



ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613  
ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA

*End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce*  
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

**EXMO(A). SR(A). DR(A). JUIZ(A) DE DIREITO DA \_\_\_\_ VARA  
DA COMARCA DE CRATEÚS/CE**

### **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)**

**JUNIO BARBOSA DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, desempregado, portador do RG nº 65.426.686-4, expedido por SSP/SP, inscrito no CPF sob o nº. 618.366.623-86, residente e domiciliado no Distrito de Caboclos, Zona Rural, município de Poranga/CE, CEP: 62.220-000, **sem endereço eletrônico**, vem à presença de V. Excelência, por sua advogada, com escritório profissional situado na Rua Dr. João Tomé, nº. 998-A, Centro, Crateús/CE – CEP: 63.702-885 – Celular/WhatsApp: (88) 99619-6396, **e-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)**, propor a presente **AÇÃO DE COBRANÇA (SEGURO DPVAT)** em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S.A.** (CNPJ nº. 09.248.608/0001-04), e sede na Rua Senador Dantas, 74 – 5º. Andar, centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP: 20.031-205), pois a mesma é a representante de TODAS seguradoras consorciadas do seguro DPVAT em todo o território nacional (art. 1º da Portaria SUSEP nº 2.797/2007 e art. 41 da Resolução CNSP nº 332/2015), bem como, é a instituição conveniada com o TJCE para receber citação/intimação eletrônica, com base na lei nº 6194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.945/2009 e demais dispositivos legais que rege a espécie, pelos fatos e fundamentos a seguir aduzidos:

### **DA JUSTIÇA GRATUITA**

**Preliminarmente**, requer os benefícios da JUSTIÇA GRATUITA por ser pobre na forma da lei, não podendo, portanto, arcar com as custas processuais e honorários advocatícios sem prejuízo dos próprios sustentos e de sua família, tudo com base no artigo 5º, LXXIV, da Constituição Federal/88, bem como nos ditames estabelecidos pela Lei nº 1.060, de 5 de fevereiro de 1950, o que pode ser feito mediante simples afirmação na própria petição inicial (art. 4º, caput).



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

**End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce**  
**Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)**

## **DOS FATOS E DO DIREITO**

No dia **18 de Novembro de 2019** o (a) autor(a) sofreu um acidente de trânsito, vindo a ficar com debilidade permanente, conforme faz prova com o Boletim de Ocorrência Policial e a documentação médica, em anexo.

Foi paga ao(a) autor(a) a título de indenização a quantia de **R\$ 2.531,25 (dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, processo administrativo que tramitou sob o nº. 3200/094694, quantia esta disponibilizada em 02 (duas) parcelas, sendo a primeira **no dia 11/03/2020 no valor de R\$ 1.687,50 (hum mil seiscentos e oitenta e sete reais e cinquenta centavos)** e a segunda em **01/04/2020 no valor de R\$ 843,75 (oitocentos e quarenta e três reais e setenta e cinco centavos)**, quando deveria ter sido paga a quantia de acordo com o grau de invalidez na qual o(a) autor(a) é portador(a).

No presente caso, o (a) requerente ficou com debilidade permanente consistente em **Membro Inferior Direito** conforme documentação médica em anexo, o que restará provado pela perícia médica judicial desde já requerida.

**O STJ publicou a súmula 474 em 13.06.2012, a qual determina que em caso de invalidez permanente parcial, a indenização do seguro DPVAT deve ser paga de forma proporcional ao grau de invalidez da vítima.**

Portanto, aplicando-se a súmula supramencionada e a tabela constante da Lei 11.945/2009, bem como, respeitando os princípios da proporcionalidade e da razoabilidade, de acordo com a tabela abaixo:

| <b>DANOS CORPORAIS PREVISTOS NA LEI</b>                                                                                                           | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores                                                              | 100                            | R\$ 13.500,00       | R\$ 10.125,00        | R\$ 6.750,00       | R\$ 3.375,00      | R\$ 1.350,00          |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés                                                                       |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior                                                             |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral                                                        |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões neurológicas que cursem com:<br>(a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre |                                |                     |                      |                    |                   |                       |



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

**End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce**  
**Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------|----------------------|--------------------|-------------------|-----------------------|
| deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica                                                                                                                                                                                                  |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis, de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| <b>DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) REPERCUSSÕES EM PARTES DE MEMBROS SUPERIORES E INFERIORES</b>                                                                                                                                                                                                                | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos                                                                                                                                                                                                                              | 70                             | R\$ 9.450,00        | R\$ 7.087,50         | R\$ 4.725,00       | R\$ 2.362,50      | R\$ 945,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés                                                                                                                                                                                                                                                                  | 50                             | R\$ 6.750,00        | R\$ 5.062,50         | R\$ 3.375,00       | R\$ 1.687,50      | R\$ 675,00            |
| Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho                                                                                                                                                                                                                 |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar                                                                                                                                                                                                                                       | 25                             | R\$ 3.375,00        | R\$ 2.531,25         | R\$ 1.687,50       | R\$ 843,75        | R\$ 337,50            |
| Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo                                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral                                                                                                                                                                                                                                        |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| <b>DANOS CORPORAIS SEGMENTARES (PARCIAIS) OUTRAS REPERCUSSÕES EM ÓRGÃOS E ESTRUTURAS CORPORAIS</b>                                                                                                                                                                                                                     | <b>PERCENTUAL DA PERDA (%)</b> | <b>TOTAL (100%)</b> | <b>INTENSA (75%)</b> | <b>MÉDIA (50%)</b> | <b>LEVE (25%)</b> | <b>RESIDUAL (10%)</b> |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão                                                                                                                                                                                                                                   | 10                             | R\$ 1.350,00        | R\$ 1.012,50         | R\$ 675,00         | R\$ 337,50        | R\$ 135,00            |
| Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé                                                                                                                                                                                                                                                 |                                |                     |                      |                    |                   |                       |
| Perda integral (retirada cirúrgica) do baço                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |                     |                      |                    |                   |                       |

Tendo o(a) requerente **recebido à quantia de R\$ 2.531,25 (dois mil quinhentos e trinta e um reais e vinte e cinco centavos)**, este(a) ainda **tem a receber complementação de acordo com sua INVALIDEZ PERMANENTE** que restará apurada por ocasião da realização da **perícia médica judicial futura a ser designada por este Juízo**, para atingir o complemento da indenização no limite previsto para o seguro obrigatório DPVAT, nos termos da Lei nº. 6.194/74, alterada pelas Leis nº. 11.482/2007 e 11.945/2009.

### **DOS HONORÁRIOS ADVOCATÍCIOS**

O advogado - em consonância com o art. 133 da Constituição Federal, bem como, com o Estatuto da Ordem dos Advogados do Brasil - é



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

**End. Profissional:** Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce  
 Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: **deranysantos@hotmail.com**

indispensável à administração da justiça, sendo a postulação a qualquer órgão do Poder Judiciário e aos Juizados Especiais sua atividade privativa, **tendo direito assegurado aos honorários convencionados, fixados por arbitramento e os de sucumbência.**

O Art. 22 da Lei 8906/94 assim preleciona:

**“Art. 22** - A prestação de serviço profissional assegura aos inscritos na OAB o direito aos honorários convencionais, aos fixados por arbitramento judicial e **aos de sucumbência.**”

Neste diapasão, os honorários de sucumbência são devidos a título de gratificação, pelo motivo da boa atuação do advogado na defesa dos interesses da parte vencedora. Quanto mais o empenho dele tiver nexos com o resultado do processo, há de se convir que maior seja a verba honorária.

Pois bem, percebe-se que o zelo profissional dos patronos desta demanda é satisfatório, uma vez que tentam por todos os meios legais - munidos de direito para respaldar o pleito - a procedência da presente ação de indenização, no fito de aliviar a dor da parte autora, de acordo com a função social do advogado e respeito à ética profissional.

O art. 20 do CPC, assim verbis:

**Art.20 - A sentença condenará o vencido a pagar ao vencedor as despesas que antecipou e os honorários advocatícios (...)**

**§1º** - O juiz, ao decidir qualquer incidente ou recurso, condenará nas despesas o vencido. (Alterado pela L-005.925-1973)

(...)

**§3º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de 10% (dez por cento) e o máximo de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação,** atendidos: (Alterado pela L-005.925-1973)

**§ 4º–“Nas causas de pequeno valor,** nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante **apreciação equitativa do juiz,** atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior.” (g.n.)



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

**End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce**  
**Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)**

### **a) O GRAU DE ZELO DO PROFISSIONAL;**

Por ter laborado em nome da dignidade da pessoa humana, por rebater a avareza da Seguradora Requerida, de todas as formas em direito admitidas, com muito zelo, modestamente requer-se que a Requerida seja condenado no pagamento de honorários advocatícios.

Contudo, requer seja condenada a seguradora, de acordo com o art. 20, § 3º, ou seja, entre 10% a 20%, caso o direito a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo permitido em lei, ou seja, o máximo permitido em lei é de R\$ 13.500,00, portanto, a metade é de R\$ 6.750,00, aplicando assim, o parágrafo 3º do art. 20, que assim prevê:

**§3º - Os honorários serão fixados entre o mínimo de 10% (dez por cento) e o máximo de 20% (vinte por cento) sobre o valor da condenação, atendidos: (Alterado pela L-005.925-1973)**

Porém, caso o valor a ser indenizada à parte autora, não ultrapasse a metade do valor máximo permitido em lei, o que torna pequeno o valor, requer a aplicação do parágrafo 4º do art. 20, que assim prescreve:

**§ 4º—“Nas causas de pequeno valor, nas de valor inestimável, naquelas em que não houver condenação ou for vencida a Fazenda Pública, e nas execuções, embargadas ou não, os honorários serão fixados consoante **apreciação equitativa do juiz**, atendidas as normas das alíneas a, b e c do parágrafo anterior.” (g.n.)**

Esse dispositivo existe no Código de Processo civil, para evitar que honorários os honorários sejam irrisórios, aviltantes, e até desrespeitoso. A jurisprudência do Superior Tribunal de Justiça é pacífica quanto à aplicação do artigo 20, § 4º, do CPC aos casos como o dos autos, senão vejamos:

**“Pequeno que seja o valor da causa, os tribunais não podem aviltar os honorários de advogado, que devem corresponder à justa remuneração por trabalho profissional; nada importa que o vulto da demanda não justifique a despesa” (STJ, AI n. 325.270-SP, rel. Min Nancy Andrighi, j. em 20-3-2001).**

**“O arbitramento dos honorários advocatícios em patamar irrisório é aviltante e atenta contra o exercício profissional.” (AgRg no Ag 954.995/SP, Rel. Ministro JOSÉ DELGADO, PRIMEIRA TURMA, julgado em 18/03/2008, DJe 23/04/2008 – grifou-se.)**

Diante do exposto, requer seja a Requerida condenada a pagar os honorários advocatícios, no patamar de 20% (vinte por cento) caso o direito



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

**End. Profissional:** Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce  
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

a indenização da parte autora ultrapasse a metade do máximo indenizável, ou que seja arbitrado um valor equitativamente de acordo com o § 4º do art. 20 do CPC, caso o valor da condenação seja baixo.

## **PEDIDOS**

Diante do exposto, sendo pacífica a legitimidade passiva e a existência do direito do (a) Autor (a), bem como preenchidos todos as pressupostos necessários, requerer a Vossa Excelência o que segue:

A) A citação da ré no endereço supramencionado para, querendo, responder à presente pretensão jurisdicional no prazo legal, sob pena de revelia e confissão, constando do mandado as advertências do artigo 285 do CPC;

B) Que julgue a presente Ação TOTALMENTE PROCEDENTE, condenando a Seguradora ao pagamento da complementação do Seguro DPVAT ao requerente, no percentual efetivamente devido de acordo com a lesão apurada em perícia médica, valor este que deve ser acrescido de correção monetária e juros de mora desde o evento danoso, posto que não fora aplicado ao pagamento administrativo o valor devido para a gradação da sequela de acordo com a tabela;

C) Que não tem interesse na realização de audiência de conciliação com base no art. 319, inciso VII do novo Código de Processo Civil;

D) Que após ouvir as partes, sejam, os autos remetidos ao Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania a fim de participar de mutirão DPVAT;

E) Que seja designada a realização de perícia médica por profissional a ser indicado pelo MM. Juiz, pois, a PEFOCE não vem realizando perícias médicas desta natureza em virtude de recomendação do Ministério Público, para aferição do grau da lesão do autor e aplicação da tabela da Lei 11.945/09, facultando às partes nomearem assistentes nos termos do art. 421 § 1º, do CPC;

F) Que eventual perícia a ser realizada pela PEFOCE seja preferencialmente o de abrangência do município onde o(a) autor(a) reside;

G) A concessão dos benefícios da GRATUIDADE JUDICIÁRIA, nos termos da Lei 1.060/50, por não ter o autor condições de arcar com



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS – ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

**End. Profissional:** Rua Dr. João Tomé, nº 998-A, Centro – Crateús-Ce  
Cep. 63.702-885 - Celular/WhatsApp: (88) 99619 – 6396 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

eventuais custas e despesas processuais sem prejuízo do sustento próprio e de sua família;

H) Condenação da Requerida ao pagamento das custas processuais, bem como honorários advocatícios, estes arbitrados em até 20% do valor da condenação, **respeitando os ditames estabelecidos pelo art. 85 § 2º e 8º do CPC.**

I) Ao final, REQUER EM SEDE DE PEDIDO SUBSEQUENTE, seja promovida condenada ao pagamento referente a correção monetária do valor já pago administrativamente entre data do evento danoso e o efetivo pagamento administrativo, com base nas sumulas 43 e 580 do STJ, tendo em vista que a empresa ré não aplicou a devida correção quando efetivou o pagamento em sede de pedido administrativo, devendo ainda, o valor ser regularmente corrigido e acrescido de juros legais desde a inadimplência da Ré;

Dá-se à causa o valor de **R\$ 6.918,75 (seis mil novecentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos).**

Nestes Termos,  
Pede DEFERIMENTO.  
Crateús/CE, data da assinatura eletrônica.

**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS**  
**ADVOGADA OAB/CE 34.613**



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I - Crateús-Ce  
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 - 3794 - E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

## **PROCURAÇÃO**

### **OUTORGANTE:**

OUTORGANTE:

|                                 |                                |                                      |                   |
|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-------------------|
| Nome:<br>JUNIO BARBOSA DE SOUSA |                                | Nacionalidade:<br>BRASILEIRO         |                   |
| Estado Civil:<br>SOLTEIRO       | Profissão:<br>DESEMPREGADO     | Carteira de Identidade:<br>654266864 |                   |
| CPF n°:<br>618.366.623-86       | Residência:<br>DT CABOCLOS S/N |                                      |                   |
| Bairro:<br>ZONA RURAL           | Cidade:<br>PORANGA             | Estado/UF:<br>CE                     | CEP:<br>62220-000 |

**OUTORGADO:** ANTONIA DERANY MOURÃO DOS SANTOS, brasileira, solteira, advogada inscrita na OAB/CE sob o nº 34.613; com endereço profissional na Rua Dr. João Tomé, nº. 979, Sala 103, Fátima I, Crateús/CE, CEP nº 63.700-000; Fone/Fax: (88) 3692.3794.

**PODERES:** Pelo presente instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui, o outorgado, seu bastante procurador, 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 SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, 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 medicas**, em nome do(a) outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

CRATEÚS - CE., 13 de MAIO de 2020.

Junio Barbosa de Sousa  
 (outorgante)

| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL                         |  | VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL |                                                                           |
|--------------------------------------------------------|--|--------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| ESTADO DE SÃO PAULO                                    |  | REGISTRO SERIAL                      | 65.426.686-4                                                              |
| SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA                        |  | DATA DE EXPEDIÇÃO                    | 01/02/2019                                                                |
| INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GOMES LEON OLIVEIRA |  | NOME                                 | JÚNIO BARBOSA DE SOUSA                                                    |
| 60657750                                               |  | FILIAÇÃO                             | GERALDO GONÇALVES DE SOUSA<br>MARTA BARBOSA DE QUEIROZ                    |
| 60657750                                               |  | NATURALIDADE                         | LUZIANIA - GO                                                             |
| 60657750                                               |  | DATA DE NASCIMENTO                   | 18/05/2000                                                                |
| 60657750                                               |  | BOM DO GEM                           | LUZIÂNIA-GO LUZIÂNIA CN:LV.A101/FLS074/Nº76991                            |
| 60657750                                               |  | CPF                                  | 618366623/86                                                              |
| 60657750                                               |  | ASSINATURA DO DIRETOR                | Assinatura do Diretor<br>Delegado de Polícia Chefe Ricardo Ribeiro SSP-SP |
| 60657750                                               |  | LEI Nº 7.116 DE 29/08/63             |                                                                           |

(88) 99497.9386



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce  
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

## DECLARAÇÃO

|                                       |                     |                              |
|---------------------------------------|---------------------|------------------------------|
| Declarante:<br>JUNIO BARBOSA DE SOUSA |                     | Nacionalidade:<br>BRASILEIRO |
| Residência:<br>DT CABOCLOS S/N        |                     | Profissão:<br>DESEMPREGADO   |
| CPF nº:<br>618.366.623-86             | RG nº:<br>654266864 | Estado Civil:<br>SOLTEIRO    |
| Bairro:<br>ZONA RURAL                 | Cidade:<br>PORANGA  | Estado/UF:<br>CE             |
| CEP:<br>62220-000                     | Telefone:           |                              |

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

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

PORANGA - CE, 13 de MAIO de 2020.

Junio Barbosa de Sousa  
 Declarante



**ANTONIA DERANY MOURAO DOS SANTOS - ADVOGADA - OAB/CE Nº. 34.613**  
**ADVOCACIA: TRABALHISTA, CÍVEL, CRIMINAL E PREVIDENCIÁRIA**

End. Profissional: Rua Dr. João Tomé, nº 979, Sala 103, Fátima I – Crateús-Ce  
 Cep. 63.700-000 - Tel.: (Fax): (88) 3692 – 3794 – E-mail: [deranysantos@hotmail.com](mailto:deranysantos@hotmail.com)

## DECLARAÇÃO

|                                       |                     |                              |
|---------------------------------------|---------------------|------------------------------|
| Declarante:<br>JUNIO BARBOSA DE SOUSA |                     | Nacionalidade:<br>BRASILEIRO |
| Residência:<br>DT CABOCLOS S/N        |                     | Profissão:<br>DESEMPREGADO   |
| CPF nº:<br>618.366.623-86             | RG nº:<br>654266864 | Estado Civil:<br>SOLTEIRO    |
| Bairro:<br>ZONA RURAL                 | Cidade:<br>PORANGA  | Estado/UF:<br>CE             |
| CEP:<br>62220-000                     | Telefone:           |                              |

**DECLARO** que resido no endereço acima citado e forneço os dados pessoais, documentos e demais declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada DPVAT- FENASEG, E QUE FUI VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO. Sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito fornecida.

PORANGA - CE , 23 de MARÇO de 2020.

Junio Barbosa de Sousa  
 (declarante)

**Endereço do Cliente:**  
**5614658**  
 Para agilizar seu atendimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002  
**Companhia Energética do Ceará**  
 Rua Padre Valdevino, 150  
 CEP 60135-040 | Fortaleza CE  
 CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

**CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE ÚNICA | Nº** **023223478**  
 Rota **PN123R04 - 221000** Referência **10/2019**  
 Nome **ANTONIA NILCA ARAUJO FREITAS**  
 Endereço **DT CABOCLÓS, 00000, CABOCLÓS, 62220-000, PORANGA**  
 Classificação **Residencial Agropecuária** Emissão **09/10/2019**  
 Modalidade **Tamara B2 RURAL** Medidor **2664813-FAE-048**  
 Ligação **Trifásico**  
**ÁREA RESERVADA AO FISCO** **ACOMPANHAMENTO DE CONSUMO (kWh)**

1589,14 56,6397,5424,82E4,3E3E,5021,7046  
**DATAS DE LEITURA**  
 Anterior **30/09/2019** Atual **04/10/2019** P.F. **30 dias** Próxima prevista **06/11/2019**

**DADOS DA MEDIÇÃO**

| Posto | Leit. Atual | Leit. Anterior | Const. | Consumo Mês (kWh) | Consumo Incl. (kWh) | Consumo Fat. (kWh) | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------|-------------|----------------|--------|-------------------|---------------------|--------------------|------------------|-------------|
| FF    | 5.888       | 5.738          | 1,00   | 150               | 00                  | 150                | 0,55233          | 82,85       |

**DADOS DO FATURAMENTO**

|                           | TARIFA  | VALOR (R\$) |
|---------------------------|---------|-------------|
| CIP - ILUM PUB PREF MUNIC | -       | 4,52        |
| CONSUMO                   | 0,55233 | 82,85       |
| ADICIONAL BAND. AMARELA   | -       | 0,41        |
| ADICIONAL BAND. VERMELHA  | -       | 7,13        |

| Tributo: | Base (R\$): | Aliquota (%): | Valor (R\$): |
|----------|-------------|---------------|--------------|
| ICMS     | 90,39       | 27,00         | 24,41        |
| PIS      | 90,39       | 0,03          | 0,02         |
| COFINS   | 90,39       | 0,14          | 0,13         |

**13/11/2019**  
**CONSUMO CONSCIENTE**  
 EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (kg/kWh). Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.  
 Emitido kg (CO<sub>2</sub>) | Compensado kg (CO<sub>2</sub>) | Consciência Ecológica (%CO<sub>2</sub>) 0 100

**TOTAL A PAGAR (R\$)** **94,91**  
**CPF/CNPJ** **311.051.732-91**

**INFORMAÇÕES AO CLIENTE**

Períodos: Band. Tarif.: Vermelha : 05/09 - 30/09 Amarela : 01/10 - 04/10

**DEBITOS ANTERIORES**  
 MES ANO VALOR (R\$)  
 12/2018 78,79  
 Total: R\$ 78,79



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS  
Impresso nº 202085458



fls. 13

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484 - 131 / 2020

### Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **29/01/2020 09:40:28**  
Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2019 00:30:00**  
Endereço da Ocorrência: **AV DR. EPITÁCIO DE PINHO - PORANGA/CE**  
Ponto de Referência:

### Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JUNIO BARBOSA DE SOUSA**  
Nascimento: **18/05/2000** CPF: **618.366.623-86**  
RG: **654266864** Órgão Emissor: **SSP** UF: **SP**  
Filiação: **MARTA BARBOSA DE QUEIROZ**  
**GERALDO GONÇALVES DE SOUSA**  
Endereço: **SITIO CABOCLOS**  
Bairro: **ZONA RURAL**  
Município: **PORANGA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(11) 96431-9957**

### Histórico

A PESSOA ACIMA QUALIFICADA COMPARECEU EM CARTÓRIO DESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, ONDE, APÓS SER CIENTIFICADA DO TEOR DOS ARTIGOS 339 E 340 C.P.B., COMUNICOU O SEGUINTE: QUE NO DIA 18 DE NOVEMBRO DO ANO DE 2019, POR VOLTA DAS 00:30, ESTAVA TRANSITANDO A PÉ, PELA AVENIDA DOUTOR EPITÁCIO DE PINHO, CENTRO DE PORANGA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO, O QUAL NÃO SABE CARACTERIZAR, NEM IDENTIFICAR O CONDUTOR, POIS O MESMO SE EVADIU DO LOCAL, SEM PRESTAR SOCORRO; QUE, COM A COLISÃO, CAIU AO CHÃO, INCONSCIENTE, E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE PORANGA, POR UMA PESSOA CONHECIDA POR DANIEL, RESIDENTE NA LOCALIDADE DE PAU ROXO, ZONA RURAL DE PORANGA-CE; QUE, EM SEGUIDA, FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, ONDE FICOU INTERNADO POR 3 DIAS; QUE FICOU COM UMA FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DO PÉ DIREITO; QUE NÃO SABE CARACTERIZAR O VEÍCULO QUE LHE ATROPELOU POIS O CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; NADA MAIS DISSE.//

OBS: NÃO HÁ RELATÓRIO DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, GUARDA-CIVIL MUNICIPAL, IML, SAMU, E NEM DE OUTROS ÓRGÃOS DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO, PORÉM APRESENTARAM-SE COMO TESTEMUNHAS AS PESSOAS DE MARIA VIVIANE FREITAS MATOS, RESIDENTE NO DISTRITO DE CABOCLOS, ZONA RURAL DE PORANGA-CE (TEL:11 952501025 ), A QUAL RELATOU QUE É ESPOSA DA VÍTIMA E PRESENCIOU O MOMENTO DO ACIDENTE, OCASIÃO EM QUE O MESMO FOI ATROPELADO POR UM CARRO, O QUAL NÃO FOI IDENTIFICADO, DISSE AINDA QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PORANGA, SENDO TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA E ANTONIA MIKAELLY LIMA BEZERRA RESIDENTE NA RUA RAIMUNDO BEZERRA DE MENEZES, 427, JARDIM DAS OLIVEIRAS, PORANGA-CE (TEL:

*Francisco Irlan Pontes Filizola*

DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

MAT: 300619-1-8

Consolidado em: 29/01/2020 10:12:42

*Antonia Mikelly Lima Bezerra*

Pag. 1 de 2

Impresso em: 29/01/2020 10:13:16

*Junio Barbosa de Sousa*

*William Furtado*



**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS

Impresso nº 202085458



fls. 14

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 484 - 131 / 2020**

88 996504812), A QUAL RELATOU QUE PRESENCIOU O ACIDENTE, NO QUAL A VÍTIMA FOI ATROPELADA POR UM CARRO, O QUAL NÃO FOI IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PORANGA, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA EM SOBRAL, APRESENTANDO LESÃO NO TORNOZELO DO PÉ DIREITO; AS TESTEMUNHAS PRESTARAM O COMPROMISSO DE FALAR A VERDADE E FICARAM CIENTES DA POSSIBILIDADE DE RESPONDEREM PELO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, NOS TERMOS DO ARTIGO 342 DO CPB;NADA MAIS DISSE.//////////

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCO IRLAN PONTES FILIZOLA - MAT.: 300619-1-8**

*Francisco Irlan Pontes Fili:*  
ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:** *Adriano Barbosa de Sousa*

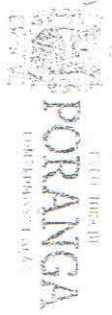
**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**JULIANO DE ALMEIDA PAZ - MAT.: 301258-5-1**

*Testemunhas:*

*X Antonia Mikelly Lima Bezerra*

*X M - Vinícius Brites Neto*



ESTADO DO CEARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORANGA  
SECRETARIA DE SAÚDE

Nº 00156  
DATA: 18/11/19

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

1-IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Junio Barbosa de Sousa RG: 65426686-4

ESTADO CIVIL: solteiro SEXO: M DATA DO NASC.: 18/05/00 IDA DE: 18a

NATURALIDADE: Luciana - GO PROFI: agultor

RESIDÊNCIA: Capelas CNS:

FILIAÇÃO: Genildo Gonçalves de Sousa e Marta Barbosa de

CONJUGE: Lucinda

2-QUEIXA PRINCIPAL:

3-HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Febre exposta na parte - 2, desconstrução de acidente de trânsito (STC).

4-PESO:  KG 5.P.A.  mmHg 6-TEMPERATURA  °C

7-EXAMES SOLICITADOS:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL: Carlos Manoel da Silva

ASSINATURA DO MÉDICO: FRANCISCO ALBERTO MARTINS  
MÉDICO  
CRM 8778

1- Cefprozol 100g + 100L 5F95%

Ev - 28pts / -m

2- Tramadol 100g + 100L 5F95%

Ev - 28pts / -m

3- Paracetamol 100g + 100L 5F95%

PARACETAMOL 1000mg  
MEDICAMENTO  
C-1000-0718

DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 975860  
Paciente: JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
Sexo: MASCULINO  
Dt. Nasc: 18/05/2000  
Mãe: MARTA BARBOSA DE QUEIROZ  
E. Civil: SOLTEIRO  
Endereço: BETANIA  
Bairro: ZONA RURAL  
Cidade: PORANGA  
Fone: 985942150  
CPF: 61836662386  
Idade: 19a 6m 1d  
Cor: PARDA  
CNS: 706506341346599  
Nº: 0  
CEP: 62220-000  
UF: CE

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:  
Endereço:  
Documento:  
Fone:

DADOS DA INTERNAÇÃO

Atendimento: 5655111  
Data: 18/11/2019  
Procedimento: 0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRAT  
Médico: ANDERSON NUNES CÁSSIANO (RES)  
Unidade Int: UI EMERGENCIA ADULTA  
Leito: LEITO EXT 12 EMERG. ADULTA  
Convênio: SUS - SIH  
Plano: 1  
Carteira:  
Guia:

Atendente: RAIMUNDO COSTA  
Hora: 09:03  
Permanência: 3 Dias

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL  
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação  
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente  
Páginas: 1/1  
Emitido por: SHEILA COSTA  
Em: 21/11/2019 17:03

Atendimento: 5655111  
Dt. Atendimento: 18/11/2019 - 09:03

Data Alta: 21/11/2019  
Hora Alta: 17:00

Paciente: 975860 JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA  
Leito: 160 LEITO 10-3 - C.S.SAO J  
Convênio: 1 SUS - SIH  
Plano: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA  
CID: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA  
Usuário: SHEILA COSTA

Procedimento de Alta: 40805049 TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR /

Observação de Alta:

ALTA MÉDICA DA PRESCRIÇÃO: 2319291  
DATA/HORA: 21/11/2019 10:29:33  
USUÁRIO DA ALTA: PONCIANO LIMA  
MOTIVO DA ALTA: 1 - ALTA MELHORADA



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3 0 2 1 1 1 4

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

AUMT.: 5655111 DT. ATEND.: 18/11/2019 - 09:03

MATR.: 975860 NASCIMENTO.: 18/05/2000

NOME.: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

MAE.: MARTA BARBOSA DE QUEIROZ

CPF.: 61836662386 CNS: 706506341346599 SUSFACIL:

ENDER.: BETANIA O

BAIRRO: ZONA RURAL - PORANGA

-CE- CEP: 62220000

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

ICIMENTO

9 - SEXO

Masc. 1

Fem. 3

10 - RAÇA/COR

DDD

12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

DDD

14 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Plano com joelhos apertados e tenazes, instáveis  
de joelhos cangris

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

União de captação

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ruínas + BF + R

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

União de unção

24 - CID 10 PRINCIPAL 25 - CID 10 SECUND 26 - CID 10 CAUSAS ASSOC.

LSP

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgias Múltiplas

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

OR 151 910 0 12

29 - CLÍNICA

1

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

CNS

CPF

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

000898223186

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (PROFISSIONAL)

Dr. Raoni Madaleno  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 14314 TEOT: 16165

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

18/11/2019

35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Raoni Madaleno  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 14314 TEOT: 16165

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNIE EMPRESA

44 - CBOR

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

( ) CNS

( ) CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

OBS: NÃO É DOCUMENTO FISCAL



SANTA CASA  
DE MISERICÓRDIA  
DE SOBRAL

fls. 20

## HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

**Nome:** JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Matrícula:** 975860 **D.N:** 18/05/2000 **Idade:** 19 Anos 6 Meses 0 Dia  
**Sexo:** MASCULINO **Atendimento:** 5655111  
**Procedência:** PORANGA **Data da admissão:** 18/11/2019 09:03:07  
**Diagnóstico Médico:**  
FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO  
**Presença de Familiares/Acompanhantes:** Durante Atendimento

### ANTECEDENTES PESSOAIS

**Alergia a:**

### HISTÓRIA ATUAL

**SSVV:** PA: 130X80 mmHg P: 83 bpm FR: 22 rpm T: 36,3 °C

**Motivo da internação/Queixas Principais:**

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FRATURA EM TORNOZELO DIREITO. SEM QUEIXA NO MOMENTO.

### AValiação DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/SEDAÇÃO - NECESSIDADES DE PERCEPÇÃO SENSORIAL (PB)

**Orientado** Consiente

**Dor:** Sem Dor

**Abertura Ocular:** Espontanea **Resposta Verbal:** Orientado **Resposta Motora:** Obedece a comandos verbal

**Pupilas** Isocóricas

**Motricidade**

**Braço** F. normal D F. normal E

**Perna** F. normal E

**Marcha** Alterada

### NECESSIDADE DE OXIGENAÇÃO/RESPIRAÇÃO

**Regular**

**Inspeção torácica:**

Simétrico

**Palpação** **Expansibilidade:** Preservada

**Percussão:** Claropulmonar

**Sons pulmonares:** Presente

**Oxigenação:** Ar ambiente

**Ausculta cardíaca:** Bulhas Normofonéticas

### AValiação DO ABDOME

**Inspeção:** Plano

**Ruídos hidroaéreos:** Presente

**Palpação:** Normotenso

### NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO/HIDRATAÇÃO

**Dieta por via oral** Sólida

### URINÁRIA

**Micção Espontânea**

**Diurese:**

Límpida e clara

### EVACUAÇÃO

**Presentes**

### MEMBROS SUPERIORES/INFERIORES

**Dispositivos:**

Catéter periférico MSD

Rede Venosa Visível

**TEC:** <3 seg

### NECESSIDADE DE HIGIENE

**Cabelos:** Normal

**Oral:** Normal

**Pele:**

Turgor presente

RX: MID

Exames Realizados

fls. 21

**RISCOS ENCONTRADOS:**

Queda Flebite

Ligia Campos  
COREN-CE 20.071-516

**LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS SAMPAIO**  
Coren: 587671

**SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL**  
 MV 2000 - Sistema de Centro Cirúrgico e Obstétrico  
 Ficha de Cirurgia Descritiva

Página.: 0001  
 Data.: 18/11/2019  
 Hora.: 12:14

### Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia : 370692  
 Paciente : 975860  
 Convênio Atend. : 1  
 Leito : 213  
 Dt. Início :

Sala : 0004 SALA 04

JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
 SUS - SIH  
 LEITO 1478 - RECUPERACAO  
 Dt. Fim :

Atendimento : 5655111

Carteira :  
 Idade : 19 Anos 12 Horas

Cid Pré-Operatório : S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Cid Pós-Operatório : S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

### Procedimentos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Convênio: 001

SUS - SIH

Procedimento: 0408050578

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Convênio: 001

SUS - SIH

Anestesia:

### Equipe Médica

ANESTESISTA  
 CIRURGIAO

11859 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA FILHO  
 14314 RAONI CARLOS MADEIRO

### Descrição

#### Descrição Cirúrgica :

#### DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
- ANTISSEPSIA E ASEPSIA
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- DIÉRESE POR PLANOS ATÉ A VISUALIZAÇÃO DE TECIDOS DESVITALIZADOS.
- DEBRIDAMENTO DA FERIDA
- IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- SUÇÃO DA FERIDA
- HEMOSTASIA DEFINITIVA DA FERIDA
- SUTURA MINIMA DA PELE
- CURATIVO ACOLCHOADO

#### OSTEOSSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL
- ASEPSIA E ANTISSEPSIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, TORNOZELO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO DO MALEOLO LATERAL
- DISSECÇÃO DA FRATURA
- REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
- SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO

#### Achados Cirúrgicos:

#### Descrição Complementar

Dr. Raoni Madeiro  
 Ortopedista e Traumatologista  
 Cirurgia do Pé e Tornozelo  
 CRM: 14314 TEOT: 16165

DR(A) : RAONI CARLOS MADEIRO  
 CRM : 14314

PRESCRIÇÃO.: 2314989 DATA: 18/11/2019 12:02  
USUÁRIO.: RAONI  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 1D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 0 DIAS(S) INT

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UT SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO.: LEITO 1478 -- RECUPERAÇÃO COBERTURA: ENFERMARIA  
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

### EVOLUÇÃO MÉDICA

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO  
REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE  
D1 DE CEFALOTINA E GENTAMICINA  
CD: AVALIAR FO E MANter TALA BOTA

5655111\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

|               | Qtd | Unidade | SN | ApI | Frequência | Data    | Horários |
|---------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 1 DIETA GERAL | 1   |         |    |     |            | [18/11] | 12:02    |

Obs.: APOS AS 17H

#### ANTIMICROBIANOS

|                                          | Qtd | Unidade | SN | ApI | Frequência | Data | Horários |
|------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA - TO | 1   | AMPOLA  |    | EV  | 24X24 HOR  |      |          |

Justificativa.: prescrita  
Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos

#### MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

|                                                | Qtd | Unidade   | SN | ApI | Frequência | Data    | Horários    |
|------------------------------------------------|-----|-----------|----|-----|------------|---------|-------------|
| 3 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE    | 1   | FRASCO AM |    | EV  | 06X06 HOR  | [18/11] | 12:02 18:02 |
| Justificativa.: PROFILAXIA                     |     |           |    |     |            | [19/11] | 00:02 06:02 |
| -> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA               | 2   | AMPOLA    |    |     |            |         |             |
| -> AGULHA DESCARTAVEL 40X12                    | 1   | UNIDADE   |    |     |            |         |             |
| -> SERINGA DESCARTAVEL 20ML                    | 1   | UND       |    |     |            |         |             |
| 4 C.C. DAPIRONA 500MG/ML 2ML AMPOLA            | 1   | AMPOLA    |    | EV  | 06X06 HOR  | [18/11] | 12:02 18:02 |
| 5 C.C. TRAMAL 100 MG AMPOLA + SF 0,9% 100 ML   | 1   | AMPOLA    | S  | EV  | 08X08 HOR  | [19/11] | 00:02 06:02 |
| Obs.: se dor que não cede ao item 4            |     |           |    |     |            |         |             |
| 6 C.C. BROMOPRIDA 5MG/ML AMPOLA 2ML + ABD 20ML | 1   | AMPOLA    | S  | EV  | 06X06 HOR  |         |             |
| Obs.: se enjoos                                |     |           |    |     |            |         |             |

Dr. Raoni Madeiro  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 14814 TEOT: 16165

PRESCRIÇÃO.: 2314485 DATA: 18/11/2019 08:24  
USUÁRIO..... ANDERSON.CASSIANO  
ATENDIMENTO: 5654924 DT NASC: 19/05/2000 (19A 6M 1D)  
CONVÊNIO.... SUS - SIA  
PACIENTE.... 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO..... ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 07:41 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO..... ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: AMBULATORIO DE ORTOPIEDIA LEITO... COBERTURA:  
CID..... CICLO... /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

#VIDE ADMISSÃO  
#CD: ENCAMINHAR AO CENTRO CIRÚRGICO

Dr. Anderson Nunes Cassiano  
MÉDICO RESIDENTE  
TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA  
CREMEC 17520

**\*5654924\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

| DIETA                                                                                                                                                | Qtd | Unidade   | SN | ApI  | Frequência | Data    | Horários          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------|----|------|------------|---------|-------------------|
| 1 DIETA ZERO                                                                                                                                         | 1   |           |    |      |            | [18/11] | 08:24             |
| HIDRATAÇÃO VENOSA                                                                                                                                    | Qtd | Unidade   | SN | ApI  | Frequência | Data    | Horários          |
| 2 SORO FISIOLÓGICO A 0,9 FRASCO 1000ML<br>Obs.: 14 GOTAS MINUTO                                                                                      | 1   | FRASCO    |    | EV   | CONTÍNUA   |         |                   |
| ANTIMICROBIANOS                                                                                                                                      | Qtd | Unidade   | SN | ApI  | Frequência | Data    | Horários          |
| 3 TENOXICAM 20MG/AMP + 100 ML SF 0,9% EV<br>D.W<br>Obs.: RECONSTITUIR 1 AMP COM 2 ML AD + 100 ML SF 0,9% EV                                          | 1   | FRASCO AM |    | EV   | 12X12 HOR  |         |                   |
| MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS                                                                                                                             | Qtd | Unidade   | SN | ApI  | Frequência | Data    | Horários          |
| 4 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE<br>ATAQUE<br>Justificativa.: prescrita<br>Obs.: INFUNDIR EM ATÉ 2 MIN                                           | 1   | FRASCO AM |    | EV   | 03X08 HOR  | [18/11] | 08:24 16:24       |
| 1-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA                                                                                                                    | 2   | AMPOLA    |    |      |            |         |                   |
| 1-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12                                                                                                                         | 1   | UNIDADE   |    |      |            |         |                   |
| 1-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML                                                                                                                         | 1   | UNE       |    |      |            |         |                   |
| 5 C.C. DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP+ 18 ML AD<br>EV D.W<br>Obs.: FAZER 1 AMP+ 18 ML AD EV INFUNDIR EM ATÉ 2 MINUTOS                                     | 1   | AMPOLA    |    | EV   | 06X06 HOR  | [18/11] | 08:24 14:24 20:24 |
| 6 BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMPOLA + 18 ML<br>AD EV D.W<br>Obs.: OBSERVAÇÃO: FAZER 1 AMP+ 18 ML AD EV INFUNDIR EM ATÉ 2 MINUTOS<br>SE NAUSEAS OU VOMITOS | 1   | AMPOLA    |    | S EV | 08X08 HOR  | [19/11] | 02:24             |

Dr. Anderson Nunes Cassiano  
MÉDICO RESIDENTE  
TRAUMATOLOGIA/ORTOPEDIA  
CREMEC 17520

PRESCRIÇÃO.: 2314995 DATA: 18/11/2019 12:06  
USUÁRIO.: RAONI  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 1D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UI SALA DE RECUPERAÇÃO LEITO.: LEITO 1478 - RECUPERAÇÃO COBERTURA: ENFERMARIA  
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

\*5655111\*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RADIOLOGIA

8 RX PERNA

| Qtd | Unidade | SN | Apf | Frequência | Data | Horários |
|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1   |         |    |     |            |      |          |

Dr. Raoni Madeiro  
Ortopedista e Traumatologista  
Cirurgia do Pé e Tornozelo  
CRM: 14314 / TEST: 18165

RAONI CARLOS MADEIRO  
CRM: 14314

*Caro*  
*645 T*  
*18/11/2019 21:30 - 22:00*



# REGISTRO DE ENFERMAGEM



NOME: Junia Barbosa

SETOR: São Joaquim

Nº PRONTUÁRIO 5655111

ENFERMARIA: 10

LEITO: 3

DATA

18.09.2020 - Paciente em internação no setor de internação, com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia. Evolução satisfatória.

Rodrigo Borges Ramos  
Téc. de Enfermagem  
COREN-CE 832.421

20.09.2020 - Paciente em internação no setor de internação, com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia. Evolução satisfatória.

Fco. Fábio Lúcio  
Téc. de Enfermagem  
COREN-CE 831.145

22.09.2020 - Paciente em internação no setor de internação, com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia. Evolução satisfatória.

Eriveton Souza Portela  
COREN-CE 001.447.155 - TE

22.09.2020 - Paciente em internação no setor de internação, com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, em uso de medicação para controle da pressão arterial e glicemia. Evolução satisfatória.

Cristiano Albuquerque Sousa  
Téc. de Enfermagem  
COREN-CE 128.800

PRESCRIÇÃO.: 2315879 DATA: 19/11/2019 08:30  
USUÁRIO.: PONCIANO LIMA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)  
CONVÊNIO.: SUS - SIH  
PACIENTE.: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO.:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR:

#LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

# EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI. REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR RAONI

# EM USO DE :CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL. BEG. EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS. ACEITANDO DIETA, ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO

#EXAMES:

CD:  
- CUIDADOS DA FO E MANTER TALA BOTA  
- SOLICITO RX DE CONTROLE DE TORNOZELO AP E PERFIL E PÉ DIREITO EM PERFIL  
- MANTENHO ANTIBIÓTICOS

*Gerinana Braga*  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 19.094

**\*5655111\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### DIETA

|               | Qtd | Unidade | SN | Abi | Frequência | Data    | Horários |
|---------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 1 DIETA GERAL | 1   |         |    |     |            | [19/11] | 08:30    |

Obs.: APOS AS 17H

#### ANTIMICROBIANOS

|                                        | Qtd | Unidade | SN | Abi | Frequência | Data | Horários |
|----------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA TO | 1   | AMPOLA  |    | EV  | 2X24 HOR   |      |          |

Justificativa.: prescrita

Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos

230

#### MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

|                                             | Qtd | Unidade   | SN | Abi | Frequência | Data    | Horários          |
|---------------------------------------------|-----|-----------|----|-----|------------|---------|-------------------|
| 3 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE | 1   | FRASCO AM |    | EV  | 06X06 HOR  | [19/11] | 08:30 14:30 20:30 |

Justificativa.: prescrita

-> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA  
-> AGULHA DESCARTAVEL 40X12  
-> SERINGA DESCARTAVEL 20ML

2 AMPOLA  
1 UNIDADE  
1 UND

1406 22

PRESCRIÇÃO.: 2315960 DATA: 19/11/2019 09:00  
USUÁRIO....: PONCIANO LIMA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)  
CONVÊNIO....: SUS - SIH  
PACIENTE....: 975960 - JÚLIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITQ...: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

EM TEMPO:  
CONDUTA:  
- SOLICITO RX DE CONTROLE DE TORNOZELO DIREITO AP E PERFIL E PÉ DIREITO EM PERFIL

**\*5655111\***

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

#### RADIOLOGIA

9 RX PÉ OU PODODACTILOS  
Obs.: PE DIREITO EM PERFIL

10 RX ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA  
Obs.: DIREITA EM AP E PERFIL

Dra. Germana Braga  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 19.094

CLOTELIO PONCIANO LIMA (INT)  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC: 379270

PREScrição.: 2315560 DATA: 19/11/2019 00:30  
USUÁRIO.....: LIGIA MARIA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)  
CONVÊNIO....: SUS - SIH  
PACIENTE.....: 975860 -- JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica  
ENFERMEIRO

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO

19/11/2019 VER HISTÓRICO.

**\*5655111\***

### PREScrição - ENFERMEIRO

#### DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

|                                                              | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|--------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1                                                            |     |         |    |     |            |      |          |
| AJUDAR O PACIENTE A RECEBER TODOS OS CUIDADOS NECESSÁRIOS    |     |         |    |     |            |      |          |
| 2                                                            |     |         |    |     |            |      |          |
| DETERMINAR O NÍVEL DE MOBILIDADE E AS LIMITAÇÕES DE MOVIMENT |     |         |    |     |            |      |          |
| 3                                                            |     |         |    |     |            |      |          |
| APLICAR ESCALA DE RISCO DE QUEDA SEGUNDO PROTOCOLO           |     |         |    |     |            |      |          |

#### DOR AGUDA

|                                                     | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|-----------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 4                                                   |     |         |    |     |            |      |          |
| OFERECER ALIVIO DA DOR MEDIANTE ANALGESIA PRESCRITA |     |         |    |     |            |      |          |

Ligia Campos  
COREN-CE 587671 ENF

LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS SAMPAIO  
COREN: 587671

PRESCRIÇÃO.: 2317551 DATA: 20/11/2019 08:30  
USUÁRIO...: PONCIANO LIMA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 3D)  
CONVÊNIO...: SUS - SIH  
PACIENTE...: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO..: 18/11/2019 09:03 2 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

### EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR:

# LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

# EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO  
REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI. REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR  
RAONI

# EM USO DE :CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL.  
BEG, EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS. ACEITANDO DIETA, ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII  
DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO. FO COM POUCO SANGRAMENTO À EXPRESSÃO E COM SINAIS DE  
NECROSE NAS BORDAS.

#EXAMES:

CD:  
- CUIDADOS DA FO E MANter TALA BOTA  
- CHECO RX DE CONTROLE  
- MANTENHO ANTIBIÓTICOS

Dra. Carmana Braga  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 19.094

\*5655111\*

### PRESCRIÇÃO MÉDICA

| DIETA             | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|-------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| DIETA GERAL       | 1,  |         |    |     |            | [20/11] 08:30 |
| Obs.: APOS AS 17H |     |         |    |     |            |               |

| ANTIMICROBIANOS                                        | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data Horários |
|--------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|---------------|
| 2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA- TO                | 1   | AMPOLA  |    | EV  | 24X24 HOR  |               |
| Justificativa.: prescrita                              |     |         |    |     |            |               |
| Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos |     |         |    |     |            |               |

23

**PRESCRIÇÃO:** 2318215 **DATA:** 20/11/2019 15:00  
**USUÁRIO:** DRENALINA  
**ATENDIMENTO:** 5655111 **DT NASC:** 18/05/2000 (19A 6M 3D)  
**CONVÊNIO:** SUS - SIH  
**PACIENTE:** 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
**PESO:** ALTURA: SUP. CORPOREA:  
**INTERNAÇÃO:** 18/11/2019 09:03 2 DIAS(S) - INT

1ª VIA

Rubrica  
ENFERMEIRO

**MÉDICO:** ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) **SERVIÇO:** TRAUMATO/ORTOPEDIA  
**UNID. INT:** UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM **LEITO:** LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM **COBERTURA:**  
**ENFERMARIA**  
**CID:** S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA **CICLO:** /  
**DIAGNÓSTICO:**  
**PROTOCOLO:**  
**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:**

### EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO

20/11/2019 - PACIENTE ENCONTRA-SE EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE. ACEITA A DIETA MV OFERECIDA. COM AVF PERVO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS. AO EXAME: TORAX SIMÉTRICO AUSCULTA PULMONAR MV PRESENTE, AUSCULTA CARDIACA, COM BNF 2T SEM SOPROS, ABDOMEN PLANO INDOLOR A PALPAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES. COM CURATIVO E TALA EM MID LIMPO E SECO FEITO CONFORME PROTOCOLO DA INSTITUIÇÃO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS ASSISTENCIAIS E MEDICAMENTOSOS.

**\*5655111\***

### PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO

#### DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

|                                                              | Qtd | Unidade | SN | ApI | Frequência | Data | Horários |
|--------------------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 1                                                            |     |         |    |     |            |      |          |
| AJUDAR O PACIENTE A RECEBER TODOS OS CUIDADOS NECESSÁRIOS    |     |         |    |     |            |      |          |
| 2                                                            |     |         |    |     |            |      |          |
| DETERMINAR O NÍVEL DE MOBILIDADE E AS LIMITAÇÕES DE MOVIMENT |     |         |    |     |            |      |          |
| 3                                                            |     |         |    |     |            |      |          |
| APLICAR ESCALA DE RISCO DE QUEDA SEGUNDO PROTOCOLO           |     |         |    |     |            |      |          |

#### DOR AGUDA

|                                                     | Qtd | Unidade | SN | ApI | Frequência | Data | Horários |
|-----------------------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 4                                                   |     |         |    |     |            |      |          |
| OFERECER ALÍVIO DA DOR MEDIANTE ANALGESIA PRESCRITA |     |         |    |     |            |      |          |

COB 579 201

FRANCISCA DRENALINA DE SOUSA ARAUJO  
COREN: 579201

PRESCRIÇÃO.: 2319060 DATA: 21/11/2019 09:00  
USUÁRIO.....: PONCIANO LIMA  
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 4D)  
CONVÊNIO....: SUS - SIH  
PACIENTE....: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA  
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:  
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 3 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do  
Médico

MÉDICO.....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA  
UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:  
ENFERMARIA  
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO...: /  
DIAGNÓSTICO:  
PROTOCOLO...:  
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

## EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR:

#LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

# EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSSÍNTESE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI. REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR RAONI

# EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE. SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL. REG. EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS. ACEITANDO DIETA, ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO. FO COM POUCO SANGRAMENTO À EXPRESSÃO E COM SINAIS DE MELHORAS NA CICATRIZAÇÃO.

#EXAMES:

CD:

- CUIDADOS DA FO E MANTER TALA BOTA
- MANTENHO ANTIBIÓTICOS

Dra. Germana Braga  
Ortopedia e Traumatologia  
CREMEC 19.004

\*5655111\*

## PRESCRIÇÃO MÉDICA

## DIETA

|               | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data    | Horários |
|---------------|-----|---------|----|-----|------------|---------|----------|
| 1 DIETA GERAL | 1   |         |    |     |            | [21/11] | 09       |

Obs.: APOS AS 17H

## ANTIMICROBIANOS

|                                        | Qtd | Unidade | SN | Apl | Frequência | Data | Horários |
|----------------------------------------|-----|---------|----|-----|------------|------|----------|
| 2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA-TO | 1   | AMPOLA  |    | EV  | 24X24 HOR  |      |          |

Justificativa: prescrita

Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos

**SINISTRO 3200094694 - Resultado de consulta por beneficiário****VÍTIMA** JUNIO BARBOSA DE SOUSA**COBERTURA** Invalidez**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** Comprev

Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE

**BENEFICIÁRIO** JUNIO BARBOSA DE SOUSA**CPF/CNPJ:** 61836662386**Posição em 13-05-2020 08:29:17**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 11/03/2020        | R\$ 1.687,50         | R\$ 0,00         | R\$ 1.687,50 |
| 01/04/2020        | R\$ 843,75           | R\$ 0,00         | R\$ 843,75   |

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ****Comarca de Crateús****1ª Vara da Comarca de Crateús**

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3691-5294, Crateús-CE - E-mail: crateus1@tjce.jus.br

**DESPACHO**

Processo nº: **0050548-73.2020.8.06.0070**  
Classe: **Procedimento Comum**  
Assunto: **Seguro**  
Requerente: **Junio Barbosa de Sousa**  
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Defiro o pedido de gratuidade judiciária (CPC/2015, art. 98) – lançar a tarja correspondente no registro dos autos digitais.

Deixo de designar audiência de conciliação/mediação, com fundamento no art. 334, §4º, II do CPC, tendo em vista que as demandas desta natureza não comportam autocomposição antes da realização de perícia médica.

CITE-SE a parte requerida, pelo portal eletrônico do e-SAJ para, no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei nº. 11.419/2006, tomar ciência da presente ação e apresentar contestação, sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente, nos termos do art. 344 do CPC.

Determino, outrossim, a intimação para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial.

Cumpra-se.

Crateús (CE), 25 de maio de 2020.

**Sérgio da Nobrega Farias**

**Juiz de Direito**



# PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ

Comarca de Crateús

1ª Vara da Comarca de Crateús

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3691-5294, Crateús-CE - E-mail: crateus1@tjce.jus.brCrateús

## CARTA DE CITAÇÃO ON-LINE

Processo nº: **0050548-73.2020.8.06.0070**  
 Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**  
 Classe: **Procedimento Comum**  
 Assunto: **Seguro**  
 Requerente: **Junio Barbosa de Sousa**  
 Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

Prezado(a) Sr(a) Representante do(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT

A presente, extraída da ação em epígrafe, por determinação do **Dr(a). Sérgio da Nobrega Farias**, Juiz(a) de Direito da 1ª Vara da Comarca de Crateús, tem como finalidade a **CITAÇÃO** de V.Sa. de todo o conteúdo da petição, para compor a lide e contestar a presente sob pena de revelia e confissão, ficando advertida de que, não sendo contestada a ação, no prazo de **15 dias**, presumir-se-ão aceitos como verdadeiros os fatos articulados pela parte(s) autora(s).

Crateús/CE, 28 de maio de 2020.

**Maria Hellen Roza Martins**  
**Supervisora de Unid Judiciária**

**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DO CEARÁ****Comarca de Crateús****1ª Vara da Comarca de Crateús**

Rua Jonas Gomes de Freitas, S/N, Campo Velho - CEP 63701-235, Fone: (88) 3691-5294, Crateús-CE - E-mail: crateus1@tjce.jus.br

**CERTIDÃO**

Processo nº: **0050548-73.2020.8.06.0070**  
Apensos: **Processos Apensos << Informação indisponível >>**  
Classe: **Procedimento Comum**  
Assunto: **Seguro**  
Requerente: **Junio Barbosa de Sousa**  
Requerido: **Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT**

**CERTIFICA-SE** que em 28/05/2020 o ato abaixo foi disponibilizado para o(a) Seguradora Líder do Consórcio do Seguro DPVAT e encaminhado através do portal eletrônico e-SAJ.

Teor do ato: "Deixo de designar audiência de conciliação/mediação, com fundamento no art. 334, §4º, II do CPC, tendo em vista que as demandas desta natureza não comportam autocomposição antes da realização de perícia médica. CITE-SE a parte requerida, pelo portal eletrônico do e-SAJ para, no prazo de 15 (quinze) dias, contado a partir da ciência da citação por meio eletrônico, na forma do art. 5º da Lei nº. 11.419/2006, tomar ciência da presente ação e apresentar contestação, sob pena de ser considerada revel e presumirem-se verdadeiras as alegações de fato formuladas pela parte requerente, nos termos do art. 344 do CPC. Determino, outrossim, a intimação para, no mesmo lapso temporal, juntar aos autos a cópia do processo administrativo relativo ao fato descrito na inicial. Cumpra-se."

**Crateús/CE, 28 de maio de 2020.**