

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

Outorgante: ALAN DA SILVA VIEIRA		Data Nasc: 07-10-1977
Estado Civil: CASADO	Profissão: MILITAR	Nacionalidade: BRASILEIRA
RG: 127.124-1-3	CPF: 525.781.783-72	
Endereço: RUA CENTRAL N° 52 BAIRRO APARECIDA		
Cidade: CAMPOS SALES - CE		CEP: 63.150.000

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: 60.055-110, 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, 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), 20 de junho de 2013.

Alan da Silva Vieira
OUTORGANTE

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ADVOCATÍCIOS

Nome: ALAN DA SILVA VIEIRA		
Nacionalidade: BRASILEIRA	Estado Civil: CASADO	Profissão: MILITAR
RG: 124.124-1-3	CPF: 525.781.783-72	Telefone: (88) 9959-3636
Endereço: RUA CENTRAL, N.º 52 BAIRRO APARECIDA		
Cidade: CAMPOS SALES - CE		CEP: 63.150.000

CONTRATADO (S): CAROLINA FREITAS MOREIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita 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

Pelo presente instrumento, firmado por todos os contratantes, na presença das testemunhas abaixo, as partes acima qualificadas, doravante chamadas de CONTRATANTE E CONTRATADO(S), têm firmado o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, obrigando-se de acordo com cláusulas seguintes:

PRIMEIRO: O CONTRATADO se obriga a prestar serviços advocatícios ao CONTRATANTE, na defesa dos direitos deste, no que diz respeito a requerer alvará judicial, ajuizar ação de pedido de tutela e promover o processo administrativo para recebimento da indenização decorrente do seguro obrigatório – DPVAT, podendo tomar todas as medidas judiciais cabíveis contra as seguradoras conveniadas a FENASEG referentes exclusivamente a propositura de Ação de recebimento de seguro DPVAT se for o caso;

SEGUNDO: O CONTRATANTE se obriga a:

- 1) Fornecer 01 (uma) fotocópia da Carteira de Identidade e do CIC/CPF.
- 2) Fornecer cópias do boletim de ocorrência, certidão de obito, auto de exame cadavérico, e demais documentos necessários no período ao qual se busca o ressarcimento;

Parágrafo Primeiro: O contratado não se responsabiliza pela autenticidade dos documentos apresentados.

TERCEIRO: Aos CONTRATADOS serão devidos, a título de honorários advocatícios, o valor correspondente a 30 %, (trinta por cento) do benefício patrimonial conseguido com o processo administrativo e/ou a ação contratada, verba igualmente devida no caso de desistência da ação, revogação da procuração por parte da CONTRATANTE ou acordo celebrado entre a seguradora conveniada.

Parágrafo Primeiro: Caso haja improcedência do procedimento administrativo e/ou da ação ou nenhum valor seja recebido pelo Contratante, nada será devido por esse ao Contratado, se responsabilizando o contratante por todo e qualquer ônus sucumbencial se houver.

Parágrafo segundo: Os honorários de sucumbência são exclusivamente do advogado, não podendo ser descontados os percentuais recebidos no valor do presente contrato.

QUARTO: Os **CONTRATADOS** se comprometem a prestar informações sobre o andamento da ação sempre que for solicitado pela **CONTRATANTE**, bem como a **CONTRATANTE** se compromete a providenciar outros documentos necessários, caso lhe seja solicitado.

QUINTO: As partes elegem o foro de Fortaleza(CE), para dirimir dúvidas oriundas do presente contrato.

SEXTO: A **CONTRATANTE** se obriga a comunicar aos **CONTRATADOS** qualquer modificação de seu endereço.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam este instrumento em duas vias de igual teor e forma na presença das testemunhas abaixo, de livre e espontânea vontade declarando o pleno conhecimento das cláusulas acima expostas.

Fortaleza(CE), 20 de junho de 20 13.

Alex da Silva Vieira

CONTRANTE

Carolina F. Moreira

CONTRATADO

TESTEMUNHA *

* TESTEMUNHA

DECLARAÇÃO

Eu, ALAN DA SILVA VIEIRA
Estado Civil: CASADO Profissão: MILITAR
CPF: 525.781.783-72 Identidade: 127.124-1-3
Endereço: RUA CENTRAL, Nº 52 BAIRRO APARECIDA

CEP: 63.150.000 Município: CAMPOS SALES Estado: CEARÁ

DECLARO para os devidos fins que possuo **hiposuficiência financeira**, não tendo, pois, condições de arcar com custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo do meu próprio sustento e o de minha família, consoante o que dispõe a Lei nº 1.050/60.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente para que surta seus devidos fins e efeitos.

Fortaleza-CE, 20 de junho de 2013.

Alan da Silva Vieira

DECLARANTE

DECLARAÇÃO

Eu, ALAN DA SILVA VIEIRA,
brasileiro(a), _____, portador (a) de Identidade
nº 127.124-1-3 (SSP/CE), e CPF nº 525.781.783-72
capaz, nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte
endereço: RUA CENTRAL, Nº 52, BAIRRO APARECIDA

Cidade: CAMPOS SALES, Estado: CEARÁ,
CEP 63.150.000, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora
conveniada DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de
invalidez ou óbito fornecida.

Fortaleza/CE, 20 de junho de 2013.

Alan da Silva Vieira

DECLARANTE



- [Home](#)
- [Dicionário](#)
- [Formulários Úteis](#)
- [Imprensa](#)
- [Outras Informações](#)
- [Pontos de Atendimento Autorizados](#)

[Pagamento anual do seguro](#) [Prepare o pedido de indenização](#) [Fale Conosco](#) - [Informações Oficiais](#)

[Pedido de Indenização](#)

Acompanhe o pedido de indenização

[voltar](#)

Este serviço está disponível de 2ª a sábado das 7h às 20h e aos domingos das 12h às 20h

Dados Informados

CPF do Beneficiário: 525.781.783-72
Número do sinistro: 2013093748

Outros dados deste sinistro

Nome do beneficiário: ALAN DA SILVA VIEIRA
Nome da vítima: ALAN DA SILVA VIEIRA
Cobertura: Invalidez

Informações importantes

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. A seguradora que acolheu o seu pedido de indenização foi a **MBM SEGURADORA S/A**. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder, administradora do Seguro DPVAT. **O prazo para emissão do parecer final é de até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.**

Posição em: **10/06/2013 - 17:55**

Indenização creditada no banco no valor de R\$ 4.725,00



Prepare o pedido



Entregue o pedido
pontos de atendimento

Administrado pela [Seguradora Líder](#) - 2013



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE CAMPOS SALES



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 431 - 117 / 2013

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **04/02/2013 09:06:00**
Data / Hora da Ocorrência : **21/12/2012 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **R JOÃO SEVERO CORTEZ S/N**
CENTRO CAMPOS SALES /CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ALAN DA SILVA VIEIRA**
Nascimento : **07/10/1977**
RG: **12712413** Órgão Emissor: **PM UF: CE - CPF: 52578178372**
Filiação: **VILMAR FERNANDES VIEIRA**
TEREZA GOMES DA SILVA
Endereço: **R CENTRAL 52**
CENTRO 63150000
CAMPOS SALES CE BRASIL Telefone: **000000000000**

Histórico

Afirma a pessoa acima Qualificada, sujeita as penalidades previstas nos Artigos 340 (Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção) e 342 (Falso Testemunho) do Código Penal Brasileiro, QUE, na hora e data supra trafegava em uma MOTO HONDA NXR 150 BROS ES, COR PRETA, ANO/MODELO 2010/2011, PLACA NUY 1108/CE, RENAVAM Nº 273596268, CHASSI Nº 9C2KD0550BR529861, INSCRIÇÃO DE CAMPOS SALES-CE, EM NOME DE VERÔNICA DA SILVA VIEIRA, quando ao passar por uma lombada perdeu o controle do veículo e veio ao solo; QUE, devido ao acidente sofreu várias fraturas e sérias lesões, inclusive precisou passar por intervenção cirúrgica devido a uma fratura exposta que sofreu no dedo médio da mão esquerda, motivo pelo qual resolveu comparecer a esta Delegacia e registrar a ocorrência. E nada mais tendo a constar, foi encerrado o presente registro que segue devidamente assinado.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE CAMPOS SALES

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

NOME: "ESCRIVÃO AD HOC"

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):


Alan da Silva Vieira

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
MINISTÉRIO DAS CIDADES	
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO	
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME ALAN DA SILVA VIEIRA	
DOC IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 12712413 PM CE	
CPF 525.781.783-72 DATA NASCIMENTO 07/10/1977	
SINCRONIA VICMAR FERNANDES VIEIRA TEREZA GOMES DA SILVA	
PERMISSÃO ACC CAT. NA A	
Nº REGISTRO 02699314100 VALIDADE 06/07/2017 1ª HABILITAÇÃO 15/12/2002	
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;	
Assinatura do Portador Assinatura do Emissor	
LOCAL JUAZEIRO DO NORTE, CE DATA EMISSÃO 11/07/2012	
Assinatura do Emissor FRANCISCO JULIO DAS CAVALCANTE Assinatura do Emissor 49146545210 CE131290843	
DETRAN - CE (CEARA)	

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
582860383

PROIBIDO PLASTIFICAR
582860383

726137-3

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

Rua Padre Valdivino, 150 - CEP 60135-040 - Fortaleza CE
CNPJ 07.042.251/0001-70 - CUF 06.105.848-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela
Lei nº 10.428, de 26 de abril de 2002

fls. 18

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 293486273

Rota 04 16000 03 413000 - 6 Data de Emissão 05/02/2013

Nome VERONICA DA SILVA VIEIRA

End. Postal RU DA CENTRAL - C SALES 00052

APARECIDA - CAMPOS SALES - 63150000 Poste 0000 437E

Medidor 1523775

Classe RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 971096813-00 CGF

Nome do Responsável

DATAS		
Mês de Referência	Data de Apresentação	Próxima Leitura
Fev/2013	05/02/2013	07/03/2013

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto CAMPOS SALES 05/02/2013 05/02/2013

Mês 01/2013 0,00

ICMS		
Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
69,77	27,00%	18,83

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	6,47	12,94	25,88	0,00	0,00	0,00
RIC	3,86	7,47	14,95	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,80			3,68		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0761.FAQD.E4KE.0945.9356.9200.708E.7B65

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Anual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
42972	42824	1,00	148	0,00	76	0,11500	4,95
					76	0,25000	19,79
					48	0,42430	20,37
05/02/13	07/01/13		29 Dias		148		45,11

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES PRECO NORMAL	69,77
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-24,66
ICMS COMPLEMENTAR BAIXA RENDA-CONV CONFAZ 079	6,66
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,97
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,08

VENCIMENTO

15/02/2013

TOTAL A PAGAR (R\$)

58,82

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	15,18
Transmissão	1,04
Distribuição	6,73
Encargos Setoriais	2,00
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	21,87
TOTAL	52,82

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

117	148	182	153	132	125	112	145	136	130	150	116	123
FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV	FEV

importante

A partir de 2014 vigorará o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. A bandeira amarela e vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. A partir de Fev/2013 vigorará a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,250/kWh de acionamento ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em www.aneel.gov.br.

— O CELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 5,04 referente a PIS e COFINS.

ICMS: 27,00% - IPI: 0,00% - PIS: 0,65% - COFINS: 3,00% - Total: 30,65%

COMPROANTE DE PAGAMENTO

Term: RPO00001 Loja: 23.446.305/0001-22

Emissão: 11/02/2013 12:04:59

Nº. Autorização (NSU): 021100055534

Operador: 0000001328

Correspondente do Banco Bradesco S.A.

Comprovante de Pagamento

Data: 11/02/2013 Hora de Brasília: 12:05

Codigo de Barras:

83620000000-5 58820031000-5

00002261320-6 04623987291-7

Empresa: COELCE

Valor do Pagamento: 58,82

Ag. Bradesco: 5383 - CAMPOS SALES

PACB: 063 - DROGARIA S

FRANCISCO

NSU: 021505294219 Autenticação: 692019

OUIDORIA BRADESCO

0800 727 9933

(NSU-SiTef = 0211110278006)

(SiTef)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CAROLINA FREITAS MOREIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 11/07/2013 às 14:59, sob o número 01775967220138060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0177596-72.2013.8.06.0001 e código DEEA1B.



Cartier Montreal
375 Avenue

Bel. Paulo da Torre G. Machado
Tabelão
Av. Padre Cícero, 2030 • Salesianos •
E-mail: inpuado@uol.com.br • Juazeiro

Bel. Cicero A. G. Machado • Bel. João G. Machado
Substitutores
63050-292 • Telefax: (88) 3511.2042 - 3512.1313 - 3511.1518
Norte - CE

Reconheço (por semelhança) a firma de: WAYDESON BASILIO DOS SANTOS.
Em testemunho da verdade. Dou 26. Janeiro de 1975.
Norte-Ceará, nova da São de dois mil e treze (26/01/1975).
VALIDO JUNTAMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

VALIDO SOMENTE COM SELLO DE AUTENTICIDADE

5810683

[RM:0.00][VE:0.00][SL:0.00][OV:0.00]

Prof. Paulo de Tarso G. Machado

Prof. Cícero A. G. Machado

Det. John Q. Magness

N° 719.431
 Cero. 2030
 Cero. 2030

P/ Alon & Silva Vilva

A pedido que o Poderante
improvisado vira a o
casante se tranca no
no 22-12-2012, o Poder
de F.adura exposta ao 3º
Instituto E, e o de H-
frank, vo 41 se formam
com 3º Instituto E.

Wayton Bonds
for Father.

08.05.2013

Dr. Waydson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
Fones (85) 3255-9048

Av. Padre Cícero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2168.5150 - Fax: (88) 3571.4517
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - CE



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

P/ Alon + Silva Viana

Solicito:

1) Fratura para melhor
P/ fratura de fêmur
15 meses

07.02.2013

Dr. Weyson Basilio dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 9048

Av. Padre Cicero, Km 02 - Triângulo - Fone: (88) 2101.3150 - Fax: (88) 3571.4517
CEP: 63.041-140 - Juazeiro do Norte - CE



HOSPITAL DAS CLINICAS E FRATURAS DO CARIRI

BOLETIM DE ADMISSÃO - INTERNAÇÃO

Prontuário: 385 Internação Nº: 3948 Data/Hora:
22/12/2012/13:36
Paciente: ALAN DA SILVA VIEIRA
Nasc: 07/10/1977 RG: 12712413 Sexo: MASCULINO
Idade: 35
Mãe: TEREZA GOMES DA SILVA
Endereço: RUA CENTRAL Nº 52 Bairro: APARECIDA
Cidade: CAMPOS SALES UF: CE
Convênio: PARTICULAR Carteira: 121231 Validade: 22/12/2012 Negociação:
PARTICULAR - PACOTE
Fone: 08835331788
Tipo de acomod.: DIARIA DE ENFERMARIA Quarto: 12 - 2
Profissão: POLICIAIS E TRABALHADORES ASSEMELHADOS Atendente:
CICERA GORETE DA SILVA
Médico Solicitante: WAYDSON BASILIO DOS SANTOS 9048
Médico Responsável: WAYDSON BASILIO DOS SANTOS 9048

Historia Clinica ou resumo :

5161 - Paciente com fratura exposta de fêmur e
Linha de 12h e evolui

Exames complementares :

Alta

Diagnostico :

Fratura exposta de fêmur

() Agudo () Crônico () Tempo () Meses () Anos

Previsão de Alta: ___/___/___

Curado ()

Trat. Ambulatorial ()

Melhorado ()

Indisciplina ()

Hora:

Transferido ()

Óbito: _____

Causa: _____

Data: ___/___/___

Alan da Silva Vieira

Paciente/Responsável

Médico Solicitante



Fls. 22
Paciente: ALAN DA SILVA VIEIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 35
Unidade: POSTO II
Médico: WAYDSON BASILIO DOS SANTOS

Quant: 12-2
CRM: 9048

Data Internação: 29/12/2012
Registro: 480



Seq. Descrição		Execução	Quantidades		
			Solu.	Farm.	Out.
1	DIETA ZERO				
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML FR - 2 f. EV	306 SOB			
3	DEFALOTINA SODICA 1G - AMP - 1 amp EV DE 6/6 HS	22-04			
4	SULFATO DE GENTAMICINA 10MG/2ML - AMP - 3 amp EV UMA X AO DIA - + 250ML SF 0,9%	14:40			
5	CETOPIROFENO 100MG/ML - FR - 1 amp IV DE 12/12 HS OU 2 X AO DIA - + 100ML SF 0,9%	22			
6	CLORIDRATO DE TRANSADOI 400MG/ML - AMP - 1 amp EV DE 12/12 HS OU 2 X AO DIA - + 100ML SF	22			
7	DIFENONA SÓDICA 1G/2ML - AMP - 1 amp EV DE 6/6 HS - 18ML AD (2-8)	22-04			
8	OMEPRAZOL 40MG/ML - AMP - 1 amp EV UMA X AO DIA - + ABD -	22			
9	SINAIS VITAIS				
10	HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS				
11	TEMPO DE TROMBINA - - COM INR				
12	GLICOSE - - DE JEJUM				
13	ECG CONVENCIONAL DE ATÉ 12 DERIVAÇÕES - - COM PARECER E RISCO CIRÚRGICO				

Observações e Cuidados Realizados

Dr. Waydson Basílio dos Santos
Tribunal de Justiça do Estado do Ceará
CRM: 9048
C.O. 52.502.76404

Data: 23/12/2012

8/12/

Página: 1

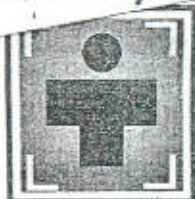
93 Inveniente: AFAQU
Paciente: ALAN DA SILVA VIEIRA
Sexo: MASCULINO Idade: 35
Unidade: POSTO II
Médico: WAYDSON BASILIO DOS SANTOS
Nro. Internação: 3948
Data Internação: 22/12/2012
Data Nascimento: 07/10/1977
Registro: 480
Quarto: 12-2
CRM: 9048



Seq. Descrição		Execução		Quantidades		
1	DIETA BRANDA			Solic.	Farm.	Con.
2	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 500ML - FR - 4 fr EV					
3	CEFALOTINA SODICA 1G - AMP - 1 amp EV DE 6/6 HS					
4	SULFATO DE GENTAMICINA 80MG/2ML - AMP - 3 amp EV UMA X AO DIA - + 250ML SF 0,9%					
5	CETOPROFENO 100MG/ML - FR - 1 amp IV DE 12/12 HS OU 2 x AO DIA - + 100ML SF 0,9%					
6	CLORIDRATO DE TRAMADOL 50MG/ML - AMP - 1 amp EV DE 12/12 HS OU 2 x AO DIA - + 100ML SF					
7	DIPIRONA SODICA 1G/2ML - AMP - 1 amp EV DE 6/6 HS - + 8 ML ABD					
8	OMEPRAZOL 40MG/ML - AMP - 1 amp EV UMA X AO DIA - + ABD					
9	SINAIS VITAIS					
10	CUIDADOS DE ROTINA					

Dr. Waydson Basilio dos Santos
Otorrinolaringologista
CRM-CE 35048

24 11 A de 12
14
11
Dr. Waydson Basilio dos Santos
Otorrinolaringologista
CRM-CE 35048



HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI.

BOLETIM DE CIRURGIA

Paciente: Olau da Silva Vieira

Convênio: -

REG. Nº

DIAGNÓSTICOS:

Paciente vem se queixando de dor no
to (514), o mesmo fratura
na do x no 11 anos x 12
se evoluiu.

CIRURGIAS REALIZADAS:

Tr. cirúrgico x fratura
exposta. x

CÓDIGO AMB:

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

- 1) Paciente em se cirúrgico em
de anestesia
- 2) Aproxima + oclusão + Com
pneu
- 3) Lavagem + aspiração do S.F. 11/12
- 4) Sutura x fratura x fratura
5) Sutura x fratura + Sutura
+ fratura

Dr. Weyson Bastão dos Santos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-CE 9048
CIRURGIÃO



1º AUXILIAR



FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Olav do Silva Vieira

Nº do Registro: 385

Idade: 35 anos

Data: 22/11/22

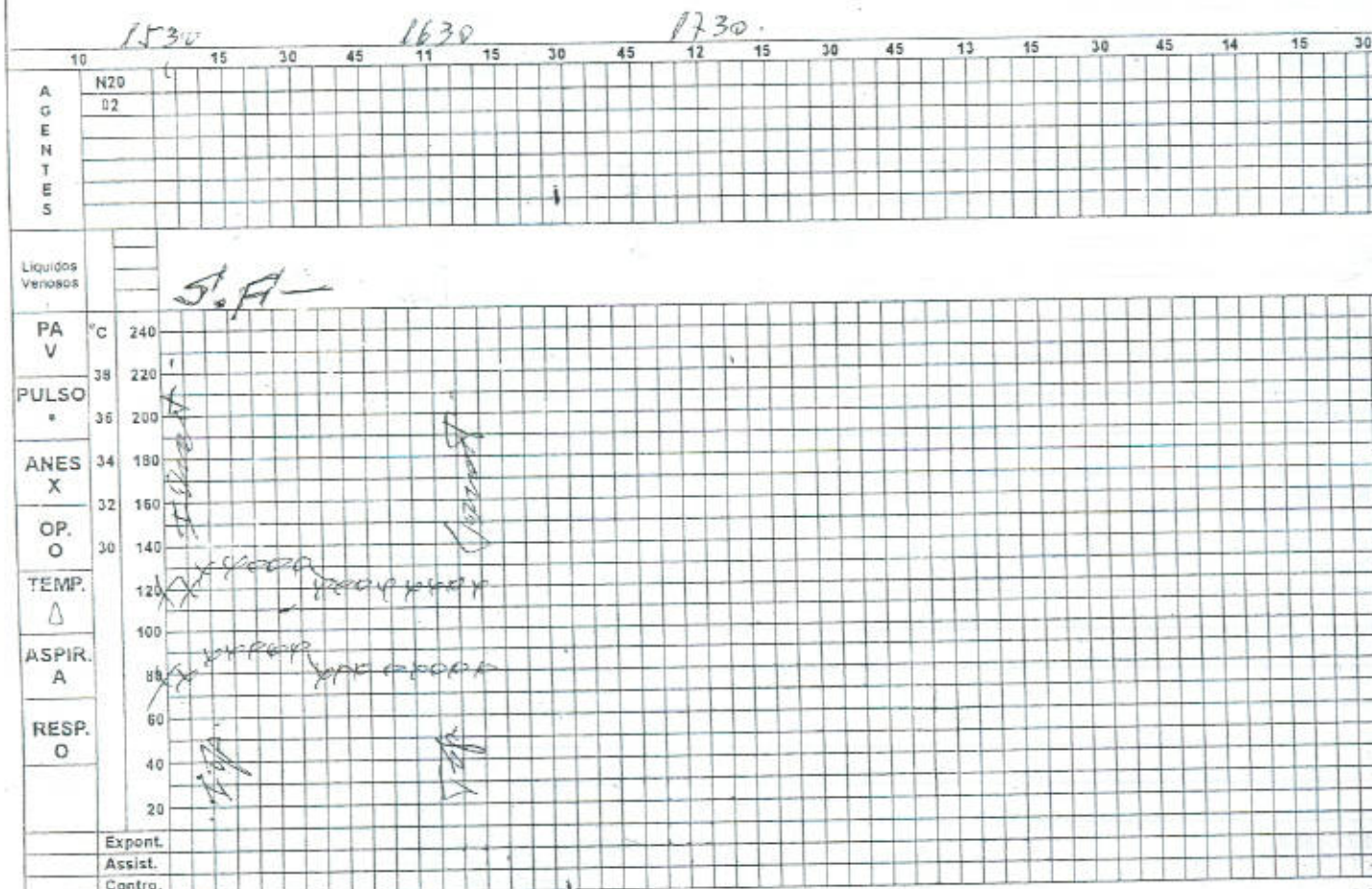
Convênio

Leito:

Cirurgião: D. Wadsworth

Anestesista: Dr. Luciano Sonzogni

Pré-Medicação-Dose-Hora-Efeito:

[illegible]



**HOSPITAL
DAS CLÍNICAS
E FRATURAS
DO CARIRI**

Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo
Juazeiro do Norte CE
PABX: (88) 2101.3150 FAX: (88) 3571.4517

NOME DO CLIENTE: ALAN DA SILVA VIEIRA

EXAME SOLICITADO: Raio X da Mão Esquerda

DATA
22/12/2012

IDADE
35 Anos

MEDICO: Dr. Waydson Basilio dos Santos

CRM: 9048 CE

CONVÊNIO:

PARTICULAR

LAUDO RADIOLÓGICO

*Fratura do 3º e 4º meto-
carpiano e da falange proximal
do 3º metacarpo*

DR. EDUARDO LOPES
CRM 721 - CE 001.610.203-72

EDUARDO TEIXEIRA LOPES
Cardiologia - Radiologia
CRM: 721 - CE



 HOSPITAL DAS CLÍNICAS E FRATURAS DO CARIRI		Avenida Padre Cícero KM 02 Bairro: Triângulo Juazeiro do Norte CE PABX: (88) 2101.3150 FAX: (88) 3571.4517			
NOME DO CLIENTE:		ALAN DA SILVA VIEIRA			
EXAME SOLICITADO:		Raio X da Mão Direito		DATA 22/12/2012	IDADE 35 Anos
MEDICO:	Dr. Waydson Basilio dos Santos	CRM:	9048 CE	CONVÊNIO:	PARTICULAR

LAUDO RADIOLÓGICO

Fratura dos 3º e 4º metacarpianos e da falange proximal do 3º dedo - direito.


DR. EDUARDO LOPES
CRM 721 - CPF 001.610.203-72

EDUARDO TEIXEIRA LOPES
Cardiologia - Radiologia
CRM: 721 - CE

