MUNIC Consumo	10.68	0.77073

CREDITO EM ENERGIA (kWh)

Posto Tarifário	Injetado	Utilizado	Saldo (kWh)	A Expirar	Atualizado	A Proximo Mês

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 13 meses)



CONSUMO CONSCIENTE

EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh) Comprende suas emissões pelo consumo de energia elétrica.
Emitido: 84.78 kg (CO₂) Compensado: 0.00 kg (CO₂) Consciência Ecologica: 0.00 kg (CO₂)

ATENÇÃO

DEBITOS ANTERIORES:
Mes/Ano Valor R\$

Tributos:

Base (R\$): Alíquota (%): Valor (R\$):

PIS/PASEP

84.78

0,7700

0,66

COFINS

84.78

3,5300

3,00

ICMS

84.78

27,00

22,89

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Períodos: Bant. Tarif.: Verde : 19/04 - 13/05

83800000000-9 95460031200-0 02020780307-7 00039556436-0



enel

Para sua conta de energia, utilize o sistema de débito automático em conta corrente.
O que é de Proteção ao Cérebro. Cada vez que a Superávit de Tributos e Suspensão do Fornecimento de Energia é utilizada, o seu débito automático é informado nos dias 15 e 20 de cada mês.

DEBITO AUTOMATICO.

CAROLINA NICACIA DOS SANTOS
RU PDE ALZIR SAMPAIO 00330 AP 08
FORTALEZA PRESIDENTE KENNEDY
60355-260

DADOS PARA ENTREGA

FOF13U16
39556436
13/05/2020

5651031-ELE-626

22/05/2020

ENEL & VOCÊ

Central de Relacionamento
0800 285 0196
Atendimento 24 horas

www.enelistribuicao.com.br

LEGENDA DOS INDICADORES DE QUALIDADE E FORNECIMENTO

DIC: Número de dias que o cliente ficou sem energia.
FIC: Número de vezes que o cliente ficou sem energia.

DMIC: Duração média, em horas diárias, que o cliente ficou sem energia.

DCRE: Quantas de interrupções houve em Dias Cílicos.

Das Cílicos: Duração em que o cliente ficou sem energia, em horas diárias.

Clientes cuja participação no resultado é menor que 10% não aparecem.

Um cliente que apresenta um consumo médio de fornecimento maior que o consumo médio da rede, ou seja, que é maior que o consumo médio da rede, é considerado um cliente que é consumidor.

Importante: Informações sobre os serviços que o cliente não pode pagar podem ser obtidas em todas as fases da abertura e fechamento de sua conta.

LEGENDA DE TERMOS E ABREVIACOES

HFP: Horas Fiscais
Contrato: Contrato
Registro: Registro
Ultrapass.: Ultrapassagem
UFER: Último faturamento de energia elétrica
DMRC: Dívida de energia elétrica referente ao dia anterior.

CENTRAL DE TELEATENDIMENTO

1 - Queridona: 0800 280 4100, das 08h às 12h e das 17h às 18h.

2 - Agência de Fomento de Serviços Públicos do Estado do Ceará: 0800 280 4100, das 08h às 12h e das 17h às 18h.

3 - Agência de Fomento de Serviços Públicos do Brasil: 0800 280 4100, das 08h às 12h e das 17h às 18h.

Envie sua fatura de energia, envie um SMS para 208 66679486.

Reclamação: • esquadrinamento do cliente.

REMETENTE	DEVOLUÇÃO DA CONTA
Nome:	Nome:
CPF:	CPF:
RG:	RG:
Endereço:	Endereço:
CEP:	CEP:
Município:	Município:
Estado:	Estado:
Horário:	Horário:
Outros - esclarecer:	Outros - esclarecer:
<input type="checkbox"/> Caso reenvia	<input type="checkbox"/> Fazemos a devolução desse comprovante
<input type="checkbox"/> Endereço insuficiente	<input type="checkbox"/> Não existe o nº indicado

DECLARAÇÃO

Nome: CAROLINA 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.

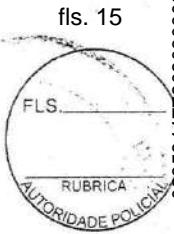
Fortaleza (CE), _____

Assinatura:





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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 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 HERMÍNIO 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 :

[Signature] **MARIA DE JESUS PEREIRA MOURA - MAT.: 1627731-1**

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

[Signature] **MR. COB**

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



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 301 - 420 / 2020

VISTO DO DELEGADO(A) :

MARIA CAROLINA SANTOS BARREIRA - MAT.: 404579-10

SINISTRO 3200139598 - Resultado da 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 Brígido**, 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**.

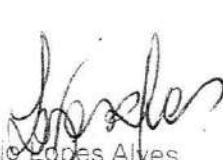
Retificamos que houve equívoco no preenchimento dos campos (Nome, Natureza da Ocorrência & Data); Onde esclarecemos que o provável Nome seja (Carolina Nicacia dos Santos) e Natureza da Ocorrência (Colisão Carro x Moto) e Data (06/01/2020).

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


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

Mauricio Lopes Alves
Responsável - Protocolo
SAMU 192 Regional Fortaleza



PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VEÍCULO: 08 PONTO DE APOIO: UFC N° DA OCORRÊNCIA: 0623
DATA: 02/01/20 TURNO: UT EQUIPE: Almeida / Oliveira / Luis
NOME: Carolina Marques dos Santos IDADE: 30 SEXO: F

ENDERECO: REFERÊNCIA: AL. Sangueto Kleinmuntz / Vingrão Bajado BAIRRO: Presidente Kennedy
QTY: 16:51 QUS: 16:56 QUU: 16:20 QUU: 18:17
NATUREZA DA OCORRÊNCIA: colisão com mato

RESPONSIVIDADE E AVALIAÇÃO PRIMÁRIA

RESPOSTA AO CHAMADO		EXPANSÃO TORÁCICA		PULSO CENTRAL (AGRADO CLÍNICO)		
<input checked="" type="checkbox"/> RESPONSIVO <input type="checkbox"/> NÃO RESPONSIVO		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input checked="" type="checkbox"/> AUSENTE		<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> AUSENTE		
<input checked="" type="checkbox"/> PERVEAS <input type="checkbox"/> OBSTRUÍDAS		POR: _____				
B Respiração	PADRÃO RESPIRATÓRIO	INSPEÇÃO	PALPAÇÃO / PERCUSSÃO		AUSCULTA	
	<input checked="" type="checkbox"/> EUPNEICO <input type="checkbox"/> TAQUIPNEICO <input type="checkbox"/> BRADIPNEICO <input type="checkbox"/> AGÔNICA/ AUSENTE	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____	<input checked="" type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA: _____		
C Circulação	PULSO	PELE	ENCHIMENTO CAPILAR	SANGRAMENTO EXTERNO		
	<input checked="" type="checkbox"/> NORMOCÁRDICO <input type="checkbox"/> CHEIO <input type="checkbox"/> TRAQUICÁRDICO <input type="checkbox"/> FILIFORME <input type="checkbox"/> BRADICÁRDICO <input type="checkbox"/> IMPALPÁVEL	<input checked="" type="checkbox"/> CORADA <input type="checkbox"/> PÁLIDA <input type="checkbox"/> CIANÓTICA	<input type="checkbox"/> SUDOREICA <input type="checkbox"/> SECA <input type="checkbox"/> QUENTE <input type="checkbox"/> FRIA	<input checked="" type="checkbox"/> ≤ 2 seg <input type="checkbox"/> > 2 seg	<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
D Neurológico	ESCALA DE COMA DE GLASGOW – ADULTO (a) / PEDIÁTRICA (P)					
	ABERTURA OCULAR		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
ESPONTÂNEA <input checked="" type="checkbox"/> 4 Á VOZ <input type="checkbox"/> 3 Á DOR <input type="checkbox"/> 2 NENHUMA <input type="checkbox"/> 1		ORIENTADO (A) / SORRI (P) CONFUSO (A) / CHORO CONSOLÁVEL PALAVRAS INAPROPRIADAS (A) / INCONSOLÁVEL (P) SONS INCOMPREENSÍVEIS (A) / GEMENTE (P) NENHUMA		<input checked="" type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1		
TOTAL: 15				OBEDECE A COMANDOS LOCALIZA A DOR MOVIMENTO DE RETIRADA FLEXÃO ANORMAL EXTENSÃO ANORMAL NENHUMA		
PUPILAS: <input checked="" type="checkbox"/> NORMAIS (FOTORREAGENTES E ISOCÓRICAS) <input type="checkbox"/> ALTERADAS						
E Fisiologia	ADULTO	LESÕES		PEDIÁTRICO		
		Rua 81515 Sampari 380 presidente Kennedy 9.9100 1815				
SAMPLA						
FC: 77	PA: 110 x 70	FR: 18	GLIC.: —	OXIM.: 94	TEMP.: —	

PRESCRIÇÃO MÉDICA

CHECAGEM

Gasto: 3 pares de luvas
2 máscaras descartável

ANOTAÇÕES /CONDUTAS MÉDICAS

ASS. /CRM:

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DE ENFERMAGEM

Paciente vítima de colisão carro x moto, piloto, com crise
trabalhada, apresentando fraturas no pé direito, nos
pododárticos 1º, 2º e 3º, realizados curativo.

ASS. /COREN:

Maria Antônio
Téc. Enfermagem
COREN-CE 882.032

ANOTAÇÕES /CONDUTAS DO CONDUTOR DE VÉHICULO DE EMERGÊNCIA

ASS.:

DESTINO DO PACIENTE

- UNIDADE DE SAÚDE: *77/PC*
 LIBERADO RECUSA REMOVIDO POR TERCEIROS
 ÓBITO → NO LÓCAL DURANTE O TRANSPORTE

BOLETIM EMERG.:

 OUTRO:

PACIENTE ACOMPANHADO: SIM NÃO
 ASS. DO RESPONSÁVEL: *Kassy V. de Souza
Técnica Médica
COREN-CE 882.032*

EM: 06/01/2020

hs

COMPROVANTE DE ENTREGA DE VALORES

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

DESCRIÇÃO DE VALORES ENTREGUES:

LOCAL:

EM: / /

ASS. DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO:

EU,

RG / CPF

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

Assumindo total responsabilidade pela minha declaração.

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 **Nº:** 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
06/01/2022 17:40	ACIDENTE COM MOTOCICLETA	DOR MODERADA	AMARELO	DENISE SALES ARACANJO

EXAME

Nome	Data Solicitação	Urgente	Situ...

EVOLUÇÃO

Data Cadastro	Usuário Cadastro	Descrição
20/01/2022	01/2020 S1022 Marcus Gadelha	

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

1

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 NICACIA 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
51022
Carolina Nicácia

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

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

Clínica: BLOCO CIRÚRGICO Enfermaria: SR DO CC EXT

Leito: 5

Internação 06/01/2020

01:06

Alta: * Não Informado *

* Não Informado

Relatório

Tipo de Saida: Alta

Cancelada

Não

Resumo Clínico

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

Exames Realizados

RX + EXAME FÍSICO

Terapêutica Utilizada

TTO CIRÚRGICO DE FRATURA EXPOSTA DE DEDO DO PÉ 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 PÉ (EXCETO DO TORNозELO)
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 GLÓRIA CARNEIRO MENEZES

Data: 07/01/2020

CIRURGIA

Cod	Tipo	Data	Descrição	Profissional
2408020539	Urgência	06/01/2020 23:40	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO METACARPO-FALANGIANA	MAURO PARAIBA CAVALCANTI

 Dra. M. da Glória C. Menezes
 Anestesiologista
 CRM - CE 10092

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - CE N.º 014927969530	
01111140541 CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO	
DANI VIA 01 COD. RENAVAM 135773482 DATA 05/09/2019	
AMANDA CARVALHO ROSENDO PESSOA RUA SANTA SOFIA, 00307 - PRESIDENTE KENNEDY 60355020 - FORTALEZA/CE	
CPF/CNPJ 07007733395 PLACA NQM2643	
JOSE FERREIRA GOMES, FILHO PLACA ANTERIOR *****/CE 9C2JC41209R051451	
ESPECIE TIPO FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009	
CAP/PO/CL 2P/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA OBSERVAÇÕES MOTOR: JC41E29051451	
DOCUMENTO DE VENDA/COMpra/TRANSFERÊNCIA	
LOCAL FORTALEZA DATA 05/09/2019 Assinatura Igor Penteado Detran/CE	

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DETAN - CE N.º 014927969530	
01111140541 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO	
DANI VIA 01 COD. RENAVAM 135773482 DATA 05/09/2019 EXERCÍCIO 2019	
AMANDA CARVALHO ROSENDO PESSOA FORTALEZA/CE	
PLACA 07007733395 PLACA ANTERIOR 9C2JC41209R051451	
FAS/MOTOCICLO/NAO APLIC. COMBUSTIVEL GASOLINA MARCA/MODELO HONDA/CG 125 FAN ES ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009	
CAP/PO/CL 2P/0CV/124CC CATEGORIA PARTIC COR PREDOMINANTE PRETA OBSERVAÇÕES PRÉMIO (TARIFÁRIO) (R\$) 108 (R\$) 80.11 PRÉMIO TOTAL (R\$) 0.32 84.58 DATA DE PAGAMENTO 18/03/2019	
LOCAL FORTALEZA DATA 05/09/2019 Assinatura Igor Penteado Detran/CE	