

## PROCURAÇÃO “AD JUDICIA ET EXTRA”

**OUTORGANTE:**

|                                                                           |                                  |                    |
|---------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|--------------------|
| <b>NOME:</b><br>Marisio Dantas de Oliveira                                |                                  |                    |
| <b>NACIONALIDADE:</b><br>Brasileira                                       | <b>ESTADO CIVIL:</b><br>Casado   |                    |
| <b>PROFISSÃO:</b><br>Agricultor                                           | <b>C.P.F.:</b><br>972.759.803-04 |                    |
| <b>ENDEREÇO COM CEP:</b><br>Rua: Americo Vespucio, 448. - cep. 60.741-145 |                                  |                    |
| <b>BAIRRO:</b><br>C3 Serrinha                                             | <b>CIDADE:</b><br>Fortaleza      | <b>U.F.:</b><br>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, 20 de Dezembro de 2019

X

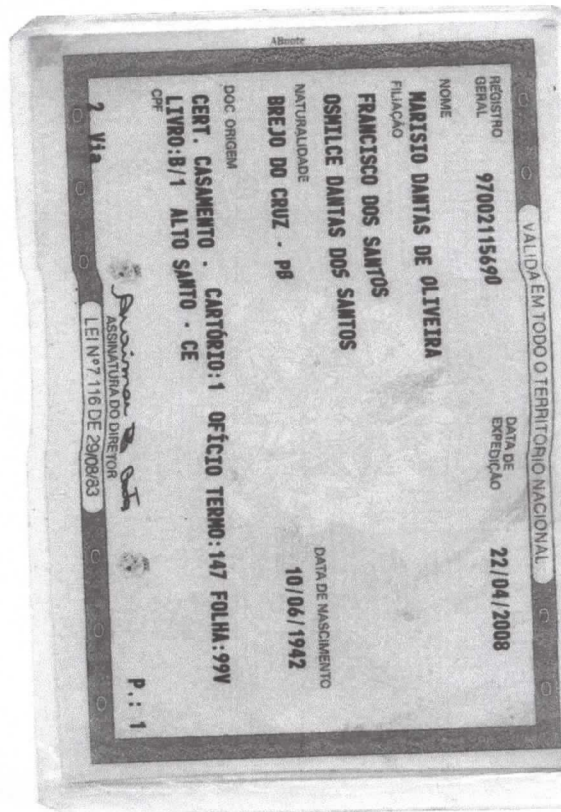
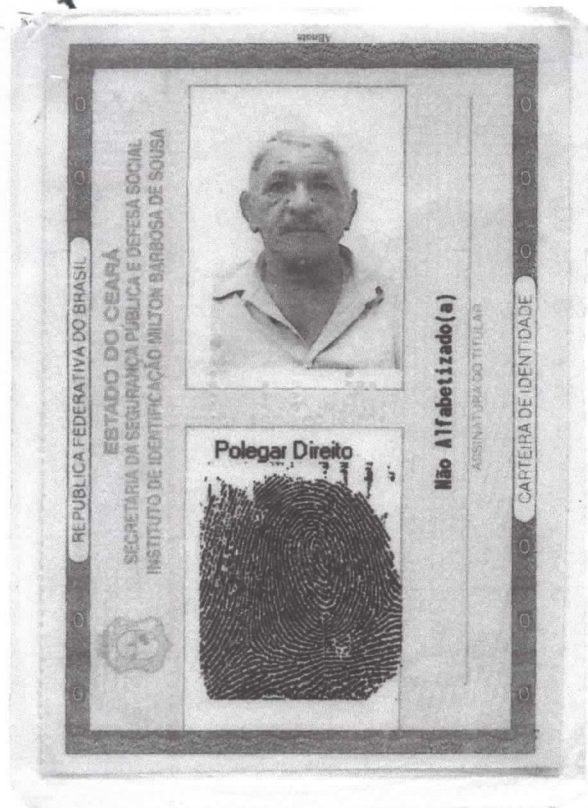
**OUTORGANTE**

**TESTEMUNHAS:**

NOME: JOSE ADENILSON LUZ DE AZEVEDO  
F: 78090679315

Av. Godofredo Maciel, 2290. Loja 27. Maraponga, Fortaleza/CE.  
(85) 3254-1865 atendimentofortaleza@luzazevedo.com.br  
R. Paulo Gomes da Silva, 226. Parque Soledade, Caucaia/CE.  
(85) 9 9800-0785 / 9 8692-7703 / 9 9789-6272. atendimentocaucaia@luzazevedo.com.br

NOME: Germana de Souza Costa Luiz  
F: 024.344.573 - 39





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA  
Impresso nº 2019713782



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 201 - 9399 / 2019**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**  
Data / Hora da Comunicação: **08/10/2019 08:54:26**  
Data / Hora da Ocorrência: **06/03/2019 18:00:00**  
Endereço da Ocorrência: **R CARRO QUEBRADO, QUATRO BOCAS ,**  
**QUATRO BOCA - PARACURU/CE**  
Ponto de Referência:

**Dados da(s) Vítima(s)**

Nome: **MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA**  
Nascimento: **10/06/1942** CPF:  
RG: **97002115690** Orgão Emissor: **SSP** UF:  
Filiação: **OSMILCE DANTAS DOS SANTOS**  
**FRANCISCO DOS SANTOS**  
Endereço: **RUA AMÉRICA VESPÚCIO, 442**  
Bairro: **SERRINHA**  
Município: **FORTALEZA/CE** CEP:  
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 9846-2656**

**Histórico**

diz o declarante que no dia e hora acima mencionado, trabalhava na condução do gado e quando ia passando pela rua na localidade de Carro Quebrado em Paracuru, foi atropelado por uma pajeiro de placa n~~ao anotada; Que o declarante caiu ao solo e ficou desacordado; Que o declarante quando acordou estava no hospital Municipal de Caucaia para onde veio conduzido por um neto. Que o declarante teve uma fratura no braço, uma pancada na cabeça e perdeu uma da visão.

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA METROPOLITANA DE CAUCAIA**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**JOSENILDO MOURA DE MENEZES - MAT.: 061369-1-5**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**LUIS RODRIGUES CAVALCANTE JUNIOR - MAT.: 301002-1-2**



CTCE SALVADOR BA PL8  
MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA  
R AMERICO VESPUCIO 448  
CS SERRINHA  
60741-145 FORTALEZA CE

00701480

DATA DE VENCIMENTO: 15/10/19 - DATA DE POSTAGEM: 27/09/19



7216210573101490000015932830270919

Acesse sua conta e outros serviços:  
No App Minha Claro  
Na internet - minhaclaro.com.br  
Pelo celular \*1052#  
No Atendimento Claro 1052  
Para fatura em braille, ligue 1052  
Para deficiente auditivo, ligue 08000362323

**Veja aqui o que está sendo cobrado:**  
1. Plano Contratado R\$ 29,99  
**Total R\$ 29,99**

**Período de Uso**  
de 11/09/2019 a 20/09/2019

**Vencimento**  
15/10/2019

|                                                        |               |           |
|--------------------------------------------------------|---------------|-----------|
| 1. Plano Contratado                                    | 85 99268 9210 | Valor R\$ |
| Oferta Conjunta Claro MIX                              |               | 49,99     |
| Aplicativos Digitais                                   |               | -         |
| Claro Controle 1GB + Minutos ilimitados (159)          |               | -         |
| Desconto Claro Controle 1GB + Minutos ilimitados (159) |               | -20,00    |
| Serviços Inclusos no seu Plano                         |               |           |
| Pacote de Dados Controle 1GB                           |               |           |

Sub Total - Plano Contratado

R\$ 29,99

Total a Pagar

R\$ 29,99

PAGO PELO BANCO  
BANCO DO BRASIL  
JUNIOR NOBRE

Prezado Cliente,  
Este boleto não quita débitos de meses anteriores.

\*Ague sua conta nos Bancos e Locais credenciados. Encargos por atraso serão cobrados na próxima conta. Contribuições para o FUST e FUNTEL (1% e 0,5% do valor dos serviços) não repassados ao cliente. Central de Atendimento da Anatel: 1331 - Ao ligar, informe o nº da reclamação registrada na prestadora.

Autenticação Mecânica

Para uso do banco



**Claro**

Sr. Caixa, receber pagamento em dinheiro.

Pague sua conta nos bancos credenciados preferencialmente: Itaú, HSBC, Banco do Brasil, Santander e outros.

Cliente  
MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA

Código Débito Automático  
126780955  
Claro NE DDD 81 a 89

Período de Uso  
11/09/19 a 20/09/19

Total  
R\$ 29,99

Vencimento  
15/10/19

84800000000-6 | 29990221201-1 | 91015126780-9 | 95500118122-4



Autenticação Mecânica solicitamos não rasurar, dobrar ou perfurar esta parte da fatura, para não danificar o código de barras.

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins de prova, na forma e sob as penas da lei que eu Marisio Dantas de Oliveira, inscrito(a) no CPF número 972.759.803-04, Registro Geral de número 97002115690, resido em propriedade localizada na Rua: Americo Vespucio, 448, na cidade de Fortaleza, 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, 20 de Dezembro de 2019.

X

DECLARANTE

**DECLARAÇÃO**  
**(LEI Nº 1.060/50)**

|                                            |                                       |                 |
|--------------------------------------------|---------------------------------------|-----------------|
| NOME: <u>Márisio Dantas de Oliveira</u>    |                                       |                 |
| NACIONALIDADE: <u>Brasileiro</u>           | ESTADO CIVIL: <u>casado</u>           |                 |
| PROFISSÃO: <u>Agricultor</u>               | DATA DE NASCIMENTO: <u>10/06/1942</u> |                 |
| C.P.F.: <u>972.759.803-04</u>              | R.G.: <u>97002115690</u>              |                 |
| ENDEREÇO: <u>Rua: Americo Vespucio 448</u> |                                       |                 |
| BAIRRO: <u>CS Serrinha</u>                 | CIDADE: <u>Fontalva</u>               | U.F.: <u>ce</u> |
| C.E.P.: <u>60.741-145</u>                  | 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.

Fontalva - ce, 20 de Dezembro de 2019.

X

**Declarante**

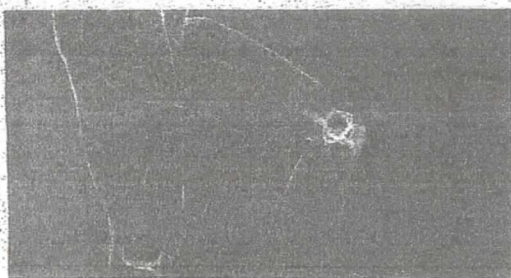


**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
**SECRETARIA DE GESTÃO E PROMOÇÃO DA SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR**  
**REGISTRO HOSPITALAR**

Nº 33427

|                                                                                                                                    |                             |                                 |                |                             |                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|
| NOME: <u>Francisco Dantas de Oliveira</u>                                                                                          |                             |                                 |                |                             |                             |
| DATA DE NASCIMENTO: <u>10.06.42</u>                                                                                                | IDADE: <u>76</u>            | COR:                            | SEXO: <u>M</u> | ESTADO CIVIL: <u>casado</u> | NATURALIDADE: <u>Buzios</u> |
| Nº IDENTIDADE: <u>97002418690</u>                                                                                                  |                             | Nº CPF                          |                | CERT. NASCIMENTO Nº         |                             |
| PAIS: <u>Francisco Dantas / Emilia Dantas do Santos</u>                                                                            |                             |                                 |                |                             |                             |
| ENDEREÇO DO PACIENTE: <u>Américo Respeção</u>                                                                                      |                             |                                 |                |                             | Nº <u>448</u>               |
| BAIRRO: <u>Servinha</u>                                                                                                            | MUNICÍPIO: <u>Fortaleza</u> |                                 |                | FONE: <u>86880426</u>       |                             |
| NOME DO RESPONSÁVEL: <u>Maria Telolina da Lorena</u>                                                                               |                             |                                 |                |                             | FONE:                       |
| ENDEREÇO DO RESPONSÁVEL:                                                                                                           |                             |                                 |                |                             |                             |
| DATA DE ADMISSÃO: <u>06/03/19</u>                                                                                                  |                             | HORA DE EMISSÃO: <u>11:21</u> h |                | FUNCIONÁRIO: <u>Rafael</u>  |                             |
| MÉDICO ASSISTENTE:                                                                                                                 |                             |                                 |                |                             |                             |
| HISTÓRICO CLÍNICO:                                                                                                                 |                             |                                 |                |                             |                             |
| <u>Crescimento normal, porém com</u>                                                                                               |                             |                                 |                |                             |                             |
| <u>fraqueza de marcha desde E.</u>                                                                                                 |                             |                                 |                |                             |                             |
| EXAME FÍSICO:                                                                                                                      |                             |                                 |                |                             |                             |
| <u>apresenta tremor no olho D.</u>                                                                                                 |                             |                                 |                |                             |                             |
| DIAGNÓSTICO PROVÁVEL:                                                                                                              |                             |                                 |                |                             |                             |
| EXAMES COMPLEMENTARES:                                                                                                             |                             |                                 |                |                             |                             |
| DIAGNÓSTICO DEFINITIVO:                                                                                                            |                             |                                 |                |                             |                             |
| <p align="right"> <br/> Rafael da Silva Cavalcante<br/> Ortopedia e Traumatologia<br/> REMEC 14.370/PROF. 15.000/TEOT: 16.316 </p> |                             |                                 |                |                             |                             |
| ASSINATURA                                                                                                                         |                             |                                 |                |                             |                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>SUS</b> Sistema Único da Saúde / Ministério da Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR - A.I.H.</b> |  |
| <b>Identificação do Estabelecimento de Saúde</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 2 - CNES                                                                       |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 4 - CNES                                                                       |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: <b>PREFEITURA MUNICIPAL DE CAUCAIA</b><br>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 2 - CNES: <b>120100000000000000</b>                                            |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: <b>HOSPITAL MUNICIPAL DR. ABELARDO CADELHA DA ROCHA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 4 - CNES: <b>120100000000000000</b>                                            |  |
| <b>Identificação do paciente</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                           |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                         |  |
| 9 - SEXO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL                                                |  |
| 11 - TELEFONE DE CONTATO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO                                                       |  |
| 15 - UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 16 - CEP                                                                       |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE: <b>Marcos Paulo de Oliveira</b><br>6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <b>33427</b><br>7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <b>89181001712111041018</b><br>8 - DATA DE NASCIMENTO: <b>10/06/92</b><br>9 - SEXO: <b>Masc. [1] Fem. [3]</b><br>10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <b>Osni de Brito dos Santos</b><br>11 - TELEFONE DE CONTATO: <b>868810486</b><br>12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <b>Americo Resende 448 Serrinha</b><br>13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <b>Itapetininga</b><br>14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: <b>230440</b><br>15 - UF: <b>PI</b><br>16 - CEP: <b>60410680</b> |  |                                                                                |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                |  |
| Paciente com dor de cabeça e vômito evoluindo com febre de 38,5°C.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                |  |
| Paciente com dor de cabeça.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                |  |
| Paciente com exames normais.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                |  |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                |  |
| Trauma de rodilha direita.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                    |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                     |  |
| 28 - DOCUMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE             |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO                                                       |  |
| 32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 33 - Nº DO CONSELHO                                                            |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <b>Internação</b><br>26 - CLÍNICA: <b>TO</b><br>27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: <b>TO</b><br>28 - DOCUMENTO: <b>( ) CNS ( ) CPF</b><br>29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <b>040800040</b><br>30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <b>Dr. Rafael da Silva Cavalcante</b><br>31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <b>06/07/19</b><br>32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <b>Dr. Rafael da Silva Cavalcante</b><br>33 - Nº DO CONSELHO: <b>CRM 14.370/ROF 2560/TEOT 16.316</b>                    |  |                                                                                |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                |  |
| 33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                        |  |
| 34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | 37 - Nº DO BILHETE                                                             |  |
| 35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 38 - SÉRIE                                                                     |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 39 - CNPJ EMPRESA                                                              |  |
| ( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 40 - CNAE DA EMPRESA                                                           |  |
| 41 - CBOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                             |  |
| 44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | 45 - DOCUMENTO                                                                 |  |
| 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                       |  |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                |  |
| 43 - NOME PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <b>Dr. Anderson Fechine</b><br>44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <b>2319100998467</b><br>45 - DOCUMENTO: <b>( ) CNS ( ) CPF</b><br>46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <b>CRM 8240/ROF 37253073045</b><br>47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <b>14/07/19</b><br>48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: <b>Dr. Anderson Fechine</b><br>49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <b>2319100998467</b>                                                                                                    |  |                                                                                |  |



# Dr. Marcus Gadelha

Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia e Artroscopia do Joelho  
CRM 10184 TEOT 12042

## LAUDO MÉDICO

NOME: MAURICIO DANTAS DE OLIVEIRA

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO DIA 06 / 03 / 19, ONDE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL MUNICIPAL DA CAUCAIA COM DIAGNOSTICO DE FRATURA DE PUNHO ESQUERDO. O MESMO FOI SUBMETIDO A TRATAMENTO ( ) CLÍNICO (X) CIRÚRGICO ( ) FISIOTERÁPICO, COMPLEMENTADO COM MEDICAÇÃO SINTOMÁTICA RECEBENDO ALTA DEFINITIVA EM SETEMBRO 2019, EVOLUINDO COM SEQUELA E DANO IRREVERSÍVEL DE 70 %, MESMO APÓS O TRATAMENTO, APRESENTANDO DOR RESIDUAL, LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO, DEFICIT DE FORÇA E INCAPACIDADE PARA REALIZAR ATIVIDADES DE MAIOR EXIGÊNCIA FÍSICA COM PUNHO ESQUERDO.

CAUCAIA 28 / 03 / 19

Dr. Marcus Gadelha  
Ortopedia e Traumatologia  
Artroscopia e Cirurgia do Joelho  
CRM 10184 TEOT 12042

Clínica Otomédica - Av. 13 de Maio, 189 - Fátima - (85) 3304.7676  
Hospital Uniclinic - Av. Aguanambi, 332 - José Bonifácio - (85) 3311.6000  
Clínica Life - Rua Jerônimo Amaral, 86 - Centro - Caucaia - (85) 3242.5966  
E-mail: marcus.hbgl@gmail.com

**GOVERNO MUNICIPAL DE CAUCAIA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE**  
**COORDENAÇÃO DE REDE HOSPITALAR**  
**DESCRIÇÃO CIRÚRGICA**

fls. 19

|                                                                                                      |                             |                |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|---------|
| Nome: <u>Wesley Junior de Oliveira</u>                                                               |                             |                | Nº Reg. |
| Data da Cirurgia <u>11/03/19</u>                                                                     | Enf.                        | Leito          |         |
| Cirurgião <u>Wesley Junior</u>                                                                       | 1º Auxiliar                 |                |         |
| 2º Auxiliar                                                                                          | 3º Auxiliar                 | Instrumentador |         |
| Anestesista <u>Wesley</u>                                                                            | Tipo Anestesia <u>Local</u> |                |         |
| Diagnóstico Pré-Operatório <u>Fústula no útero direito</u>                                           |                             |                |         |
| Tipo de Operação <u>Fúst. cirúrgica de fústula Anterior</u>                                          |                             |                |         |
| Diagnóstico Pós-Operatório <u>O mesmo</u>                                                            |                             |                |         |
| Relatório Imediato do Patologista <u>P</u>                                                           |                             |                |         |
| Exame Radiológico no Ato <u>Não</u>                                                                  |                             |                |         |
| Acidente durante a Operação <u>Não</u>                                                               |                             |                |         |
| <b>DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO</b>                                                                         |                             |                |         |
| Via de Acesso - Tático e Téc. Ligaduras Drenagem - Sutura<br>Material Empregado - Aspecto - Visceras |                             |                |         |
| <u>Desligar Drenagem</u>                                                                             |                             |                |         |
| <u>Antes do + Anterior</u>                                                                           |                             |                |         |
| <u>Tústula + Contos Tústula</u>                                                                      |                             |                |         |
| <u>União de Anterior</u>                                                                             |                             |                |         |
| <u>Obstrução com Kbs e Contos</u>                                                                    |                             |                |         |
| <u>Plano de Sutura + Unção</u>                                                                       |                             |                |         |
| <u>Unção de Sutura</u>                                                                               |                             |                |         |
| <u>Unção de Sutura</u>                                                                               |                             |                |         |
| <u>Wesley Junior</u>                                                                                 |                             |                |         |





## RESUMO DE ALTA

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_

DATA ADMISSÃO: \_\_\_\_\_

DATA ALTA: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO INICIAL: \_\_\_\_\_

*Furunculose do nariz direito e do*

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Osteomielite do nariz direito com abscesso  
curado em 10/03/19*

DIAGNÓSTICO FINAL:

*Furunculose do nariz direito e do*

ORIENTAÇÃO MULTIPROFISSIONAL:

*Ausência  
curado  
fau*

O PACIENTE DEVERÁ RETORNAR PARA SEGUIMENTO NO:

( ) UBS PRÓXIMO DE SUA CASA

( ☒ ) AMBULATORIO ESPECIALIZADO DE: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_

*25/03/19 - 8h*

ASSINATURA E CARIMBO PROFISSIONAL

**VÍTIMA** MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA  
**COBERTURA** Invalidez  
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO** LIBIA CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME  
**BENEFICIÁRIO** MARISIO DANTAS DE OLIVEIRA  
**CPF/CNPJ:** 97275980304

**Posição em 30-04-2020 16:24:53**

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  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 22/11/2019        | R\$ 2.531,25         | R\$ 0,00         | R\$ 2.531,25 |