

PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

OUTORGANTE:

NOME: Jamilson Andrade da Paixão		
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro	
PROFISSÃO: Ass. Portuário	C.P.F.: 981.984.675-72	
ENDEREÇO COM CEP: Rua: Cordeiro do Guaribas, 51N - Cep. 62.670-000		
BAIRRO: Taubá	CIDADE: São Gonçalo do Amarante	U.F.: CE

OUTORGADO: JOSÉ ADENILSON LUZ DE AZEVEDO, brasileiro, advogado, casado, inscrito na OAB/CE sob o nº 34.130, com endereço para intimações e notificações, nesta urbe, na Rua Paulo Gomes da Silva, nº 226, bairro Parque Soledade, CEP 61.603-070, Caucaia/CE, onde recebe intimações de estilo (art. 106 do NCPC).

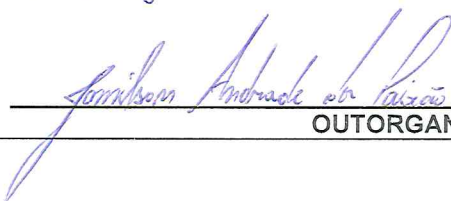
PODERES: Por este instrumento o(a) Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui o Outorgado acima identificado, seu bastante procurador, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “Ad Judicia Et Extra”, para agir, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, promover requerimentos administrativos, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ainda ao Advogado acima descrito, os poderes para, em nome do(a) Outorgante, receber citação judicial ou administrativa, receber intimações, prestar depoimento pessoal, reconhecer a procedência do pedido, confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, levantar valores em contas bancárias, receber valores, inclusive, em cheques decorrentes de condenação judicial, renunciar a quaisquer valores superiores ao teto dos Juizados Especiais em razão de eventual ajuizamento no procedimento especial (art. 3º da Lei 10.259/2001 e Lei 9.099/1995), pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, além de outros não expressamente constantes nesse mandato (art. 105 do NCPC).

Os poderes nesta procuração descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reservas, dando tudo por bom, firme e valioso, para o fiel cumprimento deste mandato.

DECLARAÇÃO: O(a)s outorgantes(s) **DECLARA(M)**, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do art. 5º, da Lei nº 1.060 de 1950 e art. 98 e ss. do NCPC.

Fortaleza-CE, 10 de Dezembro de 2019


OUTORGANTE

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÁFICO
E AUTUAÇÃO NACIONAL DE HABILITAÇÃO

CE

NOME
JAMILSON ANDRADE DA PAIXAO

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF
76027 MTPSBA BA

CPF
981.984.675-72

DATA NASCIMENTO
02/06/1978

FILIAÇÃO
NICOLAU NOGUEIRA DA
PAIXAO
INEZ ANDRADE DA PAIXAO

PERMISSÃO
ACC CAT. HAB.
AB

Nº REGISTRO
06737934600

VALIDADE
20/05/2021

1ª HABILITAÇÃO
08/11/2016

OBSERVAÇÕES
SEM OBSERVAÇÃO;

ASSINATURA DO PORTADOR
Jamilson Andrade da Paixao

LOCAL
FORTALEZA, CE

DATA EMISSÃO
09/11/2017

ASSINATURA DO EMISSOR
Igor Vasconcelos Ponte
IGOR VASCONCELOS PONTE

CEARÁ

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1548402680

PROIBIDO PLASTIFICAR
1548402680

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE

Impresso nº 2019176977

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 548 - 640 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **15/03/2019 14:43:48**
Data / Hora da Ocorrência: **14/11/2018 18:30:00**
Endereço da Ocorrência: **ESTRADA PARADA-SIUPE**
Complemento:
Bairro: **PARADA**
Ponto de Referência:

Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**

DEPOSITO MARIANO**Dados da(s) Vítima(s)**Nome: **CLÁUDIA MELO MARINHO**Nascimento: **13/03/1977** CPF:RG: **2008010180644** Orgão Emissor: **SSP**

UF:

Filiação: **TEREZINHA DE MELO MARINHO**
NÃO DECLARADO

Endereço: **RUA GUARIBAS**Bairro: **TAÍBA**Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99293-4791**Nome: **JAMILSON ANDRADE DA PAIXÃO**Nascimento: **02/06/1978** CPF: **981.984.675-72**

RG: Orgão Emissor:

UF:

Filiação: **INEZ ANDRADE DA PAIXAO****NICOLAU NOGUEIRA DA PAIXAO**Endereço: **SITIO GUARIBAS**Bairro: **TAIBA**Município: **SAO GONCALO DO AMARANTE/CE**

CEP:

País: **BRASIL**Telefone: **(85) 99231-8557****Dados do(s) Veículo(s)**

1) Placa: NVD5517 Uf: CE Município: SAO GONCALO DO AMARANTE
Chassi: **9C2KD0550BR504167** Renavam: **265414334** Tipo do Veículo:
MOTOCICLETA Marca / Modelo: **HONDA/NXR150 BROS ES** Ano
Fabricação: **2010** Ano Modelo: **2011** Combustível: **GASOLINA/ALCOOL**
Cor: **VERMELHA** Proprietário: **JAMILSON ANDRADE DA PAIXAO**
Situação: **NÃO INFORMADO** Envolvimento: **COLISAO**

Histórico

Informa JAMILSON ANDRADE DA PAIXÃO que na data e local da ocorrência seguia guiando a moto acima especificada, levando como passageira CLAUDIA MELO MARINHO, quando um caminhão caçamba que seguia na sua frente parou repentinamente, causando a colisão do declarante na traseira do caminhão; QUE JAMILSON ANDRADE DA PAIXÃO fraturou os dois braços, lesionou o abdome e sofreu escoriações pelo corpo e foi socorrido para Hospital Municipal de São Gonçalo e em seguida transferido para Hospital de Caucaia; QUE CLAUDIA MELO MARINHO, sofreu nove fratura na face e foi socorrida para UPA - Pecém e seguida transferida para IJF e no dia seguinte

**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL

POLÍCIA CIVIL

DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE



Impresso nº 2019176977

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 548 - 640 / 2019

transferida para Hospital Pronto Card e depois transferida para Hospital São Mateus; QUE, nada mais.....'

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE SAO GONCALO DO AMARANTE**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :****JOÃO MATIAS DE LIMA NETO - MAT.: 404934-1-7****RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:****VISTO DO DELEGADO(A) :****EDUARDO COUTINHO DO RÊGO - MAT.: 30119304**

2 Claudir Melo Mambro



Nº CONSUMIDOR
9843363

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

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei Nº 10.438 de 26 de abril de 2002
Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

enel

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº 559088400

Rota 37 22027 05 044255 - 2 Data de Emissão 23/01/2019

Nome JAMILSON ANDRADE DE PAIXAO

End. Postal RU CORREGO DO GUARIBAS 00000 00000
TAIBA - S GONCALO AMARANT - 62670000

Medidor 12471117 Poste 0000 A38L

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 01-NORMAL MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 981984675-72

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Jan/2019 Data da Apresentação 21/02/2019 Previsão Próxima Leitura 21/02/2019

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto Nov/2018 EUSD 7,18
Mês DICRI= 0,00 P

ICMS

Base de Cálculo (R\$) 95,70 Alíquota 27,00% Valor do Imposto 25,83

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	10,73	21,46	42,92	0,05	0,00	0,00
FIC	7,67	15,34	30,69	1,00	0,00	0,00
DMIC	5,78			0,05		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

4077.F143.70DB.E160.20CF.9187.9EF7.9182

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
IP 395	263	1,00	132	0,00	132	0,72864	95,70
23/01/19	22/12/18		32 DIAS		132		95,70

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	95,70
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	10,85

VENCIMENTO 10/03/2019

TOTAL A PAGAR (R\$) 106,55

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	35,54
Transmissão	3,79
Distribuição	20,25
Encargos Setoriais	5,43
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	30,69
TOTAL	95,70

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

197	132	263	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep	Out	Nov	Dez	Jan	Fev

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (% CO ₂)
51,53	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

PARA CADASTRAR SUA CONTA EM DÉBITO AUTOMÁTICO UTILIZE

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Jamilson Andrade da Paixão, inscrito(a) no CPF número 981.984.675-72, Registro Geral de número 76027 MTPSBA, resido em propriedade localizada na Rua: Carmo do Guaribau, S/N, na cidade de São Genésio do Amaral no estado de Ceará, onde moro desde _____, e recebo correspondências.

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Fortaleza - ce, 10 de Dezembro de 2019.

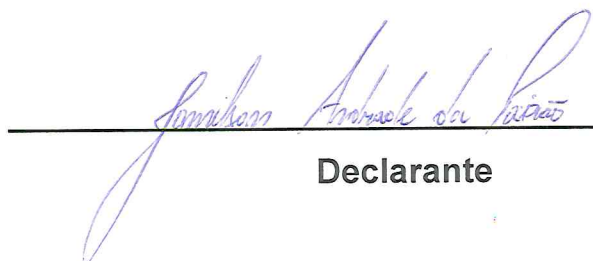
Jamilson Andrade da Paixão
DECLARANTE

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

NOME: Samilson Andrade da Paixão		
NACIONALIDADE: Brasileiro	ESTADO CIVIL: Solteiro	
PROFISSÃO: Adv. Portuário	DATA DE NASCIMENTO: 02/06/1978	
C.P.F.: 981.984.675-72	R.G.: 76027 MTPSBA/BA	
ENDEREÇO: Rua Lornêgo de Guaribau, S/N		
BAIRRO: Taíba	CIDADE: São Gonçalo do Amarante	U.F.: CE
C.E.P.: 62.670-000	FONE:	

A pessoa acima qualificada, declara para os devidos fins de direito e sob as penas da Lei que não possui condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo da manutenção própria e da própria família, nos termos do art. 5º, LXXIV, e na Lei nº 1.060/50 e alterações supervenientes.

Fortaleza-ce, 10 de Dezembro de 2019.



Declarante



FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 14/02/19	HORÁRIO: 08:50	PACIENTE CHEGOU: MEIOS PRÓPRIOS () AMBULÂNCIA ()
PACIENTE: Jamilson Andrade da Paixão		
NOME DA MÃE: Inez Andrade da Paixão		
DATA DE NASCIMENTO: 02/06/78	CARTÃO DO SUS:	ÍNDIO: () SIM (X) NÃO
IDADE: 41	SEXO: M(X) F()	RG: 53565190-9
ENDEREÇO: Rua congo do Guabibes S/N		TELEFONE: 99231855
BAIRRO: Taubé	CIDADE: S. G. A	ESTADO: RJ
FUNCIONÁRIO: [assinatura]		

ACOLHIMENTO

QUEIXA PRINCIPAL:

CLÍNICO() CIRURGIÃO() TRAUMATOLOGISTA() PEDIATRIA()

SINAIS VITAIS

ESCALA DE DOR ADULTO

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
SEM DOR		DOR LEVE			DOR MODERADA			PIOR DOR POSSIVEL		
HORA:	PA:	TEMP:	SpO2:	F.C:	GLICEMIA:					

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

VERMELHO() LARANJA() AMARELO() VERDE() AZUL()

CARIMBO/ASSIN. PROFISSIONAL:

ATENÇÃO: ESTA FICHA TEM VALIDADE DE APENAS 24 HORAS, APÓS ESSE PERÍODO O PACIENTE DEVERÁ SER INTERNADO.

HORA: HISTÓRIA CLÍNICA:

Do de fratura de osso da perna +
fratura de osso da perna +
veia crônica. sem (H)

DIAGNÓSTICO INICIAL:

CONDUTA:

Ata médica

EXAMES REALIZADOS:

LABORATORIAIS () RAIO-X() ULTRASSOM() ENDOSCOPIA() ECG() OUTROS: () () ()

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL:

Jamilson Andrade da Paixão



FAT: 158 Data: 14/11/2018 Horário: 15:05:13
 Usuário: 209372453 - JAMILSON ANDRADE DA PAIXAO
 Nasc.: 02/06/1978 Idade: 40 Anos, 5 Sexo: M
 Nome da Mãe: INEZ ANDRADE DA PAIXAO
 Endereço: AC GUARIBAS, 00
 Bairro/Distr.: GUARIBAS
 Município: 231240 - SAO GONCALO DO AMARANTE CEP: 62.670-000

Prova de Alto declaratório



Profissional Triagem:

Pressão (mmHg): x Temperatura (°C): Peso (Kg): Altura (cm):

Ação Programática:

Justificativa do Atendimento:

Carácter de atendimento: URGÊNCIA

Motivo da consulta:

Consulta no Dia

Atendimento Médico

Queixas Principais:

cc 48 São 98

Anamnese/Histórico da Doença Atual:

Acidente Motorciclístico (moto - Caminhão)

Tricente guarni moto uso de capacete, sobrio, com espere na garupa e colidiu com caminhão a sua frente. Relata dor em antebraço.

Exame Físico:

*EBB, 222, eufemico, comente orientado
 Escorvadão leve costela direita
 Calma punho E*



A Presente cópia fotostática confere com original exibido nesta notas públicas. O referido é verdade. Dou fé, São Gonçalo do Amarante/CE

12 DEZ 2018

Exames Realizados:

/ /	/ /
/ /	/ /
/ /	/ /
/ /	/ /



Planos de Cuidados:

Procedimentos Realizados:

Prescrição de Medicamentos:

*Udipirona 2-18 800mg 19:12, diuço ainda não foi realizado
 3RL, 300mg 07h digo OIA 110 800 e 6h 01:00 realizado no 19h*

Exames Solicitados:

*Rx antebraço E + fratura radio distal
 D + luxação (2) LDO TRAUMATO*

CID Principal:

CID Secundária:

Saída do Atendimento:

Retorno (Dias):

Encaminhamentos:

Call

Profissional

JAMILSON ANDRADE DA PAIXAO
 Usuário

15/11/18 06:00h 15/11/18

fls. 19

Paciente vítima de acidente de moto, realizando procedimento
e o mesmo aguarda transferência. PA: 100/70 mmHg. *Castro*

16/11/18 às 06:00h: Paciente, vítima de acidente automobilístico, segue em repouso
no leito, consciente, orientado, verbalizando, deambulando, cooperativo, com imobiliza-
ções provisórias em MUSS, segue aguardando liberação de vaga pela central de
leitos, aos cuidados da enfermagem. PA: 110/70 mmHg, T: 36,6°C

① Fomeal 100g 1FA + Sarg 9-1000
6. de 8/8 hora por

② Diprona 2/180: de 6 em 8h.

③ Propofol 100g 1FA + Sarg 9-1000
6. de 8/8 hora por

Dr. Ardebor Lobo Pinho
Médico
CRM - CE 18832

④ Propofol 1FA, IM, 8/8h re de 09:00

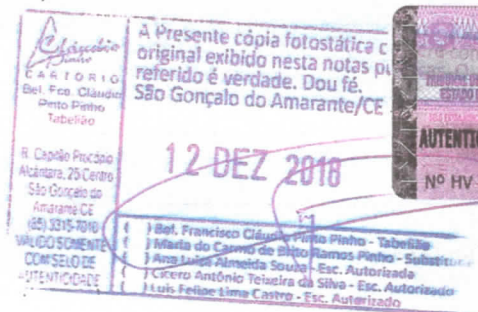
18/11/18 às 12:30h Paciente em repouso
no leito, consciente, orientado, eupneico, verbalizando, segue em observação aguardando
do vaga na central reguladora de leitos e
aos cuidados da equipe de enfermagem de Sousa
PA: 130/80 mmHg T: 36°C

Dr. Théo Frota
Médico
CRM - CE 19363

Fernanda Pinheiro de Sousa
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 001.031.304

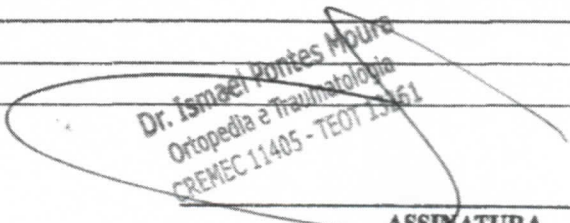
18:35 - Soube vaga na central de leito p/ encerrar, foi
atendido pelo familiares

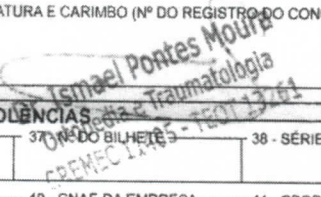
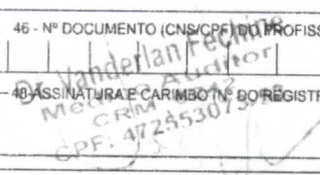
Cyru Pereira 57983





Nº 32.413

NOME: Jamilson Oudáshi de Paixão					
DATA DE NASCIMENTO: 02/06/78	IDADE: 40a	COR:	SEXO: M	ESTAD. CIVIL: Solteiro	NATURALIDADE:
Nº IDENTIDADE: 53.565.190-9		Nº CPF: 981.984.675-72		CERT. NASCIMENTO Nº	
PAIS: Nicolau Nogueira da Paixão e Inez Andraod da Paixão					
ENDEREÇO DO PACIENTE: R. Pitag São Lourenço					Nº: 312
BAIRRO: Guarábas	MUNICÍPIO: S. Gonçalo			FONE: 92003009	
NOME DO RESPONSÁVEL: Fca Lucas Silva Lima				FONE:	
ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL: O mesmo					
DATA DE ADMISSÃO: 18/11/18		HORA DE EMISSÃO: 19:49 h		FUNCIONÁRIO: Simone	
MÉDICO ASSISTENTE:					
HISTÓRICO CLÍNICO: Paciente vítima de acidente de tráfego espontâneo fratura de Ombro e (D) + radiar e esqueto					
EXAME FÍSICO:					
DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:					
EXAMES COMPLEMENTARES:					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:					
 Dr. Ismael Pontes Moura Ortopedia e Traumatologia CREMEC 11405 - TEOT 15461					
ASSINATURA					

 SUS Sistema Único da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE REPEITURA MUNICIPAL DE CAICAI SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	2 - CNES _____
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL MUNICIPAL Dr. ABELARDI GADELHA DA ROCHA	4 - CNES _____
Identificação do paciente	
5 - NOME DO PACIENTE Francisco Anselmo de Paixão	6 - Nº DO PRONTUÁRIO 32.413
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 10460411154169162101	8 - DATA DE NASCIMENTO 1 / 1 /
9 - SEXO Masc. ☒ 1 Fem. ☐ 3	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Inez Anselmo de Paixão	11 - TELEFONE DE CONTATO 859210030105
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) R. Sítio São Lorenzo, S/N, Quatrilhas	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA São Gonçalo A.	14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 23.12.10
15 - UF CE	16 - CEP 626741090
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Paciente com fratura do úmero e dor forte e radiar a articulação	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Neumonia de origem	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Neumonia - Exame Físico + Rx	
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Fratura Úmero distal fechada, angulada	21 - CID 10 PRINCIPAL S72.0
22 - CID 10 SECUNDÁRIO J62.0	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS J62.0
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 0408020407	
26 - CLÍNICA Hospital	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO Emergência
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF	29 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 12345678901234567890
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Ismael Pontes Moura	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 18 / 11 / 13
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO) 	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 39 - CNPJ EMPRESA _____
42 - VÍNCULO COM A EVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO	37 - Nº DO BILHETE _____ 40 - CNAE DA EMPRESA _____
38 - SÉRIE _____ 41 - CBOR _____	
AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR Vanderlan F. Moura	49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 231910091946-0
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF	46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 12345678901234567890
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 11 / 12 / 13	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONCELHO) 

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

Nome: <i>Amilson Augusto da Paixão</i>			Nº Reg.
Data da Cirurgia: <i>04/12/18</i>	Enf.	Leito	
Cirurgião: <i>Dr. Fernando</i>	1º Auxiliar: <i>Dr. Rafael</i>		
2º Auxiliar	3º Auxiliar	Instrumentador	
Anestesista: <i>Dr. Alexandre</i>	Tipo Anestesia		
Diagnóstico Pré-Operatório: <i>Fratura no cotovelo D</i>			
Tipo de Operação: <i>Osteossíntese</i>			
Diagnóstico Pós-Operatório			
Relatório Imediato do Patologista			
Exame Radiológico no Ato			
Acidente durante a Operação			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura
Material Empregado - Aspecto - Visceras

- Decúbito dorsal sob anestesia
- Assepsia do MSSD
- Exposição das camadas
- Faixa de Esmeral
- Incisão posterior do cotovelo D
- Redução da fratura de direção
- Fixação por placa e parafusos
- Intubação por pleurostomia
- Curativo



RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: Amílcar Arango

IDADE: _____ ENDEREÇO: _____ BAIRRO: _____

DATA ADMISSÃO: _____ DATA ALTA: _____

DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura do metacarpo (5)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- Fratura do metacarpo (5) (30.11.18)

- Ortostese de fixação de alarum (05/12/18)

Retorno 19.02.19 - 08h (CURS mabe)

DIAGNÓSTICO FINAL:

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

- CURATIVO

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

() UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

(X) AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE: 21.12.18

DATA: 05/12/18

Dr. Marcos Aurélio S. Medeiros
Ortopedia e Traumatologia

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

VÍTIMA JAMILSON ANDRADE DA PAIXAO
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME
BENEFICIÁRIO JAMILSON ANDRADE DA PAIXAO
CPF/CNPJ: 98198467572

Posição em 20-01-2020 10:03:34

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu.
Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 20/01/2020 às 11:48, sob o número 020393360920208060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 02039336-09.2020.8.06.0001 e código 5C702A4.