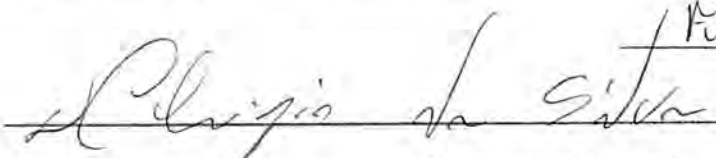


**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA****OUTORGANTE:**

CPF nº: 447.307.213-49

Nome: CLEIZIO DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: CASADO	Profissão: MOTO BOY	Carteira de Identidade: 04162698865	
CPF nº: 447.307.213-49	Residência: RUA D. ELISA, 1966		
Bairro: PARQUE ALBANO	Cidade: CAUCAIA	Estado: CE	CEP: 61.600-000

por este instrumento nomeio e constituo meu bastante procurador o **DR. RODOLFO BENTO DA ROCHA**, brasileiro, solteiro, advogado, RG 2024114 SSP/PI, CPF 013.970.053-60, devidamente inscrito na OAB/CE sob o nº 23.237 e o **DR. FABRIZIO NEGREIROS DE AZEVEDO**, brasileiro, solteiro, Bacharel em Direito, portador do RG de nº 97028055953 SSP/CE e CPF nº 010.324.993-11, ambos com escritório profissional no seguinte endereço: Av. Santos Dumont, 1740 – Sala 812 – Aldeota – Fortaleza/CE, CEP 60.150-160, onde recebe intimações, a quem concede poderes com cláusula **AD JUDICIA e EXTRA JUDICIA** para o foro em geral, conforme estabelecido no art.38 do Código de Processo Civil pátrio acompanhando-as e especialmente para onde esta se apresentar para defender os direitos do outorgante em qualquer ação em que o mesmo seja autor ou réu, ou reclamar, defender direitos, podendo interpor todos os recursos permitidos, até final sentença, fazer e assinar requerimentos, apresentar documentos e testemunhas, produzir provas e justificações, transigir, desistir, firmar compromissos, acordo, renunciar direitos, receber e dar quitação, passar recibos, representar a outorgante em instituições públicas e privadas, bem como repartições públicas, seja Federal, Estadual ou Municipal, autarquias e fundações, podendo, ainda representar a outorgante e licitações, adjudicar bens, assinar contratos, homologar acordos, e tudo o mais, inclusive substabelecer a presente procuração com ou sem reservas de poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.


Fortaleza - CE, 14/02/13
OUTORGANTE

Obs.:

**DECLARAÇÃO**

Nome: CLEIZIO DA SILVA		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Estado Civil: CASADO	Profissão: MOTO BOY		Carteira de Identidade: 04162698865
CPF nº: 447.307.213-49	Residência: RUA D. ELISA, 1966		
Bairro: PARQUE ALBANO	Cidade: CAUCAIA	Estado: CE	CEP: 61.600-000

em conformidade com o Art. 4º da Lei 1.060 de 05/02/1950 e o Art. 5º, LXXIV da Constituição Federal, **DECLARO SER POBRE DA FORMA DA LEI**, não podendo arcar com taxas, emolumentos, depósitos judiciais, custas, honorários advocatícios ou outras cobranças de qualquer tipo ou natureza sem prejuízo de meu sustento e de minha família.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente.

Fortaleza (CE), 14 de fevereiro de 13.

Cleizio da Silva


[Home](#) | [Quem Somos](#) | [Hospitais](#) | [Seguradoras](#) | [DPVAT](#) | [Dúvidas](#) | [Documentos](#) | [Formulários](#) | [Contatos](#)
[Processos](#) | [Cadastro](#) | [Andamento](#) | [Consulta por nome](#) | [Usuário](#)

Andamentos

Nº. do Processo 17092

Nº. do Sinistro

Processo 17092- Sinistro 2012/505996- Natureza Invalidez- Vítima Cleizio da Silva

Data	Andamento	Usuário
24/07/2012 17:03:29	Processo incluído com sucesso	Juliana Niero Serra Farias
24/07/2012 17:03:29	Inclusão de restrições: 3. [Apresentar o formulário de autorização de pagamento. Apresentar cópia do cartão bancário OU extrato bancário OU qualquer documento bancário que comprove o número da conta informado na autorização de pagamento.] [Boletim de primeiro atendimento médico/hospitalar, do dia do acidente, indicando lesões sofridas e tratamentos adotados e a relação com o acidente de trânsito.] [Apresentar Relatório Médico para avaliação de Invalidez, com a quantificação das lesões físicas ou psíquicas da vítima e com a data da alta definitiva.]	Juliana Niero Serra Farias
24/07/2012 17:03:42	Criação de carta de pendências para o processo	Juliana Niero Serra Farias
24/07/2012 17:04:07	Status do processo alterado para Carta Enviada	Juliana Niero Serra Farias
02/10/2012 09:39:22	Alteração de restrições: 4. [Apresentar o formulário de autorização de pagamento. Apresentar cópia do cartão bancário OU extrato bancário OU qualquer documento bancário que comprove o número da conta informado na autorização de pagamento.] [Apresentar Relatório Médico para avaliação de Invalidez, com a quantificação das lesões físicas ou psíquicas da vítima e com a data da alta definitiva.] [Acusamos o recebimento do BAM e reiteramos:]	Anna Flavia Pereira de Oliveira
02/10/2012 09:39:24	Status do processo alterado para Com Restrição	Anna Flavia Pereira de Oliveira
02/10/2012 09:39:35	Criação de carta de pendências para o processo	Anna Flavia Pereira de Oliveira
02/10/2012 09:40:05	Status do processo alterado para Carta Enviada	Anna Flavia Pereira de Oliveira
05/10/2012 15:09:08	Alteração de restrições: 3.	Anna Flavia Pereira de Oliveira
05/10/2012 15:09:09	Status do processo alterado para Cadastrado	Anna Flavia Pereira de Oliveira
09/10/2012 13:36:19	Status do processo alterado para Pronto para Remessa	Luciana Ferreira Fiuza
09/10/2012 13:44:53	Criação de remessa para o processo: Recall	Luciana Ferreira Fiuza
09/10/2012 13:45:35	Status do processo alterado para Remessa Enviada	Luciana Ferreira Fiuza
09/10/2012 16:38:52	Recebimento de remessa. Status do processo alterado para Remessa Recebida	Juliana Agra dos Santos Silva
22/10/2012 11:20:35	Pagamento previsto para 23/10/2012 no valor de R\$ 4.725,00. Banco: 237 / Ag.: 00295-0 / Conta: 548076-0	Luciana Ribeiro Agra Martins de Sá

Av. Rio Branco, 245, 17º Andar - Salas 1704 e 1705 - CEP: 20040-009 - Rio de Janeiro - RJ

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Devido à sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR

MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO
SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

123.18032.31-0

NÚMERO

3051138

ESTADO

002-0

UF

CE

Plizio da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

BOLETA DE DIREITO



02

QUALIFICAÇÃO CIVIL

BRASILEIRO

23/08/1972
NASCIMENTO

CPF: 447.307.213-49

LOC. DE NASC.: FORTALEZA - CE

FLUXO: NAO CONSTA

MARIA CLEIDE DA SILVA

DOC. APRESENTADO: RG 96010000803 SSPDS CE

ESTADO CIVIL: CASADO

LEI Nº 002, DE 16 DE MAIO DE 1975

RG: 960100005003

LOCAL DA EMISSÃO: IDT - CAUCAIA

EMISSÃO: 26/03/2007

ASSINATURA DO TITULAR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

03

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

SECRETARIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE EMPREGO

06 CONTRATO DE TRABALHO

01 008 073/0123-601

EMPREGADOR: DISMOBRAS IMP. EXP. E DIST. MOV. ELETRO LTDA.

COC/CP/CB: Av. Bern Almeida Lustosa, Nº 2.113

CEP: 61650-000

MUNICÍPIO: CAUCAIA

CARGO: Serviços Gerais

DATA DE ADMISSÃO: 01 de Setembro de 2013

REGISTRO Nº: 005

REMNUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 408,00 (Quatrocentos e oito reais)

EMPREGADOR: DISMOBRAS IMP. EXP. E DIST. MOV. ELETRO LTDA.

DATA DE SAÍDA: 01 de Setembro de 2013

EMPREGADOR: DISMOBRAS IMP. EXP. E DIST. MOV. ELETRO LTDA.

COM. DISPENSA CD Nº: 005

FGTS Nº DA CONTA: 005

07 CONTRATO DE TRABALHO

12.116.302/0001-09

EMPREGADOR: CILLOS SERVICOS DE ENTREGA LTDA - ME

COC/CP/CB: Rua Fiscal, Nº 384 - Fátima

CEP: 63.120-170

MUNICÍPIO: Juazeiro do Norte

EST. DO ESTABELECIMENTO: Ceará

CARGO: Entregador

DATA DE ADMISSÃO: 13 de Abril de 2014

REGISTRO Nº: 005

REMNUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 223,00 (Ducentos e vinte e três reais)

EMPREGADOR: CILLOS SERVICOS DE ENTREGA LTDA - ME

DATA DE SAÍDA: 01 de Setembro de 2013

EMPREGADOR: CILLOS SERVICOS DE ENTREGA LTDA - ME

COM. DISPENSA CD Nº: 005

FGTS Nº DA CONTA: 005

PROIBIDO PLASTIFICAR		398981541	
LOCAL PORTALEZA, CE		DATA EMISSÃO 18/01/2011	
ASSINATURA DO EMISSOR <i>[Assinatura]</i>		50132916663 CE122985001	
EXERCE ATIV REMUNERADA:			
CATEGORIA			
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL			
398981541			
Nº SISTEMA 04162698865			
VALIDADE 03/09/2015			
1ª VALIDADE 13/08/2007			
NOME CLEIZIO DA SILVA			
DOC IDENTIDADE / OUTS EMISSOR 96010000903 SSP CE			
CM 447.307.213-49			
DATA NASCIMENTO 23/08/1972			
FUNÇÃO MARIA CLEIDE DA SILVA			
RECEBIMENTO ACCC			
CATEGORIA AB			

4067083-0

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

Rua Padre Valdevino, 150 - CEP 60135-040 - Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 - CGF 06.105.648-3
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela
Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

fls. 22

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

Rota 11 22005 13 007400 - 1 Data de Emissão 17/10/2012
 Nome SAVIO JOSE DE SOUSA
 End. Postal RU DNA ELISA 01966
 PARQUE ALBANO - CAUCAIA -
 Medidor 24992464 Poste 0000 A755
 Classe RESIDENCIAL MONOFASICO Fator de Potência 0,00
 RG / CPF / CNPJ 484126003-04 CGF
 Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data da Apresentação	Previsão Próx. Leitura
Out/2012	17/10/2012	16/11/2012

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto JUREMA
 Mês Ago/2012 CN 19,18

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
46,39	27,00%	12,52

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

98A7.D505.ADIE.D712.73B1.E676.61CC.AE6B

	Padrão Individual			Apuração Individual		
	M. Anual	Trim.	Anual	M. Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,31	10,62	21,25	0,00	0,00	0,00
FIC	3,00	6,00	12,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	3,03			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
1747	1659	1,00	88	0,00	88	0,52726	46,39
1710/12	15/09/12		32 DIAS		88		46,39

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	46,39
MULTA MORATORIA REF 09/2012	0,97
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	7,41

VENCIMENTO

01/11/2012

TOTAL A PAGAR (R\$)

54,77

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	19,82
Transmissão	1,00
Distribuição	9,03
Encargos Setoriais	2,10
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	14,36
TOTAL	46,39

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep
Consumo	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88	88

importante CONTAS EM ATRASO

REAVISO DE VENCIMENTO:
 Informamos existir débito vencido sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 58,01. Conforme art. 172 da Res. ANEEL 414/10, poderá ser suspenso o fornecimento de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio deste comunicado. Caso o débito tenha sido pago, favor desconsiderar este aviso. Após 2 ciclos completos de faturamento, sem fornecimento, será encerrada a relação contratual.

DEBITOS ANTERIORES

Mes/Ano	Valor R\$
09/2012	58,01

Consta desta fatura R\$ 1,84 referente a PIS e COFINS.

(Art. 9 Res. 100/2009 - ANEEL e leis n. 10.637-02 e 10.833/03)

Nº do Cliente: 4067083-0

Referência: Out/2012

Data de Emissão: 17/10/2012

Total A Pagar (R\$): 54,77

Nº da Nota Fiscal: 278292911

Nº de Controle: 0004067083 00023 39232 59

8364000000-3 54770031000-6 00040670830-5 00233923259-3





GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 12. DISTRITO POLICIAL

fls. 23

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 112 - 9876 / 2012

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**
Data / Hora da Comunicação: **18/07/2012 18:17:58**
Data / Hora da Ocorrência : **17/06/2012 11:40:58**
Endereço da Ocorrência: **AV H 4ª ETAPA**
CONJUNTO CEARA FORTALEZA /CE
Ponto de Referência: **COLEGIO MARINHEIRO POPEYE**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **CLEIZIO DA SILVA**
Nascimento : **23/08/1972**
RG: **96010000903** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 44730721349**
Filiação: **NI**
MARIA CLEIDE DA SILVA
Endereço: **R DONA ELISA 1966 NI**
PARQUE ALBANO
CAUCAIA CE BRASIL Telefone: **85-88249862**

Histórico

INFORMA QUE; NA DATA E HORA CITADOS ACIMA, ESTAVA TRAFEGANDO JUNTAMENTE COM SEU FILHO NA SUA (CRISTIAN) MOTO DE MARCA 'YAMAHA', MODELO 'FACTOR', COR 'PRETA' DE PLACAS: NQN-0260 NA FAIXA DA DIREITA (NO ENDEREÇO CITADO ACIMA); QUANDO UM VEICULO QUE ESTAVA AO SEU LADO DE MARCA 'CHEVROLET', MODELO 'D-20' DE COR 'PRETA' DE PLACAS: JIVR-1749, ENTROU NA FAIXA DA DIREITA QUE ASSIM O DECLARANTE AO DESVIAR VEIO A BATER NA CALÇADA; QUE ASSIM CAIU AO SOLO; QUE O CONDUTOR DO VEICULO 'D-20' PAROU E ONDE ASSIM DEIXOU SEU TELEFONE DE CONTATO E LHE PAGOU UMA QUANTIA DE R\$ 100,00 REFERENTE A ALGUMAS PEÇAS QUE TERIA QUEBRADO NA MOTO DO DECLARANTE; QUE AO CHEGAR EM CASA FORA PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE CAUCAIA; QUE LA INFORMARAM AO DECLARANTE QUE O MESMO TERIA 'QUEBRADO' (01) DEDO MEDINHO DA MAO ESQUERDA; QUE FORA COLOCADO GESSO E LOGO APOS ALGUNS DIAS AO TIRAR O GESSO FORA INFORMADO PELO MEDICO QUE TERIA QUE FAZER UM CIRURGIA POIS O DEDO AINDA ESTARIA FORA DO LUGAR; QUE ENTAO O DECLARANTE VEIO ATE ESTA DELEGACIA DE POLICIA PARA REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRENCIAS, PARA APRESENTA-LO AO SEGURO DPVAT. E NADA MAIS.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 12. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO: _____

MATRÍCULA: 39126-2-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: x Cleizio da Silva

VISTO DO DELEGADO(A): _____

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por RODOLFO BENTO DA ROCHA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 21/03/2013 às 15:30, sob o número 01493090220138060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0149309-02.2013.8.06.0001 e código CAC151.



SINAIS VITAIS				
Horário				
P.A.				
Temper.				
Peso:				
Estat.				

Data: 17-6-12		Horário: 12:45	Paciente chegou:	☐ Andando	☐ Automóvel
				☐ Ambulância	☐ Outros
Paciente: Cleizio da Silva					
Nome da Mãe: Maria Gláucia da Silva					
Idade: 10	Sexo: M	Data de Nascimento: 23-8-72	Identidade: 966000903	Telefone de contato: 86477200	
Endereço (rua, nº): R - Gláucia - 1966					
Bairro: 19 Alvaris	Cidade: acme	Estado: ee	Nome do Funcionário SAME: Dilexi		

PROCEDIMENTOS		OUTROS		TIPOS DE ATENDIMENTO
	02.021.01-3			Clínica Médica
	07.011.01-6			Clínica Pediátrica
	07.011.04-0			Clínica Cirúrgica

História Clínica:

Diagnóstico:

EXAMES SOLICITADOS

1) 2

2) 2

3) _____

4) _____

Assinatura e Carimbo do Profissional Responsável:

0303090 22-7

DR. GLAUCO BAIKATTO
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
CRM 8250 / TEOT 44057

[illegible]

DESTINO DO PACIENTE			DATA SAÍDA	HORA SAÍDA
☐ Alta	☐ Transferência	☐ Óbito		
Motivo do Óbito:				

Assinatura do Paciente ou Responsável

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

Hospital Municipal

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Cleide do Siqueira

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10.586

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

23/08/1972

Masc. ☒Fem. ☐

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO TELEFONE

DDD

864149200

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Maria Cleide do Siqueira

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

R. D. Eliza nº 1966 - P. Alvarado

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Caucaia

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

23.03 FUCE

15 - UF

CE

16 - CEP

61600000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Id com febre de 5 dias

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Reu do corpo

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

Truque e de birth

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Tratamento de emergência

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

404020342

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

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

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

Dr. David Lima Nordeir
Médico Auditor
C 2117

231210276043

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA

SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO GADELHA DA ROCHA

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: _____

DATA 14/06/12

NOME: _____

Cezario da Silva

() CLÍNICO ☒ TRAUMATOLOGIA () CIRURGIA GERAL

Queixa Principal: _____

queda de dedo
dedo da mão E + torção
do D

PA: ____/____ MmHg T: ____ °C Glicemia: ____ Mg/dl

Téc. de enfermagem: _____



Dr. Raimundo Nonato Torres de Melo

CRM 2867

ATESTADO MÉDICO

Atto, sou o senhor J. J. Jue, filho
de Silva, vítima de Acidente de Trânsito (D.T.)
no dia 17.06.2012. com trauma no tornozelo
direito e mão esquerda, Tratamento Cirúrgico
de mão (E) 80% de invalidez permanente. 5º
Q. M. (E) (invalidez) Ato definitivo em
28.07.2012

Fortaleza, 28.07.2012.
Dr. Raimundo N. Torres de Melo

Dr. Raimundo N. Torres de Melo
MÉDICO
CREMEC: 2867

Centro Comercial Bezerra de Menezes
Av. Bezerra de Menezes, 2071, Sala 409 - Parquelândia
Fortaleza- Ceará