

	SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE	Código: CP - ____
	PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”	Versão: 00 Pagina: 1/1

OUTORGANTE: ANTONIO AVELINO DA PAIXÃO, BRASILEIRO, CASADO, AGRICULTOR, COM CPF Nº 392.464.423-34, E RG Nº 2006099 059746 SSP/CE, RESIDENTE NA RUA IRMÃS VILANOVA, Nº 50, CENTRO, TARRAFAS/CE.

OUTORGADOS: MARCOS ANTONIO INÁCIO DA SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB, OAB/PE, OAB/RN, OAB/CE, OAB/MA e OAB/BA sob os nºs 4.007, 573-A, 560-A, 20.417-A, 9.503-A e 29.933, respectivamente; e no CPF sob o nº 206.448.414-00, NARRIMAN XAVIER DA COSTA, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob nº 10.334 e no CPF sob o nº 419.121.364-49, KARLA GABRIELA SOUSA LEITE, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 11.755, e no CPF sob o nº 035.175.634-55, LETICIA BOLZANI GONDIM, brasileira, casada, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 12.526, e no CPF sob o nº 039.892.364-74; NELSON AZEVEDO TORRES, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PB sob o nº 11.488 e no CPF sob o nº 031.129.754-48; e GILVAN AMORIM NAVARRO FILHO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB sob o nº 11057/PB e no CPF sob nº 024.587.244-26; EDSON BATISTA DE SOUZA, brasileiro, casado, advogado, oab-pb 3183, CPF 185.572.524-04, e JOSELIA MOREIRA DE QUEIROGA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/PB sob o nº 17.367, portador de CPF nº 070.397.954-00, todos com escritório profissional localizado à Rua Francisca Moura, 548, Centro, JOÃO PESSOA-PB, onde recebem intimações de estilo (art. 39 do CPC).

PODERES: Por este instrumento o Outorgante supra qualificado, nomeia e constitui os Outorgados acima identificados, seus bastantes procuradores, conferindo-lhe os mais amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula “Ad Judicia Et Extra”, para agirem, em conjunto ou separadamente, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defende-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes poderes especiais para requerer em Juízo ou fora dele, como também confessar, transigir, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, representar o mesmo perante os Órgãos Públicos, nomear peritos e assistentes, promover reivindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes nesse mandato. Os poderes aqui 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 artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950.

TARRAFAS/CE, 25 de AGOSTO de 2015.


OUTORGANTE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
2006099059746
NOME
ANTONIO AVELINO DA PAIXAO

DATA DE EXPEDIÇÃO
15/5/2006

FILIAÇÃO
FRUTUOSO AVELINO DA PAIXAO E JOSEFA GOMES DA PAIXAO

NATURALIDADE
TARRAFAS-CE

DATA DE NASCIMENTO
28/6/1962

DOO ORIGEM
CERT. CASAM. 636 L B15 F

V09 TARRAFAS-CE

CPF
39246442384

ASSINADO DO TITULAR
LEI Nº 7.116 DE 23/08/83

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGRAFIA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
SECRETARIA DA RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

SECRETARIA DE RECEITA FEDERAL
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CPF
392454423 34

NOME COMPLETO
ANTONIO AVELINO DA PAIXÃO

ASSINATURA
26-06-1962

ASSINATURA
X *Antonio Avelino da Paixão*

DATA
26-06-1962

SENTENÇA COM A APROPRIAÇÃO DO DOCUMENTO DE R

VALIDO EM TODO O TERRITORIO NACIONAL

ESTE CARTÃO É UM DOCUMENTO COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO DE
IMÓVEL ONDE SE ENCONTRA O LOCAL DE INSCRIÇÃO DE INSCRIÇÃO
PARA QUALQUER EMPLANTACÃO DE NATURALIZACÃO DE INSCRIÇÃO
DA SECRETARIA FEDERAL

ANTONIO HUMBERTO ALMEIDA

0.972.1908

SECRETARIA FEDERAL

SECRETARIA FEDERAL

4766326-0

Para adquirir seu novo cartão, entre em contato conosco.

Atividade de Serviço Elétrico - Faturamento e Cobrança - 10/10/2014

COMPANHIA DE ENERGIA ELÉTRICA DO ESTADO DO CEARÁ - COELCE

360458089

Rota 06 11200 01 335000 - 7 Data de Emissão 10/10/2014

Nome JOSEFA GOMES DA PAIXAO

End. Postal RU IRMAS VILANOVA 00050
CENTRO - TARRAFAS - 63145000

Medidor 3153183

Posto 0000 0000

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG/CPF/CNPJ 559041302-63

Nome do Responsável

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Out/2014 10/10/2014 10/11/2014

Conjunto ANTONINA DO NORTE
Mês Ago/2014 B USD 4,77

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto

ISENTO

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

B48C A128 F088 07E0 D1C1 276B E7F9 3FF1

INFORMAÇÕES SOBRE O PAGAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual 9518 Leit. Anterior 9454 Const. 1,00 Consumo (kWh) 64 Cons. Incl. 0,00 Cons. Excl. 34 Tarifa (R\$/kWh) 0,13997 Valor (R\$) 8,91

10/10/14 10/09/14 30 DIAS 64 12,30

VALOR CONSUMO DO MES 12,30

PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA 1,45

VENCIMENTO 17/10/2014

TOTAL A PAGAR (R\$)

13,75

COMPOSICAO DO VALOR DO CONSUMO

HISTORICO DE CONSUMO

Energia 7,46
 Transmissão 0,15
 Distribuição 2,91
 Encargos Setoriais 0,42
 Tributos (ICMS PIS/COFINS) 2,81
 TOTAL 13,75

71	64	67	57	54	59	60	75	59	68	108	97	87
Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Sep

PREZADO(A) CLIENTE: A SUA CÔNTA DE LUZ, APÓS O VENCIMENTO, DEVERÁ SER PAGUA, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU CANAIS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRANCO OU BANCO DO BRASIL.

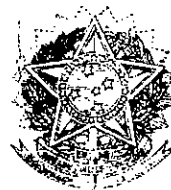
A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Consta desta fatura R\$ 2,81 referente a PIS e COFINS.
 (Art. 9, Res. 118-2005 ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

A partir de 2015 vigorará o sistema de Bandeiras Tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Out/2014 vigorará a bandeira VERMELHA, a qual implicará R\$ 0,030/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos. Mais informações em www.aneel.gov.br

(mãe do autor)

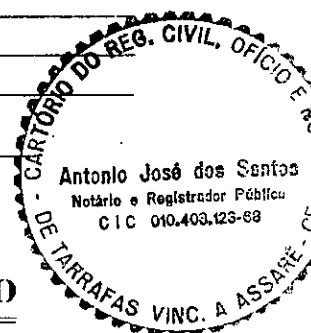
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



REGISTRO CIVIL

ESTADO DO Ceará
COMARCA DE Tarrafas Vinculada Assaré
MUNICIPIO DE Tarrafas - Ceará
DISTRITO DE Tarrafas - Ceará
Antonio José dos Santos

Oficial Titular do Registro Civil



EMOLUMENTOS

Valor do Ato R\$ 15,89

Valor do FERMJUR R\$ 2,00

Valor do A.C.M. R\$ 0,10

Nº do Selo AA-042227

Certidão de Casamento

CERTIFICO que, sob o n.º (636), à fls. Vº 09., do livro n.º B-15.

de Registro de Casamentos, verifiquei constar que no dia 26 de Junho
de 1986., foi feito o casamento de ANTONIO AVELINO DA PAIXÃO E RITA
GOMES PEREIRA, Brasileiros, solteiros.

contraído perante o Juiz Luiz Alves de Souza.
e as testemunhas João Bantim de Vasconcelos e Francisco Vicente Freire,
Brasileiros, casados, comerciantes desta Vila de Tarrafas
Tarrafas Assaré Ceará.

Ele, nascido em sítio Guaribas Tarrafas Assaré Ceará.

aos 26 de Junho de 1962.

profissão Agricultor., domiciliado
em sítio Guaribas deste Distrito de Tarrafas Assaré-Ceará: filho de
Frutuoso Avelino da Paixão e de Josefa Gomes da Paixão.

Ela, nascida em sítio Guaribas deste distrito de Tarrafas Assa-
ré Ceará. aos 21 de Abril de 1967.

profissão Doméstica., domiciliada
em sítio Guaribas deste distrito de Tarrafas Assaré Ceará: filha de
José Anastau Pereira e de Maria Gomes Pereira,

a qual passou assinar-se RITA GOMES PEREIRA DA PAIXÃO. z-z-z-z-z-z-z-z-z-z.
Foram apresentados os documentos a que se refere o art. 180 N.ºs 1.2º e 4.

do Código Civil Brasileiro. - Observações: Registro feito de acordo com as forma-
lidades legais etc.

VALIDO SOMENTE COM O
SELO DE AUTENTICIDADE



O referido é verdade e dou fé.

Tarrafas - Ceará (11) de Outubro de 2001.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 417 - 284 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data e Hora da Comunicação: **08/04/2014 11:42:22**

Data e Hora da Ocorrência : **16/03/2014 16:00:22**

Endereço da Ocorrência: **SIT PATOS**

NAO INFORMADO TARRAFAS /CE

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **ANTONIO AVELINO DA PAIXÃO**

Nascimento : **26/06/1962**

RG: **2006099059746** Órgão Emissor: **SSP UF: CE - CPF: 39246442334**

Filiação: **FRUTUOSO AVELINO DA PAIXÃO**

JOSEFA GOMES DA PAIXÃO

Endereço: **R NOSSA SENHORA DAS ANGÚSTIAS 125**

ALTO DA BULANDEIRA

TARRAFAS CE BRASIL

Telefone: **88 93320334**

Dados do(s) Veículo(s)

TIPO: **MOTOCICLETA MARCA: HONDA/CG 125**

PLACA: **HYX4592** MUNICÍPIO / UF: **TARRAFAS / CE**

MODELO/FABRICAÇÃO: **2007/2007** COR: **PRETA**

RENAVAM: **960672664** CHASSI: **9C2JC30707R094814**

SITUAÇÃO: **NÃO INFORMADO** PROPRIETÁRIO: **ANTONIO DE MATOS SOBRINHO**

ENVOLVIMENTO: **NORMAL**

Histórico

INFORMA O NOTICIANTE ADVERTIDO DAS PENALIDADES IMPOSTAS PELOS ARTIGOS 299, 339 E 340, TODOS DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, QUE: NA DATA E HORA SUPRACITADAS IA NA MOTOCICLETA ACIMA CITADA ABASTECER O VEÍCULO, QUANDO BATEU DE FRENTE NUM CACHORRO QUE ATRAVESSOU A RUA; QUE A VÍTIMA CAIU DA MOTOCICLETA E SEU FILHO, ISIDORO, O SOCORREU, LIGANDO PARA O HOSPITAL SOLICITANDO UMA AMBULÂNCIA; QUE FOI DIAGNOSTICADO COM INÚMERAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO E DEFORMIDADE VISÍVEL EM PUNHO ESQUERDO; QUE FOI TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL SÃO RAIMUNDO NO CRATO/CE; QUE FOI REMARCADO PARA FAZER O GESSO EM UMA SEMANA; QUE SEU BRAÇO FOI ENGISSADO, FICANDO A VÍTIMA INTERNADA POR UM DIA; QUE A VÍTIMA QUEIXA-SE DE DORÊS E AINDA TOMA MEDICAMENTOS; QUE DIA 14 HAVERÁ A RETIRADA DOS PONTOS NO BRAÇO DA VÍTIMA. REGISTRA O FATO E NADA MAIS DISSE.

RESPONSÁVEL PELO DEBOLFO:

RESPONSÁVEL PELA INFORMACAO:

DELEGACIA MUNICIPAL DE ASSARE

Pág. 1 de 2

Impresso em: 08/04/2014 12:02

PREFEITURA MUNICIPAL DE TARRAFAS - CEARÁ
UNIDADE MISTA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DAS ANGÚSTIAS
FICHA DE ATENDIMENTO AO PACIENTE

CÓDIGO 		DIA / MÊS / ANO 3 / 6 / 03 / 14		REG 															
NOME DO PACIENTE <u>Antônio Avelino da Paixão</u>			IDADE <u>52</u>	SEXO <u>M</u>	DATA DE NASCIMENTO <u>2.6.10.6162</u>														
PROFISSÃO <u>Agricultor</u>		IDENTIDADE <u>2006099059746</u>		PROCEDÊNCIA															
FILIAÇÃO <u>Antônio Avelino da Paixão e Josefa G da Paixão</u>																			
ENDEREÇO <u>R. N. São das Angústias</u>			BAIRRO	MUNICÍPIO <u>Tarrafas</u>															
PRÉ - CONSULTA																			
APARENTEMENTE BEM ☒		REGULAR ☐		OBSERVAÇÃO ☐															
				GRAVE ☐															
PA: <u>130x90mmHg</u> ANAMNESE E EXAME FÍSICO <u>Paciente relata que sofreu acidente motorcístico e chegou à</u> <u>unidade com inúmeras escoriações pelo corpo. Apresenta defor</u> <u>midade visível no punho E e dor intensa à mobilização do</u> <u>mesmo. Apresenta lesão incisa de 3 cm no queixo, onde</u> <u>se não realizou sutura</u>																			
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA																			
<u>1) Trauma de punho E?</u>																			
S A D T (EXAMES COMPLEMENTARES)																			
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">DESTINO</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">CÓDIGO DO PROCEDIMENTO</td> </tr> <tr> <td>RESIDÊNCIA ☐</td> <td>TRANSFERÊNCIA ☒</td> <td colspan="2" rowspan="4"> ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ </td> </tr> <tr> <td>AMB. RETORNO ☐</td> <td>RECUSOU INTÉR. ☐</td> </tr> <tr> <td>LEITO OBSERV. ☐</td> <td>REFERÊNCIA ☐</td> </tr> <tr> <td>INTERNAÇÃO ☐</td> <td>ÓBITO ☐</td> </tr> </table>						DESTINO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		RESIDÊNCIA ☐	TRANSFERÊNCIA ☒	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐		AMB. RETORNO ☐	RECUSOU INTÉR. ☐	LEITO OBSERV. ☐	REFERÊNCIA ☐	INTERNAÇÃO ☐	ÓBITO ☐
DESTINO		CÓDIGO DO PROCEDIMENTO																	
RESIDÊNCIA ☐	TRANSFERÊNCIA ☒	☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐																	
AMB. RETORNO ☐	RECUSOU INTÉR. ☐																		
LEITO OBSERV. ☐	REFERÊNCIA ☐																		
INTERNAÇÃO ☐	ÓBITO ☐																		
ASS. DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL			ASS. MÉDICO / CRM																

Teodoro Silva
 CRM-CE 10.100

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCOS ANTONIO INACIO DA SILVA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 27/10/2015 às 15:26, sob o número 02022063620158060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0202206-36.2015.8.06.0001 e código 1D18020.



São
Raimundo

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 17/03/2014 07:17

N.º Atendimento...: 240825

Convênio.: BPA SUS

Data Atendimento: 17/03/2014 Hora: 07:18

Matrícula: 160531092320003

Médico Respons.: ANTONIO FEITOSA NETO

Guia.:

Percecionista...: MARILENE

Tipo de Atend...: AMBULATORIAL

Setor Atend.....: CONSULTÓRIO

=====IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE=====

Paciente.: ANTONIO AVELINO DA PAIXAO

Pront.: 79384

Dt.ª Nasc.: 26/06/1962 51

Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO

RG: 20060930197

Endereço.: RUA NOSSA SENHORA DAS ANGUSTIAS 125 CASA

Cep.....: 63145000 Bairro: CENTRO

Município: TARRAFAS

Estado....: CE

Resp...: ANTONIO AVELINO DA PAIXAO

Fone: 8893081459

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Intern. [] Outro
Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurg. [] Obst. [] Ped. [] Oftalmol. []

REQUISICÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTOS

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO:

DR. (a) ANTONIO FEITOSA NETO

CRM: 606580

CPF: 22399631404

ANTONIO AVELINO DA PAIXAO

Paciente / Responsável

0859

PREFEITURA MUNICIPAL DE TARRAFAS -CEARÁ
UNIDADE MISTA DE SAÚDE NOSSA SENHORA DAS ANGÚSTIAS

NOME: _____ LEITO: _____ PRONT. Nº: _____

[illegible]



São
Raimundo

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes
Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 24/03/2014 06:59

N. Atendimento...: 241699 Convênio.: EPA SUS
Data Atendimento: 24/03/2014 Hora: 07:03 Matrícula: 160531092320003
Médico Respons.: ANTONIO FEITOSA NETO Guia.:
Recepcionista...: GILVAN Tipo de Atend...: AMBULATORIAL
Setor Atend.....: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente.: ANTONIO AVELINO DA PAIXAO Pront.: 79384
Data Nasc.: 26/06/1962 51 Anos Sexo: MASCULINO Est.Civil: CASADO RG: 20060490544
Endereço.: RUA NOSSA SENHORA DAS ANGUSTIAS 125 CASA
Cep.....: 63145000 Bairro: CENTRO Municipal: TARRAFAS
Estado....: CE Resp...: ANTONIO AVELINO DA PAIXAO
Fone: 9893081459

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

NATUREZA DO ATENDIMENTO

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

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

PROCEDIMENTO

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO:

Dr. (a) ANTONIO FEITOSA NETO
CRM: 006697 CFE: 22399631404

Paciente / Responsável

10704741-8
Dr. José Moraes Brito
CPF 196.087.563-91

HOSPITAL SÃO RAIMUNDO
FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA DE MENEZES
Telefone: 88-3523-2600 Fax: 88-3523-2621
FICHA DE INTERNAÇÃO

fls. 17

INTERNAÇÃO NUMERO: 241874

IMPRESSO: 24/03/2014 10:55

Paciente: ANTONIO AVELINO DA PAIXAO
Respons.: ANTONIO AVELINO DA PAIXAO

Sexo.: M
Idade.: 51

--DADOS DO PRONTUARIO--

Endereço: RUA NOSSA SENHORA DAS ANGUSTIAS 125

Prontuário: 79384

Cep.: 63145000 Cidade: TARRAFAS

Bairro: CENTRO

Telefone: 8893081459

Profissão: PEDREIRO

Filiação: JOSEFA GOMES DA PAIXAO

FRUTUOSO AVELINO DA PAIXAO

CPF.: 392.464.423-34

N.RG: 2006099059746

Nasc: 26/06/1962

Natural.: TARRAFAS

UF.: CE

Orgao: SSP-CE

Cor.: PARDO

Profissão: PEDREIRO

Est.Civil: CASADO

Operador/Cadastro: MARILENE

--DADOS DE ATENDIMENTO--

Médico.: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES

Atendente.: VANDA

Clinica.: INTERN. CIRURGICA

Data/Hora.: 24/03/2014 11:00

Setor.: POSTO CLINICO/CIRUG MASC

Convênio.: SUS INTE

Acomod.: AM05

Tipo Acom.: ENFERMARIA TRAUMATO

Carater.: 02 -URGENCIA

Leito.: AM5.01

Matricula.: 160531092320003

Venc.:

---RESUMO DE TRATAMENTO---

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

HAS ()

DM ()

AVC ()

ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PREVIOS:

EXAME FISICO:

SINAIS VITAIS:

PA =

FP =

FR =

TA =

ACV:

AR.:

ABDOME:

NEUROLOGICO:

ECG: AO =

RV =

RM =

PUPILAS:

CONDUTA:

DIAGNOSTICO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO:

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO

ENF/APTO

TRASNF. P/ MEDICO:

CONDICOES DE ALTA:

ALTA EM: 25/03/14

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MEDICO(a): 007304

NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES

MATERIAL DE SINTAXE

Ra Emolantia

Dr. Narcizo Francisco
CRM 7304
CPF 007304 40322



HOSPITAL

São Raimundo

FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA

BOLETIM DE CIRURGIA

BOLETIM DE CIRURGIA										Preencher todos os campos após a cirurgia verso e anverso									
NOME DO PACIENTE										N. DA A-IH									
DIAGNÓSTICO										CIRURGIA									
OPERÇÃO										ANESTESIA									
MATERIAL DE SALA										MEDICAMENTOS DE SALA									
OXIGÊNIO										Ass. da Enfermeira									
Ass. do Cirurgião																			

RESUMO DO ATO CIRÚRGICO - (Ocorrências Principais)

- Așezarea din punct
- Instruirea votant
- Reducerea de
faptura și fixarea
c/ placă votant
- sutur

Data

Cirurgião

Ass. e Carimbo do Cirurgião

2º Auxiliar

Ass e Cadimbo

1º Auxiliar

Ass. e Carimbo

3º Auxiliar

Ass e Carimbo

ANESTESIA - (Ocorrências Principais)

Manuscript to be examined
exhibits - 1

10704741-8
Dr. José Moraes Brito
CPF 196.087.563-91

Dat

Ass. e carimbo do Anestesiista

Relatar causas que justifiquem, a longa duração da operação da anestesia e um maior consumo de material e medicamentos

Ass. e Carimbo do Anestesiologista - CRM



HOSPITAL SÃO RAIMUNDO

Fundação Leandro Bezerra de Menezes
 Telefone: 88-3523-2600 Fone/Fax: 88-3523-2600

FICHA DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL

Data Emissão: 14/04/2014 08:46

N. Atendimento...: 244548

Convênio...: BPA SUS

Data Atendimento: 14/04/2014 Hora: 08:51

Matricula: 160531092320003

Médico Respons...: NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLO

Guia...:

Recepcionista...: VANDA

Tipo de Atend...: AMBULATORIAL

Setor Atend...: CONSULTORIO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Paciente...: ANTONIO AVELINO DA PAIXAO

Pront: 79384

Dta Nasc...: 26/06/1962 51

Anos Sexo: MASCULINO Est. Civil: CASADO

RG: 2006099059746

Endereço...: RUA NOSSA SENHORA DAS ANGUSTIAS 125 CASA

Cep...: 63145000 Bairro: CENTRO

Município: TARRAFAS

Estado...: CE

Resp...: ANTONIO AVELINO DA PAIXAO

Fone: 8893081459

CONSULTA MÉDICA

DIAGNÓSTICO

Fratura Pulso E

CONDUTA

ENCAMINHAMENTO

[] Resid. [] Ambul. [] Itern. [] Outro
 Outro

NATUREZA DO ATENDIMENTO

[] Clínica [] Cirurg [] Obst. [] Ped. [] Oftalmo. []

REQUISIÇÃO DE PROCEDIMENTOS

[] RAIO-X

[] ULTRASSOM

[] ENDOSCOPIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO

DIAGNÓSTICO

Petrizar pontos

PROCEDIMENTO

= De colocar Tala fixa

EXAMES

DATA DO ATENDIMENTO: ___/___/___

Dr. Narcizo Francisco
 CRM 70304
 OPE 40357740300

Dr. (a) NARCIZO FRANCISCO FERREIRA FLORES
 CRM: 007304 CPF: 40357740300

Antonio Avelino da Paixao
 Paciente / Responsável

HOSPITAL São Raimundo FUNDAÇÃO LEANDRO BEZERRA		Exames Radiológicos			
Nome do Paciente: <i>Antonio A. da Silva</i>				Enf. <i>05</i>	Leito <i>01</i>
Idade: <i>52M</i>	SUS ☒	Convênio ☐	Particular ☐	Hospital ☐	Ambulatório ☐
Endereço				Cidade	
Impressão Diagnóstica					
Dados Clínicos					
Médico Solicitante: <i>Dr. [Assinatura]</i>				Data Solicitação: <i>24.03.14</i>	
Exame Solicitado: <i>Ra do punho E</i> <i>em AP/P.</i>					
RESULTADO / LAUDO					
<i>FRATURA</i>					
Data:				Médico Responsável pelo Laudo	

RADIOLOGISTA
[Assinatura]

Av. Teodorico Teles, 99 - Crato - CE - Fone: (88) 3523-2600

