

## INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

**OUTORGANTE:** ANDERSON ARAÚJO VIEIRA. Brasileiro,  
casado, Motorista desempregado. Portador do RG 2007195  
4044 SSP-CE e CPF. 047.995.283-35. Residente e domici-  
liado na Rua Rocildo Alves de Lima nº 56, Bairro  
Recreio em Crato-CE.

### OUTORGADOS:

**LUÍS VALTERLÊ SILVA**, brasileiro, viúvo, Advogado, OAB/CE 8.077;  
**DANTHE RENIER DE SOUSA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, OAB/CE 20.896;  
**DEBORA COSTA SILVA**, brasileira, solteira, Estagiária (Acadêmica de Direito), CPF/MF 010.905.403-29;  
**RODRIGO COSTA SILVA**, brasileiro, solteiro, Estagiário (Acadêmico de Direito), CPF/MF 010.900.723-92,  
 todos com escritório na Av. Castelo Branco, nº 3282, 1º andar, Novo Juazeiro, em Juazeiro do Norte/CE,  
 fone-fax (088) 3587-2317, **onde recebem intimações.\*\*\*\***

### PODERES GERAIS:

Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para o foro em geral, e especialmente para propor ação judicial em face da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DE SEGURO DPVAT LTDA**, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

### PODERES ESPECÍFICOS

A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, **os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015 (Novo CPC).**

### PODERES ESPECIAIS

Este instrumento tem como finalidade exclusiva a deflagração da competente **AÇÃO DE COBRANÇA SEGURO DPVAT (DIFERENÇA SEGURO DPVAT).**

Juazeiro do Norte/CE, 18 de Junho de 2019.

Anderson Araújo Vieira

## DECLARAÇÃO

Eu, ANDERSON ARAÚJO VIEIRA, Brasileiro, casado,  
motorista desempregado. Portador do RE 20071954044,  
SSP-CE e CPF. 047.995.283-35. Residente e domicili-  
ado na Rua Rocildo Alves de Lima nº 56, Bairro  
Pecneio em Crato-CE.

\_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro nos termos da Lei nº 7115 de 29 de Agosto de 1.983, que dispõe sobre prova documental, c/c art. 98 e seguintes da Lei 13.105/2015, inclusive para fazer prova junto a Justiça Gratuita, que sou pobre e não posso custear com processo na Justiça, pelo que assumo inteira responsabilidade por esta declaração e nomeio como meus advogados dativos os Doutores LUIS VALTERLE SILVA, brasileiro, viúvo, advogado, OAB/CE nº 8.077 e DANTHE RENIER DE SOUSA SILVA, brasileiro, casado, advogado, OAB/CE nº 20896, ambos com escritório à Av. Castelo Branco, nº 3282, 1º Andar, Novo Juazeiro, Centro, em Juazeiro do Norte/CE, tendo os mesmos aceitado o encargo, conforme seus cientes abaixo.

Juazeiro do Norte/CE, 18 de Junho de 2019.

Ciente de acordo

Anderson Araújo Vieira

| REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| MINISTÉRIO DAS CIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <div> <div>  </div> <div> <p><b>VANDERSON ARANJO VIEIRA</b></p> <p>DOC. IDENTIFIC. / CONFERENCIA Nº: 20071304044 SEP CE</p> <p>CPF: 047.990.283-35 DATA DE NASCIMENTO: 18/05/1982</p> <p>SEXO: M</p> <p>PROFISSÃO: VICENTE RODRIGUES VIEIRA</p> <p>DEBILIDADE: MARIA ARANJO VIEIRA</p> <p>ACC: <input type="checkbox"/> CACIA: <input type="checkbox"/></p> <p>Nº CONTRATO: 05560612749</p> <p>VALIDADE: 11/10/2021</p> <p>EXPIRACAO: 03/08/2012</p> </div> </div> |  |
| <p>SEM OBSERVAÇÃO;</p> <p><i>Adilson Augusto Vieira</i></p> <p>LOCAL: CRATO, CE</p> <p>DATA: 14/10/2016</p> <p>53750662610</p> <p>CE155984290</p> <p>DETRAN - CE (CEARA)</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |

VÁLIDA EM TODOS  
OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

PROTEÇÃO PLASTIFICADA

**Nº DO CLIENTE**  
**9898456**

Para atualizar 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 60035-040 | Fortaleza CE  
CNPJ 07047251/000170 | CGF 08.105.6418-3

---

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº** 561496345

Rota 08 11000 05 184600 - 0 Data de Emissão 12/02/2019

Nome **ANTONIA DALVANIR DE ALCANTARA OLIVEIRA**

End. Postal RU ROCILDO ALVES DE LIMA 00056  
RECREIO - CRATO - 631183-10

Medidor 12174750 Poste 0000 0000

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFÁSICO

RG / CPF / CNPJ 021301913-20 CGF

Nome do Responsável

**DATAS**

| Mês de Referência | Data de Apresentação | Previsão Próxima Leitura |
|-------------------|----------------------|--------------------------|
| Fev/2019          | 12/02/2019           | 14/03/2019               |

**ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO**

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunta 100%  
Mês Dez/2018 EMB 30,75  
Mês 100% P

**ICMS**

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

**ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL**

9101.05FF.8600.5697.9766.0000.3425.E0EF

**INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO**

| Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Ind. | Cons. Est. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|------------|------------|------------------|-------------|
| FP 11435    | 11256          | 1,00   | 119           | 0,00       | 0,00       | 0,17688          | 20,83       |
|             |                |        |               |            |            | 0,36187          | 21,10       |
|             |                |        |               |            |            | 0,45703          | 8,68        |
| 12/02/19    | 11/01/19       |        | 32 DIAS       |            | 119        |                  | 35,01       |

**DESCRIÇÃO**

| DESCRIÇÃO                                  | VALOR (R\$) |
|--------------------------------------------|-------------|
| VALOR CONSUMO DO MÊS                       | 35,01       |
| ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL               | 4,71        |
| PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA | 1,47        |
| COB. SALDO FATURA ANTERIOR                 | 28,82       |

**VENCIMENTO** 19/02/2019

**TOTAL A PAGAR (R\$)** 70,01

**COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO**

|                          |              |
|--------------------------|--------------|
| Energia                  | 18,03        |
| Transmissão              | 1,25         |
| Distribuição             | 1,48         |
| Encargos Setoriais       | 2,73         |
| Tributos (PIS/COFINS)... | 3,53         |
| <b>TOTAL</b>             | <b>36,98</b> |

**HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

|     |     |    |     |   |   |   |   |   |   |   |   |
|-----|-----|----|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 121 | 119 | 97 | 146 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|-----|-----|----|-----|---|---|---|---|---|---|---|---|

MEI: Jan, Feb, Mar, Abr, Mai, Jun, Jul, Ago, Set, Out, Nov, Dez

**CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh)**

Compensa suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

|                            |                               |                                      |
|----------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|
| Emitido kg CO <sub>2</sub> | Compensado kg CO <sub>2</sub> | Câmbio Ecológico (%CO <sub>2</sub> ) |
| 46,46                      | 0,00                          | 0                                    |

**INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO**

PARA CANCELAR SUA CONTA EM DEBITO AUTOMÁTICO UTILIZE SEU NÚMERO DO CLIENTE SEM O DÍGITO VERIFICADOR.

## SINISTRO 3190245851 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** ANDERSON ARAUJO VIEIRA

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** MARIA GECINEIDE FERREIRA NOBRE  
COR. SEGUROS EIRELI

**BENEFICIÁRIO** ANDERSON ARAUJO VIEIRA

**CPF/CNPJ:** 04799528335

**Posição em 09-04-2019 20:57:31**

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 08/04/2019        | R\$ 2.362,50         | R\$ 0,00         | R\$ 2.362,50 |



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 16 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190018726

Vítima: ANDERSON ARAUJO VIEIRA

Data do Acidente: 20/06/2018

Cobertura: DAMS

**Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS**

Senhor(a), ANDERSON ARAUJO VIEIRA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Comprovante de residência incorreto(a). necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

Comprovantes de despesas médicas não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 13820360

Pag. 0079100792 - carta\_03 - DAMS



Seguradora

**LÍDER**

Administradora do Seguro DPVAT



ANDERSON ARAUJO VIEIRA  
R ROCILDO ALVES DE LIMA, 56  
PRQ RECREIO  
CEP 63118-310 - CRATO - CE

654



B1345550615BR

Saiba + [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)

Antes de tudo, lembre-se: para dar entrada no pedido de indenização ou acompanhar o andamento do processo, não é preciso envolver intermediários. Se você é o principal interessado na indenização, cuide dela você mesmo.

Solicitar a indenização do Seguro DPVAT é simples: basta juntar os documentos necessários e entregá-los em uma seguradora consorciada, que, após constatar a sua regularidade, os encaminhará à Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S.A.

**DPVAT-Como Requerer**

Administradora do Seguro DPVAT

**LÍDER**





## SEGURO DPVAT

### SOLICITAÇÃO DE ENVIO DE DOCUMENTAÇÃO COMPLEMENTAR

Vítima: **ANDERSON ARAUJO VIEIRA**  
Nº do Sinistro: **3190018726**  
Data do Sinistro: **20/06/2018**  
Natureza: **Despesas Médicas**

**URGENTE**

Prezado (a),

Após a análise do seu processo do seguro DPVAT, verificamos que existem pendências que precisam ser resolvidas.

Para dar andamento ao seu processo, leia com atenção o que precisa ser feito e providencie a documentação solicitada.

#### **Comprovante de Despesas Médicas**

**Problema:** Documento não enviado

**O que fazer:** Enviar notas fiscais do atendimento, em nome da vítima, com a devida indicação do valor e quantidade de cada procedimento. Os comprovantes devem ser enviados em cópias autenticadas ou os originais e devem ser acompanhados pelos pedidos médicos (receituário médico).

#### **Declaração de Residência**

**Problema:** Documento não enviado

**O que fazer:** Enviar assinada pela Vítima

A documentação deverá ser enviada para a **Seguradora Líder Dpvat - Operação Correios**, local onde foi dada a entrada no processo.

*Em caso de dúvidas, entrar em contato:*

Telefone: (11)3262-2924

E-mail: [atendimento@projetosjm.com.br](mailto:atendimento@projetosjm.com.br);

Carta: Rua Il Sogno Di Anarello, 40 - Vila Mariana; São Paulo- SP; CEP: 04012-040.

**ATENÇÃO: O seu processo não poderá ser tratado até que os documentos sejam enviados, podendo ser cancelado por inatividade.**

São Paulo, 22 de janeiro de 2019.

Kauê Espires



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**

Impresso nº 2018125562

**BOLETIM DE Ocorrência Nº 446 - 7120 / 2018**



**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
 Data / Hora da Comunicação: **03/10/2018 08:24:21**  
 Data / Hora da Ocorrência: **20/06/2018 07:30:00**  
 Endereço da Ocorrência: **AVENIDA PADRE CICERO**  
 Complemento:  
 Bairro: **MURITI** Município: **CRATO/CE**  
 Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **ANDERSON ARAUJO VIEIRA**  
 Nascimento: **18/05/1992** CPF: **047.995.283-35**  
 CNH: **05560611749** Orgão Emissor: **DETRAN** UF:  
 Filiação: **DEUSILENE MARIA ARAUJO VIEIRA**  
**VICENTE RODRIGUES VIEIRA**  
 Endereço: **RUA ROCILDO ALVES DE LIMA, 85**  
 Bairro: **INDEPENDENCIA**  
 Município: **CRATO/CE** CEP:  
 País: **BRASIL** Telefone: **9231-3937**

**Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: **NVC6418** Uf: **CE** Município: **CRATO** Chassi:  
**9C2JC4110BR417223** Renavam: **271431636** Tipo do Veículo:  
**MOTOCICLETA** Marca / Modelo: **HONDA/CG 125 FAN KS** Ano  
 Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA** Cor:  
**PRETA** Proprietário: **ANDERSON ARAUJO VIEIRA** Situação: **NÃO**  
**INFORMADO** Envolvimento: **COLISÃO**

**Histórico**

Informa o declarante que na data, hora e local acima mencionados, quando conduzia o veículo acima descrito, quando um caminhão de placa não anotada, parou repentinamente diante de uma faixa de pedestre e como não houve tempo de espaço para freiar, colidiu na traseira do caminhão, tendo portanto, sofrido lesões corporais. Afirma ter sido socorrido pelo SAMU (apresentou declaração do órgão) para o hospital São Raimundo onde recebeu atendimento médico (apresentou prontuário). Nada mais a lavrar dou por encerrada a presente ocorrência.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE CRATO**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:**

**LUIS LINDOMAR DE SA - MAT.: 133981-1-4**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

*Anderson Araújo Vieira*

**VISTO DO DELEGADO(A):**

**LUIS JOSÉ TENÓRIO DE BRITTO - MAT.: 126893-1-4**

DELEGACIA REGIONAL DE CRATO

Carimbo da Delegacia Regional de Crato

Pág. 1 de 1

Impresso em 03/10/2018 08:27:54



GOVERNO DO  
ESTADO DO CEARÁ  
Secretaria da Saúde



### CERTIDÃO NARRATIVA

CERTIFICAMOS, em virtude da faculdade que nos é conferida por lei e, tendo em vista requerimento por escrito da parte interessada, que o **SAMU 192 CEARÁ** realizou o atendimento pré-hospitalar ao Sr. **ANDERSON ARAÚJO VIEIRA**, portador do RG 20071954044, inscrito no CPF 047.995.283-35, no dia 20/06/2018, às 07h59, no município de Crato/CE, na Av. Padre Cícero – 2900 – Muriti, vítima de Colisão entre Motocicleta e Caminhão, sendo removido para o Hospital São Raimundo – Crato. E para constar eu,  Maria das Graças Fernandes Gomes, Assessora Técnica, lavrei a presente Certidão, a qual vai datada e assinada por MARIA DAS GRAÇAS TORRES, ASSESSORA EXECUTIVA.

Eusébio, 14 de Agosto de 2018

Maria das Graças Torres  
ASSESSORIA EXECUTIVA

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 20/06/2018 8:

N.Atendimento....: 494218  
Data Atendimento: 20/06/2018 Hora:08:49  
Médico Respons...: ANTONIO FEITOSA NETO  
Recepcionista....: VANESSA  
Setor Atend.....: CONSULTORTIO  
Convênio....: BPA SUS  
Matricula...: 160002590270003  
Guia.....:   
Tipo Atend.: AMBULATORIAL  
Serviço....: CONSULTA

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: ANDERSON ARAUJO VIEIRA  
Dta Nasc.: 18/05/1992 - 26 Anos - Sexo: MASCULINO Est.Civil:CASADO  
Endereço.: RUA ROCILDO ALVES DE LIMA 56 CASA  
Cep.....: 63132070 Bairro:RECREIO  
Estado...: CE Resp...: ANTONIA DALVANIR DE ALCANTARA OLIVEIRA  
Fone.....: 889999913458  
Pront: 139206  
RG: 200719

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[ ] Resid. [ ] Ambul. [ ] Intern. [ ] Outro [ ] Clínica [ ] Cirurg [ ] Obst. [ ] Ped. [ ] Oftalmo. [ ]

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[ ] RAIO-X

[ ] ULTRASSOM

[ ] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: 20/06/2018

Dr. (a) ANTONIO FEITOSA NETO  
CRM: 006680 CPF: 22399631404

Antônia Dalvanir de Alcantara Oliveira  
Paciente / Responsável

Edna  
03 08 18



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

## ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANDERSON ARAUJO VIEIRA  
Conv.: SUS INTERNADOS

Prontuario: 139206

Leito: AM3.02

Atend.: 494273

Enfermeiro(a): SAMYLA

Data/Hora: 21/06/2018 10:42

MANHÃ:

PACIENTE EM PÓS OPERATÓRIO DE FRATURA EM OSSOS DA PERNA DIREITA, EM USO DE FIXADOR EXTERNO + CURATIVO, REALIZADO POR DRº SAMIR. O MESMO EVOLUI CALMO, COOPERATIVO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, VERBALIZANDO SUAS NECESSIDADES, DEAMBULA COM AUXÍLIO DO ACOMPANHANTE, HIGIENIZAÇÃO CORPORAL SATISFATÓRIA, SONO PRESERVADO, ACEITA DIETA OFERECIDA. NEGA QUEIXAS NO MOMENTO. MANTEM ACESSO VENOSO PERIFÉRICO PARA MEDICAÇÃO CONFORME PRESCRIÇÃO MÉDICA. SEGUE AOS CUIDADOS DA EQUIPE ENFERMAGEM.

SSVV:

PA: 140/80MMHG

T: 36°C

AGUARDA PRESCRIÇÃO MÉDICA DO ORTOPEDISTA DE PLANTÃO.

Técnico(a): SAMYLA EMYLLE SERAFIM COSTA  
COREN:1133374-CE

Samylla Emylle S. Costa  
Técnica em Enfermagem  
COREN 1133374



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

## ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANDERSON ARAUJO VIEIRA  
Conv.: SUS INTERNADOS

Prontuario: 139206

Leito: AM3.02

Atend.: 494273

Enfermeiro(a): CAROLINA

Data/Hora: 21/06/2018 16:20

TARDE

CLIENTE EM P.O DE FRATURA EM OSSOS DA PERNA DIREITA, POR DR.SAMIR, EM USO DE FIXADOR EXTERNO + CURATIVO. O MESMO EVOLUI CONSCIENTE, ORIENTADO, CALMO, COOPERATIVO, ATIVO, NORMOTENSO, AFEBRIL, EM AR AMBIENTE, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES E NORMAIS, ACEITA DIETA OFERECIDA, MANTEM AVP PARA TERAPIA MEDICAMENTOSA, FOI M.C.P.M, ESTA NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO  
COREN:1169836-CE

FICHA DE INTERNAÇÃO

Comp.: fls. 31  
Apres.: /

Prontuário N°.: 139206  
Internação N°.: 494273

Impresso: 20/06/2018 11:38

-DADOS DO PACIENTE-

Paciente.: ANDERSON ARAUJO VIEIRA | Nasc.: 18/05/1992 Idade: 26 Sexo: M  
Respons.: ANTONIA DALVANIR DE ALCANTARA OLIVEIRA

Matricula: 160002590270003  
Endereço.: RUA ROCILDO ALVES DE LIMA 56 C | Bairro.: RECREIO Cep.: 63132070  
Cidade.: CRATO | Telefone: 88999913458999725498  
Filiação.: Mãe - DEUSLIENE MARIA ARAUJO VIEIRA | Pai - VICENTE RODRIGUES VIEIRA  
CPF.: 047.995.283-35 RG: 20071954044 | UF: Orgão: Natural: CRATO  
Raça.: PARDO Profissão: ENTREGADOR | Est.Civil: CASADO

-DADOS DE ATENDIMENTO-

Médico.: SAMIR SAMAN FILHO | Cadastro.: VANESSA /Atendente: JANE  
Clínica.: INTERN. CIRURGICA | Data/Hora.: 20/06/2018 11:34  
Setor.: AMBULATORIO DO PRONTO ATE | Convênio.: SUS INTERNADOS  
Acomod.: OBS1 | Carater.: URGENCIA  
Leito.: OBS1.2 Trans.P/Leito: 03 Enf/Apto: 02 | Tipo Acom.: ENFERMARIA

-RESUMO DE TRATAMENTO-

EVOLUÇÃO DO ATENDIMENTO:

HDA:

*Dei para (8)*

-ANTECEDENTES PESSOAIS-

HAS ( ) DM ( ) AVC ( ) ALERGIA A DROGAS ( )

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS: PA = FP = FR = TA =

ACV:

AR.:

ABDOMEN:

UROLÓGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILOS:

*Edna  
03.08.18*

-DIAGNÓSTICO-

CONDUTA: *medic. p/ controle*

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:

*problema agudo para (8)*

RESERVADO A RECEPÇÃO

N° DO UNISUS: 13150019398

ASS.: *Karolayne*

TRASNF. P/ MÉDICO: *D. moniel*

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 22/06/18

*Dr. Samir Saman Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 16.346-11 (01/10/2016)*

*Antonia Dalvanir de Alcantara Oliveira*  
PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(A): 16346 SAMIR SAMAN FILHO



HOSPITAL

São Raimundo

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

fls. 32

## RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

|                             |                                        |                |              |
|-----------------------------|----------------------------------------|----------------|--------------|
| PACIENTE:                   | ANDERSON ARAUJO VIEIRA                 | REGISTRO:      |              |
| CLÍNICA:                    | ORTOPEDIA                              | DATA:          | 20/06/2018 * |
| CIRURGIÃO:                  | SAMIR SAMAAAN Fº                       | 1º ASSISTENTE: |              |
| 2º ASSISTENTE:              |                                        | 3º ASSISTENTE: |              |
| 4º ASSISTENTE:              |                                        | INTRUMENTADOR: |              |
| ANESTESIOLOGISTA:           | DRA. BARBARA                           | ANESTESIA:     |              |
| HORA INÍCIO:                |                                        | HORA TÉRMINO:  |              |
|                             |                                        |                |              |
| DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: | FRATURA PERNA DIREITA                  |                |              |
| CIRURGIA REALIZADA:         | TTO CIRÚRGICO DE FRATURA PERNA DIREITA |                |              |
| DIAGNÓSTICO PÓS OPERATÓRIO: |                                        |                |              |
| ACIDENTES:                  |                                        |                |              |

## DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL SOB RAQUIANESTESIA + SEDAÇÃO
2. ASSEPSIA + ANTISSEPSIA E CAMPOS ESTÉREIS
3. AMPLIADO FERIMENTO NA PERNA DIREITA
4. DESBRIDAMENTO TECIDOS DESVITALIZADOS
5. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9%
6. REDUÇÃO INCRUENTA + FIXADOR EXTERNO COM AUXÍLIO DE ESCOPIA
7. ESCOPIA: OK
8. LIMPEZA EXAUSTIVA COM SF 0,9% + REVISÃO DE HEMOSTASIA
9. SUTURA POR PLANOS + CURATIVO ESTÉRIL
10. A/C ANESTESISTA
11. CX SEM INTERCORRÊNCIAS

Dr. Samir Samaan Fº  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 15.34514 10716346-6



## Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

### Ficha de Evolução Médica

Paciente: ANDERSON ARAUJO VIEIRA  
Convênio: SUS INTERNADOS

Prontuário: 139206  
Médico: SAMIR

Leito: AM3.02 Atend.: 494273  
Data/Hora: 20/06/2018 16:08

PO TTO CIRURGICO FRATURA EXPOSTA PERNA DIR  
CX SEM INTERCORRENCIAS.

CD  
ATB  
ALGESIA  
ORIENTAÇÕES

Dr. Samir Samaan Fº  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-CE 16346-6

Médico(a): SAMIR SAMAAN FILHO  
CRM:16346-CE



## Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

### ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANDERSON ARAUJO VIEIRA  
Conv.: SUS INTERNADOS

Prontuário: 139206  
Enfermeiro(a): CAROLINA

Leito: AM3.02 Atend.: 494273  
Data/Hora: 20/06/2018 16:52

TARDE  
CLIENTE EM P.O IMEDIATO DE FRATURA EM OSSOS DA PERNA "D".  
ENCAMINHADO OA BLOCO CIRURGICO, RETORNOU SOBRE EFEITO  
ANESTÉSICO. ESTA COM AVP PARA SORO TERAPIA E TERAPIA  
MEDICAMENTOSA, ESTA NO LEITO AOS CUIDADOS DA ENFERMAGEM.

Técnico(a): ANA CAROLINA INACIO FURTADO  
COREN:1169836-CE



Hospital São Raimundo - Fundação Leandro Bezerra de Menezes

ANOTAÇÕES DE TEC. ENFERMAGEM

Paciente: ANDERSON ARAUJO VIEIRA  
Conv.....: SUS INTERNADOS

Prontuário: 139206  
Enfermeiro(a): SAMYLA

Leito: AM3.02 Atend.: 494273  
Data/Hora: 20/06/2018 12:26

MANHÃ:

PACIENTE ADULTO, VEIO PROVENIENTE DO AMBULATÓRIO LOCAL PARA SER ADMITIDO NESTE SETOR PARA REALIZAR PROCEDIMENTO CIRÚRGICO COM DR° SAMIR HD DE FRATURA EM OSSOS PERNA DIREITA, EM USO DE TALA GESSADA. O MESMO VEIO CONDUZIDO DE MACA PELO TÉCNICO DO SETOR. CALMO, COOPERATIVO, CONSCIENTE, ORIENTADO, RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA, ACAMADO. SEGUNDO INFORMAÇÕES COLHIDAS COM O MESMO, NEGA ALERGIAS, NÃO UTILIZA MEDICAÇÃO CONTROLADA, ESTÁ EM DEITA ZERO DESDE AS 06:30, VERBALIZA SUAS NECESSIDADES. FOI HIGIENIZADO, ENTREGUE VESTIMENTO ADEQUADO PARA CIRURGIA. SEGUE EM REPOUSO NO LEITO AOS CUIDADOS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM AGUARDANDO PROCEDIMENTO

*Samyra Emyle*  
Tecnico(a): SAMYLA EMYLLE SERAFIM COSTA  
COREN:1133374-CE



HOSPITAL  
**São Raimundo**  
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

# RECEITUÁRIO

Nome: Anderson Gomes Lima

VFO

1) Cefalexime 500 ————— 284

1/mao 01 cp de 6/ce

2) Oxorxon 60g ————— 0140

1/mao 01 cp de 5/12

Data: 22/06/18

Ao retornar favor trazer este receituário

Atendemos convênios e particulares

Av. Teodorico Teles, 99 - Centro - Fortaleza - CE | Tel.: (88) 3523.2600  
CRM 10671 TEOT 12915

(02) - Receituário

Oficial Pharmacy Classes - (88) 3523.2200 Cuiabá-CE

NOME DO PACIENTE

Anderson Araujo Vieira

IDADE

26 anos

DATA

10/06/15

CLÍNICA

Atividade

APTO./LEITO

CIRURGIÃO

Dr. Sami

ANESTESISTA

Dr. Bráulio

PRÉ-MEDICAÇÃO-DOSE-HORA-EFEITO

|                  | 15                                                                                                                    | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 | 15 | 30 | 45 |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| AGENTES          | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>R20</span> <span>02</span> </div>                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Líquidos venosos | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>1SF</span> <span>2CL</span> <span>1SA</span> </div> |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| PA V             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>120</span> <span>80</span> </div>                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| PULSO            | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>38</span> <span>220</span> </div>                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ANES X           | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>34</span> <span>180</span> </div>                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| TEMP             | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>38</span> <span>140</span> </div>                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| ASPIR. A         | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>38</span> <span>120</span> </div>                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| RESP. O          | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>38</span> <span>100</span> </div>                  |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Expon.           | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>38</span> <span>80</span> </div>                   |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Assist.          |                                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| Contro.          |                                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |
| SÍMBOLOS         |                                                                                                                       |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |    |

| AGENTES       | DOSES                | TÉCNICA                                                                                                                        | ANOTAÇÕES                                                                              |
|---------------|----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Alyzoline Waf |                      |                                                                                                                                |                                                                                        |
| B. Muc hpl    | 1g                   | baquianetria                                                                                                                   |                                                                                        |
| C. D. - eq    | 80g                  | + Sndação                                                                                                                      |                                                                                        |
| D. Epotal     | 10g                  |                                                                                                                                |                                                                                        |
| E. Dipirisa   | 2g                   |                                                                                                                                |                                                                                        |
| F. Morde      | 2g                   |                                                                                                                                |                                                                                        |
| G. Clotil     | 2g                   |                                                                                                                                |                                                                                        |
| LÍQUIDOS      |                      | CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA<br>NASO/OROTRAQUEAL - CEGA<br>BAL. - TAMP - CALIBRE DO TUBO<br>SOB - MÁSCARA<br>DIFICULDADE TÉCNICA |                                                                                        |
|               |                      | TEMPO DE ANESTESIA                                                                                                             |                                                                                        |
| TOTAL         |                      |                                                                                                                                |                                                                                        |
| OPERAÇÃO      | Fratura ossos de pul |                                                                                                                                | Laringo-Espasmo-Excesso Secre.<br>Depressão Respiratório-Hipoxia<br>"BUCKING" - Vômito |
| ANESTESISTA   | Dr. Bráulio          | CIRURGIÃO                                                                                                                      | Dr. Sami                                                                               |
|               |                      | PERDA SANGÜÍNEA                                                                                                                |                                                                                        |

**PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (INDICA)**  
**HOSPITAL SÃO RAIMUNDO**

Prescrição: 113490  
**Í+Bzj**

Paciente: **ANDERSON ARAUJO VIEIRA** Sexo: **MASCULINO** Data Nasc: **18/05/1992 25A IM 2D**  
Data Solic.: **20/06/2018 16:06:49** Convênio: **SUS INTERNADOS** Prescrição: **113490**  
Data Pr Ini: **20/06/2018 16H** Data Pr Enc: **21/06/2018 16H**  
Data Atend.: **20/06/2018 11:34:00** Atendimento: **494273(1)** Leito: **AM3.02**

**Dieta** Descrição: **DIETA GERAL** Via Freqüência Saída Horários

| Medicações | Item Código | Descrição                                                                     | Dose | Unid | Via | Freqüência | Qtda Total | Saída   | Horários                |
|------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|------|------|-----|------------|------------|---------|-------------------------|
| 002        | 00010065    | DIPIRONA SODICA; 500MG/ML AMPOLA 2ML                                          | 4    | AMP  | EV  | 06/06      | 16         | 17 (16) | 23 (22) 09 (04) 11 (10) |
| 003        | 00010055    | TRAMADOL, CLORIDRATO DE; 50MG/ML AMPOLA 2ML INJETAV 100MG +SE0;98 - 08/08HS - | 3    | AMP  | EV  | 08/08      | 9          | (16)    | (00) (08)               |
| 004        | 00010029    | CEFAZOLINA SODICA; FRASCO-PO 1GR PO 08/08HS -                                 | 3    | FRP  | EV  | 08/08      | 9          | 17 (16) | 02 (00) 09 (08)         |
| 005        | 00010019    | BROMOPRIDA; 5MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL 12/12HSSE NECESSÁRIO. -               | 2    | AMP  | EV  | 12/12      | 4          | 17 (16) | 05 (04)                 |
| 006        | 00010054    | RANITIDINA; 25MG/ML AMPOLA 2ML INJETAVEL 12/12HS -                            | 2    | AMP  | EV  | 12/12      | 4          | 17 (16) | 05 (04)                 |
| 007        | 00010124    | DIAZEPAM; 5MG COMPRIMIDO AS 22HS -                                            | 1    | CPR  | VO  | ESPECIAL   | 1          | 22      |                         |
| 008        | 00010024    | CAPTROPRILO; 25MG COMPRIMIDO SE PA > OU = 140X90SE NECESSÁRIO. -              | 1    | CPR  | VO  | 08/08      | 3          | 5 (1)   |                         |
| 009        | 00010146    | HEPARINA; 5000UI/ML AMPOLA 5ML INJETAVEL 08/08HS -                            | 3    | FRM  | SC  | 08/08      | 9          | 25 (16) | (00) (08)               |

**Cuidados** Item Código: **010** Descrição: **CCG** Freqüência: **OK**

Ass. Prestador: **SAMIR SAMAN FILHO (CRM 16346)** Dr. Samir Saman Filho  
Impresso em 20/06/2018 16:14:27 pelo usuário SAMIR

Medic. 113490  
02/06/18

Medic. 113490  
02/06/18

Medic. 113490  
02/06/18

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE (MÉDICA)  
HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

PHASE TWO: A

DT NASC: 18/05/1992 26A 1M 3D  
Cód.ção: 117540

Prescrição: 113549

Atendimento: 494273 (1)

Letto:

AM13.02

| Dose | Via Freqüência Qtd Total | Centro de Custo |
|------|--------------------------|-----------------|
| 1    | 1                        | 1               |
| 2    | 2                        | 2               |
| 3    | 3                        | 3               |
| 4    | 4                        | 4               |
| 5    | 5                        | 5               |
| 6    | 6                        | 6               |
| 7    | 7                        | 7               |
| 8    | 8                        | 8               |
| 9    | 9                        | 9               |
| 10   | 10                       | 10              |
| 11   | 11                       | 11              |
| 12   | 12                       | 12              |
| 13   | 13                       | 13              |
| 14   | 14                       | 14              |
| 15   | 15                       | 15              |
| 16   | 16                       | 16              |
| 17   | 17                       | 17              |
| 18   | 18                       | 18              |
| 19   | 19                       | 19              |
| 20   | 20                       | 20              |
| 21   | 21                       | 21              |
| 22   | 22                       | 22              |
| 23   | 23                       | 23              |
| 24   | 24                       | 24              |
| 25   | 25                       | 25              |
| 26   | 26                       | 26              |
| 27   | 27                       | 27              |
| 28   | 28                       | 28              |
| 29   | 29                       | 29              |
| 30   | 30                       | 30              |
| 31   | 31                       | 31              |
| 32   | 32                       | 32              |
| 33   | 33                       | 33              |
| 34   | 34                       | 34              |
| 35   | 35                       | 35              |
| 36   | 36                       | 36              |
| 37   | 37                       | 37              |
| 38   | 38                       | 38              |
| 39   | 39                       | 39              |
| 40   | 40                       | 40              |
| 41   | 41                       | 41              |
| 42   | 42                       | 42              |
| 43   | 43                       | 43              |
| 44   | 44                       | 44              |
| 45   | 45                       | 45              |
| 46   | 46                       | 46              |
| 47   | 47                       | 47              |
| 48   | 48                       | 48              |
| 49   | 49                       | 49              |
| 50   | 50                       | 50              |
| 51   | 51                       | 51              |
| 52   | 52                       | 52              |
| 53   | 53                       | 53              |
| 54   | 54                       | 54              |
| 55   | 55                       | 55              |
| 56   | 56                       | 56              |
| 57   | 57                       | 57              |
| 58   | 58                       | 58              |
| 59   | 59                       | 59              |
| 60   | 60                       | 60              |
| 61   | 61                       | 61              |
| 62   | 62                       | 62              |
| 63   | 63                       | 63              |
| 64   | 64                       | 64              |
| 65   | 65                       | 65              |
| 66   | 66                       | 66              |
| 67   | 67                       | 67              |
| 68   | 68                       | 68              |
| 69   | 69                       | 69              |
| 70   | 70                       | 70              |
| 71   | 71                       | 71              |
| 72   | 72                       | 72              |
| 73   | 73                       | 73              |
| 74   | 74                       | 74              |
| 75   | 75                       | 75              |
| 76   | 76                       | 76              |
| 77   | 77                       | 77              |
| 78   | 78                       | 78              |
| 79   | 79                       | 79              |
| 80   | 80                       | 80              |
| 81   | 81                       | 81              |
| 82   | 82                       | 82              |
| 83   | 83                       | 83              |
| 84   | 84                       | 84              |
| 85   | 85                       | 85              |
| 86   | 86                       | 86              |
| 87   | 87                       | 87              |
| 88   | 88                       | 88              |
| 89   | 89                       | 89              |
| 90   | 90                       | 90              |
| 91   | 91                       | 91              |
| 92   | 92                       | 92              |
| 93   | 93                       | 93              |
| 94   | 94                       | 94              |
| 95   | 95                       | 95              |
| 96   | 96                       | 96              |
| 97   | 97                       | 97              |
| 98   | 98                       | 98              |
| 99   | 99                       | 99              |
| 100  | 100                      | 100             |

## Nome da Seguradora

Opção Comercial

| Dose    | Uni | Via | Frequência |
|---------|-----|-----|------------|
| 100 mg  | 10  | 10  | 10         |
| 200 mg  | 20  | 20  | 20         |
| 300 mg  | 30  | 30  | 30         |
| 400 mg  | 40  | 40  | 40         |
| 500 mg  | 50  | 50  | 50         |
| 600 mg  | 60  | 60  | 60         |
| 700 mg  | 70  | 70  | 70         |
| 800 mg  | 80  | 80  | 80         |
| 900 mg  | 90  | 90  | 90         |
| 1000 mg | 100 | 100 | 100        |

46 27 00

DIPYRONA SODICA

AMP EV 06/06

下

CICLOTERPIO DE TRANSOLIO.

AMP EV 08/06

16 20

**Abstract**

FILED BY 08/06

25

BROOKFIELD

2 RME EV 12/12

Alber Cafe

CLORIDEATO DE KANTILINA

2 AMF EV 12/12

27

DATE: PM

1 CPH VO ESPECIAL.

42

CAPTOPRIL

1 CFR VO 08/08

77

## REFERENCES

3 EAM SC 08/08

| Dose | Unl | Via | Frequência | Qtde | Total | Saida | Horários |
|------|-----|-----|------------|------|-------|-------|----------|
|------|-----|-----|------------|------|-------|-------|----------|

.....

726619 - No bond

And

Dr. J. R. CEL  
e Transladora

Medicago sativa, L. n.

Small

Alg. Prestador:

ALDO LEITE MOREIRA NETO (CPM 13645)

Impressão em 21/06/2018 12:30:07 pelo usuário ALDO

Recebo de Medina 25.00

2002