



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO		
NACIONALIDADE	BRASILEIRA	NATURAL	
RG	96019009920	ESTADO CIVIL	CASADO
CPF	424.001.203-15	PROFISSÃO	VIGILANTE
ENDEREÇO	RUA AURELIANO LEAL, 1544		
BAIRRO	MONDUBIM	CEP	60764-425
MUNICIPIO / UF	FORTALEZA - CEARÁ		
FONES	98716-4842 / 99911777		
E-MAIL	RC527310@gmail.com		

OUTORGADA: NAJMA MARIA SAID SILVA, brasileira, solteira, advogada, devidamente inscrita na OAB/CE sob o nº 28.394, portadora do RG nº 93002103354 SSP/CE e CPF nº 694.678.033-72, com escritório profissional na Rua Antônio Drumond, 1051, Monte Castelo – Fortaleza – CEP 60.325-700.

PODERES: Pelo presente instrumento particular de procuração, o outorgante nomeia e constitui, a outorgada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe os poderes da cláusula "ad judicium et extra", podendo agir em conjunto ou separadamente perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como conferindo os poderes especiais para promover a Ação Judicial competente para o **recebimento da indenização que lhe cabe, como beneficiário, em virtude de acidente de trânsito, cobertos pelo seguro DPVAT**, junto a qualquer companhia de seguro conveniada a FENASEG, participante do Convenio DPVAT, podendo firmar compromissos, contratos, promover ações de seu interesse, podendo representar em qualquer juízo com poderes para promover; acordos judiciais e extrajudiciais e demais atos necessários dos interesses dos serviços contratados podendo ainda, transigir, requerer, desistir, renunciar, juntar e retirar documentos, assinar livros, termos, recibos, receber e dar quitações, firmar autorizações de pagamentos ou créditos de indenização de sinistro **receber intimações para audiência e perícias médicas**, em nome do outorgante, enfim todos os poderes necessários para o cumprimento amplo do objeto do presente mandato.

FORTALEZA (CE), 27 de ABRIL de 20 20

Jose Augusto de Araujo
outorgante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

📧 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIENCIA

Eu, JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
 Brasileiro(a), CATADO, VIGIANTE, portador da Carteira de
 Identidade/RG nº 96019009920 -SSP/CE, e inscrito no CPF/MF sob o nº
424.001.203-15, residente e domiciliado na cidade de
FORTALEZA, estado Ceará, na Rua
AURELIANO LEAL, Nº 1544, MONDUBIM,
 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.

Fortaleza (CE), 27 de ABRIL de 2020.

Jose Augusto de Araujo
 Declarante

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

📱 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

Eu, JOSE HUGUSTO DE ARAUJO
brasileiro(a), CASADO, VIGILANTE, portador(a) do
RG nº 96019009920, inscrito no CPF sob nº
924.001.203-15, residente e domiciliado no endereço
RUA AURELIANO LEAL, 1544 MONDUBIM

Declaro para todos os fins a que se destinar, que fui devidamente esclarecido a cerca dos documentos necessários a serem apresentados para ingressar com a presente AÇÃO JUDICIAL e que tem total e plena consciência da propositura da **AÇÃO DE COBRANÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATORIO DPVAT**, em seu nome e que a demanda judicial tramitará no Estado do Ceará, na Comarca de Fortaleza, ressaltando ainda, que até a presente data, não propõe nenhuma ação judicial contra qualquer seguradora do consorcio de seguro DPVAT, assumindo assim de forma plena, única e integral a responsabilidade por toda documentação acostada ao presente processo administrativo, bem como pelos fatos narrados neste.

Desta forma, ISENTO a **Dra. NAJMA MARIA SAID SILVA**, brasileira, solteira, advogada devidamente inscrita na OAB-CE sob o nº 28.394, com escritório profissional a Rua Antônio Drumond, nº 1051, bairro Monte Castelo, CEP 60.325-700, Fortaleza-CE, de toda e qualquer responsabilidade jurídica (cível, criminal, tributária, previdenciária) e, ou administrativa no que tange a autenticidade, litispendência (existência de processo com os mesmos documentos e/ou dados) e veracidade dos fatos narrados e descritos em mencionados documentos, assumindo única e exclusivamente estas responsabilidades sobre tais informações.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI, ART. 339 E 340 DO CPB."

Ciente de meus direitos e obrigações, bem como da validade de mencionado documento, firmo o presente, o qual passa a valer a partir desta data.

Fortaleza (CE), 27 de ABRIL de 2020

X José Augusto de Araújo
Declarante.

TESTEMUNHA:

CPF:

Najma Said

OAB/CE 28.394

TESTEMUNHA:

CPF:

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najma.said.adv@gmail.com

🌐 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO

Eu, JOSE AUGUSTO DE ARAUJO,
 Brasileiro(a), VIGILANTE, portador da cédula de Identidade Nº
96019009920 E CPF Nº 424.001.203.15, capaz,
 nesta oportunidade, DECLARO que resido no seguinte endereço:
RUA AURELIANO LEAL, 1544 MONDUBIM
 na Cidade de FORTALEZA, Estado CEARA, CEP
60764-425, e forneço os meus dados pessoais, documentos e demais
 declarações para a propositura de Ação Judicial em desfavor de qualquer seguradora conveniada
 DPVAT-FENASEG, sendo de minha total responsabilidade a declaração de invalidez ou óbito
 fornecida.

Fortaleza, 27, de ABRIL, de 2020.

Jose Augusto de Araújo
 DECLARANTE

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85. 98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

📧 najmasaid_adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051,
 Loja C, Monte Castelo



NAJMA SAID

Advocacia e Consultoria

DECLARAÇÃO DE ISENÇÃO DE IRPF

Nome: <u>JOSE AUGUSTO DE ARAUJO</u>		Nacionalidade: <u>Brasileira</u>
Endereço: <u>RUA AURELIANO LEAL, 1544</u>		Profissão: <u>VIGILANTE</u>
CPF nº: <u>424.004.203-15</u>	RG n°: <u>96019009920</u>	Estado Civil: <u>CASADO</u>
Bairro: <u>MONDUBIM</u>	Cidade: <u>FORTALEZA</u>	Estado: CE
CEP: <u>60764-425</u>	Telefone: <u>98716-4882 / 99411777</u>	

Com a edição da INSTRUÇÃO NORMATIVA RFB Nº 864/2008 DE 25 DE JULHO DE 2008, deixou de existir a DECLARAÇÃO ANUAL DE ISENTO, a partir do ano de 2008. Assim, tendo em vista o que dispõe a Lei nº 7.115/83, o (a) acima qualificado (a) DECLARO(A), sob pena das sanções civis, administrativas e criminais previstas na legislação aplicável, que NÃO POSSUI RENDIMENTOS SUFICIENTES QUE ENSEJEM A APRESENTAÇÃO DE DECLARAÇÃO DE IRPF JUNTO À SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL.

Declaro (a), ainda, ter ciência do artigo 299 do Código Penal que assim dispõe:

Art. 299 – Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante.

Pena – reclusão, de 1 (um) a 5 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de 1 (um) a 3 (três) anos, e multa, se o documento é particular.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente:

FORTALEZA - CE 27 de ABRIL de 2020

Jose Augusto de Araujo

Assinatura

Lei Nº 7.115 de 29 de Agosto de 1983

O PRESIDENTE DA REPUBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. A declaração destinada a fazer prova de vida, residência, pobreza, dependência econômica, homonímia ou bons antecedentes, quanto firmada pelo próprio interesse ou por procurador bastante, e sob as penas da lei, presume-se verdadeira.

Paragrafo único – O dispositivo neste artigo não se aplica para fins de prova em Processo Penal.

Art. 2º. Se comprovadamente falsa a declaração, sujeitar-se-á o declarante às sanções civis, administrativas e criminais previstas na Legislação aplicável.

Art. 3º. A declaração mencionará expressamente a responsabilidade do declarante.

Art. 4º. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5º. Revogam-se disposições em contrário.

Brasília, e, 29 de Agosto de 1983: 162ª da Independência e 95ª da República.

Najma Said

OAB/CE 28.394

☎ 85.98799.2088 / 99955.5507

✉ najmasaid.adv@gmail.com

📠 najmasaid.adv

📍 Rua Antonio Drumond, 1051, Loja C, Monte Castelo

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSPORTES
E ARTESANAL NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO

CE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1660303251

Nome
JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Doc. Identidade / Org. Emissor
94019009920 SSP CE

CNPJ
424.001.203-15

Data Nascimento
01/05/1957

Pracção
LUCAS NUNES DE ARAUJO
MARIA JOSE DE ARAUJO

Pracção
ACC AD

Pracção
01388068589

Validade
21/09/2023

1ª Emissão
08/08/2000

OBSERVAÇÕES
EAR:

Jose Augusto de Araujo
Assinatura do Portador

Local
FORTALEZA, CE

Data Emissão
27/09/2018

Roberto Nunes de Araujo
Assinatura do Emissor

43585900358
CE167068156

CEARÁ

PROVIDO PLASTIFICAR
1660303251



Nº de Inscrição
001827707

DADOS DO CLIENTE

Nome: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO
End. Loteamento: RUA AURELIANO LEAL, 1544, MUNICÍPIO
Cidade: FORTALEZA

End. Entrega: CEP: 60764-425
Cidade: CEP: 60000
Estado: 001 Setor: 005 Quadra: 0563 Lote: 0518 Camp: 0000

ECONOMIAS

Residência: 001 Comercial: 000 Industrial: 000 Pólo: 000

INFORMAÇÕES SOBRE MEDIÇÃO

Serviço: AQUA Medidor: A18N445545 Leituras Anterior: 111 Leituras Atual: 125 Volume: 14 Média Semestral (m³): 12

DATAS

Leitura Atual: 09/11/2019 Leitura Anterior: 08/10/2019
Entrega: 09/11/2019 Primeira Leitura: 09/12/2019
Leitura Anterior: 09/2019 Leitura Atual: 999

QUANTIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA REFERENTE A:

Nº de Amostragem	Classe	Turbidez	Cor	Coliformes Totais	Escherichia Coli
528	528	528	528	528	528
529	529	529	529	529	529
528	528	528	528	528	528

MÉDIA DE CONSUMO (OUT/14 A SET/15): 16 m³ | META: 13 m³.
Agradecemos sua pontualidade. Água tratada e saudável.
LABORATÓRIO DA QUALIDADE DA ÁGUA VEJA NO SITE CAGECE

DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS

ÁGUA
TARIFA DE CONTINGÊNCIA

Valor (R\$)
47,58
5,78

HISTÓRICO DE UTILIZAÇÃO

Mês/Ano	Água (m³)	Valor (R\$)
nov/18	13	0
dez/18	17	0
jan/19	12	0
fev/19	12	0
mar/19	12	0
abr/19	14	0
mai/19	13	0
jun/19	12	0
jul/19	12	0
ago/19	12	0
set/19	15	0
out/19	13	0

TRIBUTOS SOBRE O PATRIMÔNIO

Imposto PIS
Cofins

Valor (R\$)
9,51
2,55

SUBSIDIO

Valor do Serviço: 63,32
Valor do Subsidio: 9,96
Valor Total a Pagar: 53,36

MES/ANO
11/2019

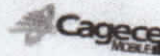
VENCIMENTO
10/12/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)
53,36

SAQUE PAGAR EM CARTÃO

BANCO DO BRASIL

1: 55644366,484756 L: 0.004 N: 11:29:05 R: 035 P: 001



É obrigação do usuário manter seu cadastro atualizado junto à Cagece, conforme resoluções das Agências Reguladoras.
End. Centro Reguladores: Fortaleza: ACPOR - Autarquia de Regulação, Fiscalização e Controle dos Serviços Públicos de Saneamento Ambiental: 6000 288 1919. Domicílio: ARCE - Agência Reguladora de Serviços Públicos Delegados do Estado do Ceará: 6000 275 3838. Ouvidoria estadual: 155. Site do ARCE: www.arce.ce.gov.br
Mais informações pelo telefone: 0800 275 0195, nas horas de atendimento - de 8h às 17h, no site: www.cagece.com.br ou na Central de Atendimento - de 8h às 17h e 13h às 17h.





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
 SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
 POLÍCIA CIVIL
 DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL
 Impresso nº 202028609



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 129 - 70 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **10/01/2020 11:33:35**
 Data / Hora da Ocorrência: **27/11/2019 08:45:00**
 Endereço da Ocorrência: **R RAUL TEOFILLO CAIXA ECONOMICA, PAJUÇARA - MARACANAÚ/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JOSE AUGUSTO DE ARAUJO**
 Nascimento: **01/05/1967** CPF: **424.001.203-15**
 RG: **96019009920** Orgão Emissor: **SSP** UF: _____
 Filiação: **MARIA JOSE DE ARAUJO**
LUCAS NUNES DE ARAUJO
 Endereço: **RUA AURELIANO LEAL, 1544**
 Bairro: **MONDUBIM**
 Município: **FORTALEZA/CE** CEP: _____
 País: **BRASIL** Telefone: **98716-4882**

Histórico

AFIRMA O DECLARANTE QUE NA DATA, HORA E LOCAL ACIMA SUPRACITADOS ESTAVA TRAFEGANDO NA VIA CONDUZINDO SOZINHO A MOTOCICLETA DE MARCA/MODELO: HONDA NXR 160 BROS ESD ANO 2015/2015, COM PLACA: PMJ-9896/CE REGISTRADO EM NOME DO DECLARANTE, MOMENTO ESTE QUE UM VEICULO I/GOL DE PLACAS: HVE-9859 REALIZOU UMA ULTRAPASSAGEM INDEVIDA NA TENTATIVA DE DESVIAR DE UM BURACO, SENDO QUE ERA UMA VIA DE SENTIDO DUPLO, AVANÇANDO A VIA QUE O DECLARANTE VINHA, GERANDO A COLISÃO MOTO X CARRO, BATENDO DO LADO ESQUERDO DO DECLARANTE, VINDO A SER ARREMESSADO POR CIMA DO CARRO E CAINDO NA PISTA DE ROLAMENTO; QUE EM FASE DA COLISÃO O DECLARANTE SOFREU UMA FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DIAFISÁRIA, SENDO NECESSÁRIO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO; QUE DECLARA QUE FOI SOCORRIDO POR SAMU 192 O QUAL REALIZOU OS PRIMEIROS PROCEDIMENTOS E FOI CONDUZIDO A UPA 24HORAS; E NADA MAIS DISSE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 29. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: Carlos André
 CARLOS ANDRÉ MOREIRA - MAT.: 30124480

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Jose Augusto de Araujo

VISTO DO DELEGADO(A): _____
 LUCAS XIMENES DE CASTRO - MAT.: 3011812-X



UPA 24 HORAS - PAJUÇARA
BOLETIM DE ATENDIMENTO

Número do Boletim:
000.227.119

IDENTIFICAÇÃO

Nome: **JOSE AUGUSTO DE ARAUJO** CNS:
Prontuário: **00.000.090.476** Sexo: **Masculino** Data de Nascimento: **01/05/1967** Idade: **52 Anos**
CPF: Identidade (RG): Órg. Exp:
Mãe: **MARIA JOSE DE ARAUJO** Pai:
Endereço: **RUA AURELIANO LEAL** Nº: **0** Bairro: **MONDUBIM**
CEP: **60.764-400** Cidade: **FORTALEZA** Estado: **CE** Telefone: **8946629900 - CELULAR**
Complemento:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

Laranja, Problemas em extremidades, Dor intensa, Nível de Dor: 10, Tempo de Classificação: 00:00:06, Data: 27/11/2019 09:47:12, Usuário: KIRNAAGUIAR

Cor: **Laranja**

Queixa Principal / Observação

Retorno após exames e medicação: **NÃO**

PACIENTE TRAZIDO PELO SAMU VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO APRESENTANDO ESCORIAÇÕES EM MMII

SINAIS VITAIS

ECG	Pulso	FR	Saturação	Glasgow	Pressão Arterial	Temperatura	Data do Registro	Usuário
	75				200 x 80		27/11/2019 09:46:53	KIRNAAGUI

Observação:

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA

V29 - MOTOCICLISTA TRAUM OUTR ACID TRANSP E NE

EVOLUÇÕES

27/11/2019 09:51:00 - Evolução Médica - FERNANDO DAVID RODRIGUES CARNEIRO - PACIENTE RELATA COLISAO DE MOTO COM CARRO.
RELATA QUE ESTAVE DIRIGINDO A MOTO
SEM SINAIS DE ETILISMO
RELATA DORES EM MMII COM ESCORIAÇÕES
DOR DE LEVE INTENSIDADE
COM PICO HIPERTENSIVO NO MOMENTO

AO EXAME

NUCA LIVRE

GLASGOW 15, SEM DÉFICIT NEUROLÓGICO, PIFR, FORÇA PRESERVADA

BEG, AAA, HIDRATADO, NORMOCORADO, EUPNEICO

AR MVUA, S/RA

AC RCR, 2T, BNF, S/S

ABD FLÁCIDO, INDOLOR, RHA+

EXT PPP, ESCORIAÇÕES EM MMII

CD:

ORIENTAÇÕES

SINTOMATICOS

RAIO X

Marden Moura França
Coord. Médicos
UPA PAJUÇARA - MARACANAÚ-CE
Instituto de Assistência à Saúde e Promoção Social
PROVIDA INSTITUTO
CNPJ 07.466.228/0001-10

LANÇAMENTOS**Procedimento**

0301060118 - ACOLHIMENTO COM CLASSIFICACAO DE RISCO
0204060125 - RADIOGRAFIA DE JOELHO AP LATERAL

Quantidade

1
1

ACIDENTE OU AGRESSÃO

Acidente: *SIM*

Data/hora do acidente: 27/11/2019 08:30:00

Tipo de veículo: *MOTO*

Posição no acidente: *CONDUTOR*

Uso de capacete: *SIM*

Uso de cinto de segurança: *NÃO*

Região corpórea afetada: *MMII*

Agressão: *NÃO*

Data: 27/11/2019 09:45:20

Médico do Atendimento

CRM 19025

ERICA SALDANHA FREIRE SIMOES

Marden Moura França
Coord. Médicos
UPA PAJUÇARA - MARACANAÚ-CE
Instituto de Assistência à Saúde e Promoção Social
PROVIDA INSTITUTO
CNPJ/ 07.466.228/0001-10

Entregar ao Sr. Fernandes



ANTONIO
PRUDENTE

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR
AV AGUANAMBI, 1827 - FATIMA 3269-4001
60055-540 FORTALEZA - CE

ATESTADO MÉDICO

Atesto que atendi nesta data o(a) Sr(a) JOSE AUGUSTO DE ARAUJO às 11:02, sendo necessário o seu afastamento do local de trabalho ou escola por 90 (NOVENTA) dia(s), a partir de 27/11/2019, tendo como causa do atendimento o código abaixo:

S822

Código da Doença

22/11/2019

Local e Data

Assinatura do Médico
Dr. Rafael Bezerril Nogueira
CRM 8260

Aceito a Colocação do CID. Assinado us _____

Código de Autenticação : BHCLC19Z300K0


**ANTONIO
PRUDENTE**
**FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS**

 Atendimento
63765186


FICHA PRONTUARIO E PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

27/01/2020 17:45:40

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019213	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	M	01/05/1967	52
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
36019009920 SSP CE	42400120315		2-SOLTEIRO	
Endereço				
RUA AURELIANO LEAL, 1544 - MONDUBIM, FORTALEZA(CE) CEP 61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho			
987164882				

DADOS DO CONVENIO

Convenio		
22 HAPVIDA	1 PLANO EMP VIDA TOTAL ESP C/UTI ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
68964000564008038		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
116800-RECEPCAO EMG TRAUMA-CIRURG			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
27/11/2019	11:53		6 CONSULTA TRAUMATOLOGICA
Médico Atendente			Clinica
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			6-TRAUMATOLOGICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

R4310RA -(1.10) MARLENE ARAUJO FERREIRA

CONFERE CI PRONTUARIO

 LEANDRO 21082
 Assinatura

ANTONIO
PRUDENTE

FORMULÁRIO EMERGÊNCIA CLÍNICA

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:40

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

DL Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63765186

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI Leito: 133227/4

Profissional(is): FREDERICO THALES DE VASCONCELOS CRM 11332 [1]

Nº: 47469684 27/11/2019 às 12:05

ANAMNESE

Queixa Principal pte com trauma nas pernas e corte na esquerda [1]

Queixa Principal

Diagnóstico Inicial 99 <CID10 NÃO AGRUPADOS> [1]

CID10 S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [1]

Alergias Não [1]

Medicação Em Uso Não [1]

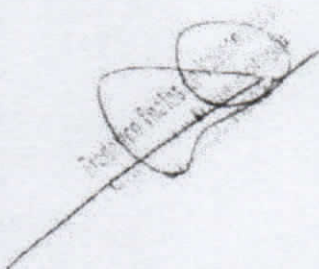
Antecedentes Patológicos Familiar Não [1]

DIAGNÓSTICO

CID10 S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [1]

CID10 S82 FRATURA DA PERNA, INCLUINDO TORNOZELO [1]

CLASSIFICAÇÃO DO PACIENTE



CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura

ANTONIO
PRUDENTE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

Pagina 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:40

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 63765186	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/4	
Profissional(is): RAMON DA SILVA COSTA, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, COREN 1341712 [1] Nº: 47480711 27/11/2019 às 16:07			
CONTROLE VITAIS			
SINAIS VITAIS			
T	36.9 °C		[1]
PA	130x90		[1]
OUTROS DADOS E SINAIS			
GLICEMIA PELA FITA (DX)	105 mg/dL		[1]
DATA/HORA DA COLETA DOS DADOS			
Data	27/11/2019		[1]
Hora	16:08		[1]
CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	sim		[1]

CONFERE C/ PRONTUÁRIO
LEANDRA 21082
Assinatura

**EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM**

Página 1 de 1

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

27/01/2020 17:41

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	Dt. Nasc.: 01/05/1967	Atendimento: 63765186	Prontuário: 12019213
Convênio: HAPVIDA	Posto: POSTO EMERGENCIA TRAUMA E CI	Leito: 133227/4	
Profissional(is):	Nº: 47482813	27/11/2019	às 16:54

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAMENTOS E MEDIDAS DE SUPORTE	DIPIRONA AMP AMPL 1000MG EV JUSTIFICADO AS , EM POR MOTIVO OK
--	---

CONFERE C/ PRONTUÁRIO

LEANDRO 21082

Assinatura

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

27/11/2019 17:04:59

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
12019213	JOSE AUGUSTO DE ARAUJO	M	01/05/1967	52
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
96019009920 SSP CE	42400120315		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R RUA AURELIANO LEAL 1544 MONDUBIM FORTALEZA-CE CEP:61000000				
Telefone Residencial	Telefone Trabalho	Nome da Mãe		
987164882		MARIA JOSE DE ARAUJO		

DADOS DO ATENDIMENTO

Sector	116300-RECEPCAO EMG ADULTO - HAPFOR		
Data	Hora	Matricula	Tipo Documento
21/11/2019	16:58		Clinica
Médico Atendente	4-CIRURGICA		
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS	Tipo Atendimento		
Médico Acompanhante	0-INTERNACAO		
2594358 FREDERICO THALES DE VASCONCELOS			
Avaliação médica			

DADOS DO CONVENIO

Convenio	Plano	CEARA SEGURANCA DE VALORES LTDA
22-HAPVIDA	14-NOSSO PLANO ENFERMARIA -	COLETIVO
Carteira	Validade	
364000564006038		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Posto	Acomodação	Leito	
CENTRO CIRURGICO - HAPFOR	133410 SALA CO 01	06	
N. Guia	Procedimento	Senha	Descrição
436637654	99996666	D42025689	INTERNACAO
436637654	30727138	D42025689	FRATURAS DE TIBIA ASSOCIADA OU NAO A FIBULA (INCLUI DESCOLAMENTO EPIFISARIO) - TRATAMENTO CIRURGICO
436637654	30728142	D42025791	LESOES LIGAMENTARES AGUDAS AO NIVEL DO TORNOZELO - TRATAMENTO CIRURGICO
436637654	30732026	D42025971	ENXERTO OSSEO

ANTONIO
PRUDENTE**NOTA DE SALA**

Atendimento: 63773270 Prontuário: 12019213 JOSÉ AUGUSTO DE ARAUJO
 Cirurgia(s): 30727138 FRATURAS DE TÍBIA ASSOCIADA OU NÃO A FIBULA (INCLUI) Tipo Anestesia: RAQUE+SEDACAO
 30728142 LESÕES LIGAMENTARES AGUDAS AO NÍVEL DO TORNZELO - TRATAMENTO CIRURGICO 30732026 ENXERTO OSSEO

Sala Cirúrgica: SALA CC 05

Setor Emissor: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Apto.: 1006

Equipe Médica: CIRURGIAO

PRIMEIRO AUXILIO CIRURGICO

4094107 SAULO LACERDA BORGES DE SA

CRM

14255

ANESTESISTA

39255786 JOSE NEIAS ARAUJO RIBEIRO

CRM

12051

3150747 SABELIO PORCEL PLATA

CRM

15375

Código Especificação

Código	Especificação	Qtde
31720	ÁGUA OXIGENADA FRAS 1000 ML	50
51373	AGULHA DE INSULINA DESCARTAVEL 13X4.5 - 1 UD	1
118455	AGULHA DESC DE RAQUE N 25 - 1 UD	1
118456	AGULHA DESC DE RAQUE N 26 - 1 UD	1
27855	AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	1
32450	AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	4
31739	ALCOOL 70% TOPICO FRAS 1000 ML	5
31747	ALCOOL IODADO FRAS 1000 ML	50
51063	ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	100
27928	ARRUELA P/ MONITOR DESCARTAVEL C/1 - 1 UD	60
27944	ATADURA DE CREPOM 15 CM - 1 UD	5
152352	CAMPO IMPERMEAVEL 1.30X1.60 - 1 UD	3
81868	CANETA DESCARTAVEL P/ BISTURI - 1 UD	4
30163	CATETER DE OXIGENIO - 1 UD	1
30198	CATETER INTRA VENOSO 18 (JELCO) - 1 UD	1
30201	CATETER INTRA VENOSO 20 (JELCO) - 1 UD	1
135885	CLOREXEDINA 0.2% AQUOSA FRAS 1000 ML	200
135886	CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 ML	250
112712	CLOREXEDINA DEREGMANTE 2% FRASCO 1000ML FRAS 1000 ML	4
158880	COMPRESSA OPERATORIA 25X28 ESTERIL C/5 UD - 1 UD	19
134084	EQUIPO SIMPLES CANJETOR LATERAL - 1 UD	4
50997	ESPARADRAPO IMPERM 10CMX4.5M TUBO 450 CM	100
31771	ETER ETILICO (LUCOR DE HOFFMAN) 1L FRAS 1000 ML	50
130804	EXTENSOR 120 CM (1ML) PINEO - 1 UD	1
25771	FAIXA DE SMARCH 12CM ROLO 1 UD	2
119496	FIO MONONYLON (1163T) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	1
119158	FIO MONONYLON (P1663T) - ETHILON BLK 3-0 ENV 1 UD	1
165699	FIO Q-PG109X VICRYL ENV 1 UD	1
165563	FIO Q-PG124X VICRYL 2-0 ENV 1 UD	2
133505	GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	8
50857	GORRO DESCARTAVEL PCT 50 UD	5
143220	IVFIX FIXADOR DE CATETER - 1 UD	1
50954	LAMINA DE BISTURI 15 - 1 UD	1
50938	LAMINA DE BISTURI 21 - 1 UD	1
105112	LATEX SILICONIZADO - 1 MT	4
30635	LUA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	8
30651	LUA DESC ESTERIL N-7.0 - 1 PA	4
30660	LUA DESC ESTERIL N-7.5 - 1 PA	2
30678	LUA DESC ESTERIL N-8.0 - 1 PA	3
50822	MASCARA DESCARTAVEL TRIPLA CAMADA C/TIRAS PCT 50 UD	5
51004	MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	200
124942	PARAFUSO CORTICAL - 1 UD	8
27529	PLACA DCP - 1 UD	1
130923	PLACA DESCARTAVEL PIBISTURI ADULTO - 1 UD	1
50849	PROPEL DESCARTAVEL PCT 100 UD	5
30902	SERINGA DESCARTAVEL 01 ML SERI 1 ML	1
30848	SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	2
30856	SERINGA DESCARTAVEL 05 ML SERI 5 ML	2
30864	SERINGA DESCARTAVEL 10 ML SERI 10 ML	2
30872	SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	3
30961	SONDA ASP TRAQUEAL 12 - 1 UD	1
50881	TORNEIRA 03 VIAS - 1 UD	1
147256	TRANSOFIX - 1 UD	1
76430	ULTRA GEL GL 5000 GR	30

Código Especificação

Código	Especificação	Qtde
39144	Medicamentos	
36811	ANTAK 2ML AMPL 2 ML	1
38008	DECADRON 4 MG FR 2.5 ML 2.5 ML AMPL 2.5 ML	1
40142	DIPIRONA 1 G 2 ML AMPL 2 ML	2
139923	EFORTIL AMPL 1 UD	1
42013	FENTANILA 50MCG/ML INJ AMPL 2ML AMPL 2 ML	1
48194	KEFAZOL FRAP 1 UD	2
40037	MARCAINA PESADA 0.5% AMPL 1 UD	1
124102	MIDAZOLAM 15MG/3ML INJ AMPL AMPL 3 ML	1
120106	MORFINA 0.2MG/1ML INJ AMPL AMPL 1 ML	1
43290	ONDANSETRONA 8MG 4 ML AMPL 4 ML	1
43800	RINGER CLACTATO 500ML TUBO 500 ML TUBO 500 ML	1
39543	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 500 ML TUBO 500 ML	2
45250	TRAMADOL 100MG/2ML SOL INJ AMP AMPL 2 ML	1
	XYLOCAINA SIAD 2% ESTERIL 20 ML AMPL 20 ML	1
	Gases / Aparelhos	
	TAXA DE SALA	Início: 22:30 Fim: 00:15
	TREPANO	Início: 22:30 Fim: 00:15
	OXIGENIO	Início: 22:30 Fim: 00:15
	BISTURI ELETRICO	Início: 22:30 Fim: 00:15
	MONITORIZACAO	Início: 22:30 Fim: 00:15
	OXIMETRO DE PULSO	Início: 22:30 Fim: 00:15



ANTONIO PRUDENTE

FICHA DE ANESTESIA

Nome: José Augusto de Araujo Data: 27.11.19
Idade: 52 Sexo: F () M (x)
Prontuário: 63773270 Convênio: _____
Diagnóstico: Prostata
Cirurgia: _____ Anestesia: Rapiente + Sedação
Cirurgião: Dr. F. J. S. ASA: II

A	HORA	22:30	00:15	30/1
B	O			
C	NaO			
D	Ar			
E				
F				
G				
H				
I				
J				
K				
L				
M				
N				
O				
P				
Q				
R				
S				
T				
U				
V				
W				
X				
Y				
Z				

liquidos

CARMIOSCOPIO	PRESSÃO NÃO INVASIVA	CAPNOGRAFO	OXIMETRO DE PULSO	PRESSÃO INVASIVA
SAT O ₂				
ETC O ₂				
PVC				

A hand-drawn graph on millimeter paper. The vertical axis (y-axis) is labeled with values 20, 40, 60, 80, 100, 120, 140, 160, 180, 200, and 220. The horizontal axis (x-axis) has two points marked with 'X' inside circles. The graph shows a series of peaks and troughs, resembling a waveform. The peaks are located at approximately x=10, 25, 40, 55, 70, and 85, with heights increasing from about 140 to 180. The troughs are located at approximately x=15, 30, 45, 60, 75, and 90, with heights increasing from about 80 to 120.

DROGAS			EVENTO		
1	Amoroso	5mg	9	Tranquilizante	A
2	Amoroso	10mg	10		B
3	Amoroso	15mg	11		C
4	Amoroso	20mg	12		D
5	Amoroso	25mg	13		E
6	Amoroso	30mg	14		F
7	Amoroso	35mg	15		G
8	Amoroso	40mg	16		H
9	Amoroso	45mg	17		I
10	Amoroso	50mg	18		J
LIQUIDOS	VOLUME	PERDAS	VOLUME	BALANÇO	Entubação: Oro Nasal Sonda:
					Respiração: Espont. Assist. Mec.
					Absorvedor de: Sem Com
					Posição: Local da Função:
					Agulha: Técnica:
					Início: Final:
					Duração:
Condição final op:					

Condição final op:

Intercorrências per.op:

Dr. Sabelio Porcel Plata
Médico
CRM 15.375

Ass. Anestesista - CRM

HOSPITAL ANTONIO PRUDENTE LTDA - HAPFOR

28/11/2019 00:00

Paciente: JOSE AUGUSTO DE ARAUJO

Dt. Nasc.: 01/05/1967

Atendimento: 63773270

Prontuário: 12019213

Convênio: HAPVIDA

Posto: CENTRO CIRURGICO - HAPFOR

Leito: 133410/6

Profissional(is): SAULO LACERDA BORGES DE SA, MÉDICO, CRM 14255 [1]

Nº: 47497199 28/11/2019 às 00:18

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico Clínico

S822

[1]

Diagnóstico Cirúrgico

S822 FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

[1]

DADOS DA CIRURGIA

Data Da Cirurgia

28/11/2019

[1]

Hora Da Cirurgia

00:18

[1]

Cirurgia

PACIENTE SUBMETIDO A OSTEOSÍNTESE DE TIBIA COM
ENXERTO OSSEO AUTOLOGO + RETENCIONAMENTO DE
LIGAMENTOS DO TORNOZELO ESQUERDO

[1]

Cirurgião

SAULO LACERDA BORGES DE SÁ

[1]

1º Auxiliar

JOSÉ NEIAS

[1]

Descrição Cirúrgica

PACIENTE EM DDH SOB RAQUIANESTESIA
ANTISSEPSIA + ASSEPSIA
COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
INCISÃO NA REGIÃO DA FRATURA
DISSECÇÃO POR PLANOS
IDENTIFICAÇÃO DA FRATURA + REDUÇÃO + FIXAÇÃO COM PLACAS
E PARAFUSOS
UTILIZAÇÃO DE FRAGMENTOS OSSEOS COMO ENXERTO ÓSSEO
REALIZADO RETENCIONAMENTO DE LIGAMENTOS AO NÍVEL DO
TORNOZELO
CHECAGEM POR ESCOPIA
FECHAMENTO POR PLANOS
CURATIVO ESTERIL
A RPA

[1]

Códigos Dos Procedimentos

30727138 / 30728142 / 30732026

[1]

Dt. Saulo Lacerda
CRM 14255
TEOT 40.669