

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADANIAS DEPARTAMENTO NACIONAL DE HABILITAÇÃO CADERNETA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
NOME EDER HORACIO DE LIMA		
VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1548583567		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR UF 552839036 SSP SP
		CPF DATA NASCIMENTO 033.598.624-22 29/09/1981
		FILIAÇÃO LEODALTO HORACIO DE LIMA MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO LIMA
		PERMISSÃO ACC CATAR. AD
	Nº REGISTRO 06744450518	VALIDADE 08/07/2021 1ª HABILITAÇÃO 21/11/2016
OBSERVAÇÕES EAR:		
PROIBIDO PLASTIFICAR 1548583567	ASSINATURA DO PORTADOR	
	LOCAL FORTALEZA, CE	DATA EMISSÃO 24/11/2017
	ASSINATURA DO EMISSOR 51880453297 CE162428774	
	CEARÁ	

11 MAI 2018
DOCUMENTO ORIGINAL

5968822

de 26 de abril de 2002

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

CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.848-3

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135-040 | Fortaleza CE

enel

fls. 7

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | N° 551452455

Rota 19 20050 01 084200 - 4 Data de Emissão 27/11/2018

Nome ANA CELIA MENDES ROCHA

End. Postal AV VALE ALBINO PRATIUS 2 00000
PRATIUS - PINDORETAMA - 62860000

Medidor 753995

Poste 0000 A44L

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL 07-BX. RENDA MONOFASICO

RG / CPF / CNPJ 889756903-00

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência Nov/2018
Data da Apresentação 27/11/2018
Previsão Próxima Leitura 27/12/2018

ÍNDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda desta conta.
Conjunta Set/2018 EUSD 14,74
Mês DICRI= 0,00 P

ICMS

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

IEIC. 4B08.9897.942D.5A46.D8D8.72FF.7D3E

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Incl.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
FP 4586	4449	1,00	137	0,00	30	0,18169	5,45
					70	0,31147	21,00
					37	0,46721	17,29
27/11/18	27/10/18		31 DIAS		137		44,54

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	44,54
MULTA MORATORIA REF 10/2018	0,85
CORRECAO MONETARIA DO MES	0,33
JUROS DO MES	0,47
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	13,32
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,57
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,39)	

VENCIMENTO 04/12/2018

TOTAL A PAGAR (R\$) 61,08

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	22,93
Transmissão	2,44
Distribuição	13,06
Encargos Setoriais	3,50
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	4,18
TOTAL	46,11

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

124	137	125	116	127	122	138	139	125	131	109	114	115
MED	Nov	Out	Set	Ago	Jul	Jun	Ma	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.	
Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)
53,48	0,00
	0%

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO	DEBITOS ANTERIORES
Prévio Aviso	Mes/Ano Valor R\$
NOTIFICACAO DE SUSPENSAO DO FORNECIMENTO DE ENERGIA ELÉTRICA	10/2018 60,80
Prezado Cliente, consta(m) em nossos controles conta(s) em atraso. Segue o detalhamento do Debito. O não pagamento da dívida implica na possibilidade de suspensão do fornecimento da energia em 15 dias após a entrega deste, conforme previsto na Res. ANEEL 414/10, Arts. 172 c/c 173, bem como o envio das informações aos ÓRGÃOS DE PROTEÇÃO AO CRÉDITO E CARTÓRIO DE PROTESTO. Caso já tenha efetuado o pagamento, favor desconsiderar o aviso.	Total 60,80

Consta desta fatura R\$ 4,18 referente a PIS e COFINS. Aliquotas: PIS:1,05% e COFINS:4,84%
(Art. 9 Res. 100/2005 - ANEEL e leis n. 10.637/02 e 10.833/03)

Bandeira amarela em nov-18 com custo de 1,00 real a cada 100kWh (quilowatt-hora).

Informações: www.aneel.gov.br

Nº do Cliente:

5968822

Referência:

Nov/2018

Data de Emissão:

27/11/2018

Total a Pagar (R\$):

61,08

Nº da Nota Fiscal:

551452455

Nº de Controle:

0005968822 00057 39572 41

8388000000-3 61080031000-0 00059688220-3 00573957273-4



Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 13/12/2018 às 11:07, sob o número 01862731820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0186273-18.2018.8.06.0001 e código 41CE784



DECLARAÇÃO DE ENDEREÇO

EDER HORACIO DE LIMA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, OP. DE LOJA,
PORTADOR DO RG: 552839036 SSP-CE E CPF: 033.598.624-22,
RESIDENTE NA AV VALE ALBINO, S/N – PRATIUS – PINDORETAMA–
CE CEP: 62860-000, declaro para os devidos fins que a conta de energia
de minha residência se encontra em nome de ANA CELIA MENDES ROCHA.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão
porque assumo inteira responsabilidade pelas informações acima,
sujeitando-me às sanções previstas nos artigos 171 e 299 do Código
Penal Brasileiro. E nas demais penas aplicáveis, com relação ao acima
afirmado.

Caracuf, 10 de Dezembro de 2018.

ASSINATURA

LOPES DA COSTA & QUEIROZ ADVOGADOS

Rua Tomás Rodrigues nº 84, sala 101, Aldeota, Fortaleza – CE, CEP 60.175-080
Filial na Rua Tabelaio José Marcos de Castro nº 2225, Centro, Cascavel-CE, CEP 62.850-000
Fones: 85-33340441, 85-87368866 e 85-99550360



DECLARAÇÃO DE POBREZA

EDER HORACIO DE LIMA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, OP. DE LOJA, PORTADOR DO RG: 552839036 SSP-CE E CPF: 033.598.624-22, RESIDENTE NA AV VALE ALBINO, S/N – PRATIUS – PINDORETAMA–CE CEP: 62860-000, declaro que sou pobre e não posso custear com as despesas processuais sem afetar o sustento da família, tendo em vista que a renda auferida pelo grupo é apenas de um salário-mínimo.

Esta declaração é a mais pura expressão da verdade, razão porque assumo inteira responsabilidade pelas informações acima, sujeitando-me às sanções previstas no artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E de mais penas aplicáveis, com relação ao acima afirmado.

cascauí de dezembro de 2018.

ASSINATURA

LOPES DA COSTA & QUEIROZ ADVOGADOS

Rua Tomás Rodrigues nº 84, sala 101, Aldeota, Fortaleza – CE, CEP 60.175-080
Filial na Rua Tabelaão José Marcos de Castro nº 2225, Centro, Cascavel-CE, CEP 62.850-000
Fones: 85-33340441, 85-87368866 e 85-99550360

LOPES DA COSTA & QUEIROZ
ADVOGADOS

PROCURAÇÃO

EDER HORACIO DE LIMA, BRASILEIRO, SOLTEIRO, OP. DE LOJA, PORTADOR DO RG: 552839036 SSP-CE E CPF: 033.598.624-22, RESIDENTE NA AV VALE ALBINO, S/N - PRATIUS - PINDORETAMA-CE CEP: 62860-000, pelo presente instrumento de procuração, nomeia e constitui seus bastantes procuradores os advogados **CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA, OAB-CE 12.420, GUILHERME CHOAIRY FONTENELE, OAB-CE 37038 e MARCO AURÉLIO MARQUES DE QUEIROZ, OAB/CE 24.945**, com escritório sito na Rua Sen. Thomas Rodrigues, nº 84, Sala 101, Bairro da Aldeota, Fortaleza-CE, com filial à Rua Dr Pedro de Queiroz Ferreira, loja 21 nº2393 Terminal Rodoviário, Bairro Centro, Cascavel- CE, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad-judicia" e "et extra", a fim de que possam defendê-los em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que os outorgantes sejam autores ou reclamante, defendendo-os quando for réu, interessados ou requeridos, podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber, assinar e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se bem lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso. Ressalta o outorgante que em caso de substabelecimento sem reserva de poderes, fica mantido o pagamento dos honorários pactuados; além disso, o outorgante assume total responsabilidade por todos os documentos e declarações entregues aos outorgados, para o cumprimento do presente mandato, inclusive pelas declarações e atestados de invalidez ou óbito fornecidos.

Caracas 10 de Dezembro 2018.



Assinatura do Outorgante

LOPES DA COSTA & QUEIROZ ADVOGADOS

Rua Tomás Rodrigues nº 84, sala 101, Aldeota, Fortaleza - CE, CEP 60.175-080
Filial na Rua Tabelaio José Marcos de Castro nº 2225, Centro, Cascavel-CE, CEP 62.850-000
Fones: 85-33340441, 85-87368866 e 85-99550360



BOLETIM DE Ocorrência Nº 573 - 416 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **22/03/2018 13:41:04**
Data / Hora da Ocorrência: **28/09/2017 19:30:00**
Endereço da Ocorrência: **AVENIDA VALE ALBINO**
Complemento:
Bairro: **PRATIUS II** Município: **PINDORETAMA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO AO MERCADINHO DO RÉRÉ**

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EDER HORACIO DE LIMA**
Nascimento: **29/09/1981** CPF: **033.598.624-22**
RG: **552839036** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO LIMA**
LEODALTO HORACIO DE LIMA
Endereço: **AVENIDA VALE ALBINO CASA**
Bairro: **PRATIUS II**
Município: **PINDORETAMA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(85) 98206-1842**

Histórico

Afirma a pessoa supra qualificada sob as penalidades dos artigos 340 e 342 do CPB; que estava pilotando a motocicleta de placa NQO3500, CHASSI 9C2JC4110AR543905, ANO 2009, COR PRETA, MODELO HONDA/CG 125 FAN KS EM NOME DE FRANCISCO ARLEUDO FERREIRA CORREA, QUANDO AO DESVIAR DE UMA CACHORRO QUE ESTAVA ATRAVESSANDO A VIA, PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA INDO AO SOLO FRATURANDO A PERNA ESQUERDA E VARIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO; QUE FOI SOCORRIDO POPULARES E LEVADO PARA HOSPITAL MUNICIPAL; QUE DIANTE O EXPOSTO PROCUROU ESTA DPC PARA COMUNICAR O OCORRIDO.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE PINDORETAMA

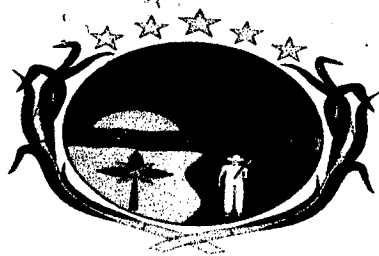
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____

"ESCRIVÃO AD HOC" - MAT.: _____

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: _____

VISTO DO DELEGADO(A) : _____

CESAR COLACO NOGUEIRA - MAT.: 133810-1-1



ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE
PINDORETAMA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

- 1- Preencher a ficha em três vias.
2- Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar a 2ª via ao usuário, orientando-o para retornar com a 1ª via à Unidade de Origem.

Unidade de Origem: HEPMP

Distrito Sanitário: _____

Município: PINDORETAMA

Nome: EDER HORÁCIO DE LIMA

Mãe: MARIA DO SOCORRO DA CONCEIÇÃO LIMA

Sexo: M ☒ F ☐

Data de Nascimento: 29/09/81 Ocupação: _____

Endereço: AV. VALE ALBINO

Bairro: PRATINS

Tel.: (85) 882061842

Motivo do Encaminhamento:

PNE 350, VÍTIMA DE QUEDA DE MOTO COM CAPACETE, APRESENTANDO FRATURA EM PERNA ESQUERDA

Resultado de Exames: _____

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstico: FRATURA PERNA (E)

Ass. do Encaminhamento e Carimbo

Função

28/09/17
Data

19h:30min
Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para atendimento: ☐ Ambulatorial ☒ Hospitalar

Procedimento: TRAUMATOLOGISTA

☐ Auxílio Diagnóstico

Unidade de referência: _____

Data: ____/____/____ Hora: ____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

Unidade de referência: _____

Prontuário Nº _____

Data da alta: ____/____/____ Hora: ____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____

Secundário 1: _____

CID.: _____

Secundário 2: _____

CID.: _____

CID.: _____

Proposta de Conduta para Seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

O motivo da referência coincide com diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ass. do Encaminhamento e Carimbo

Função

Data

REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL

NOME DO PACIENTE
EDER HORACIO DE LIMA
CADSUS

NOME MÃE
MARIA DO SOCORRO DA CONCEICAO LIMA
ENDEREÇO
AVENIDA VALE ALBINO PRATIUS II
CONTATO

LOCAL DA OCORRÊNCIA/TRANSPORTE/DADOS DO ACIDENTE

QUEIXA
QUEDA DE MOTO COM EDEMA E DIFICULDADE DE MOVER O MIE
SINTOMAS
DOR E EDEMA

PESO
NI KG
TEMPERATURA
NI °C
CLASSIFICAÇÃO
VERDE

PRESSÃO ARTERIAL
NI/NI
ALERGIAS
NEGA

ÁREA DE ATENDIMENTO
02 - EMERGÊNCIA TRAUMATOLOGICA

ANAMNESE

DADOS PESSOAIS

NASCIMENTO
29/09/1981(36 ANOS)
NOME RESPONSÁVEL
NI
MUNICÍPIO
PINDORETAMA

N DO PRONTUÁRIO
5081823
SEXO
M

N DO BL
232626
RAÇA/COR
PARDO

CEP
NI

CE

OCORRÊNCIA

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO
MOTIVO
ACIDENTE DE MOTO

SINAIS VITAIS
SAT O2
NI%

ESCALA DE DOR
5 (ADULTO)

PULSO
NI

NI

RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO
MARIA GORETH FEIJO ARAUJO MAXIMO
ÁREA ATENDIMENTO

DATA E HORA DO ATENDIMENTO
29/09/2017 12:54:32

ATENDIMENTO MÉDICO

DIAGNÓSTICO

SIGNOS E SINTOMAS

() HC () SU () US ABDOMINAL () TC CRANIO () RAIOS-X () OUTROS

PRESCRIÇÃO MÉDICA

MEDICAMENTO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÕES

ALTA/SAÍDA

() DECISÃO MÉDICA () A PEDIDO () EVASÃO () TRANSFERÊNCIA () INTERNAÇÃO ÓBITO: () ATÉ 48 HORAS () APÓS 48 HORAS
DESTINO DO CORPO: () FAMÍLIA () IML () ANAT. PATOL

DATA E HORA DO ATENDIMENTO

TIPO DE ALTA/SAÍDA

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO ESPECIALISTA

Impresso por MARIA GORETH FEIJO ARAUJO MAXIMO em 29/09/2017 12:54:32
Declaro serem verdadeiras as informações aqui prestadas, sobre as quais assumo todas as responsabilidades, sob pena de incorrer nas sanções previstas no art. 185 do Código Penal.

303090224

EDER HORACIO DE LIMA

CONFERE COM ORIGINAL
21/10/2018
Rafael

04.535.137/0012-05
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON
BARROS DE OLIVEIRA

Av. Jornalista Tornaz Coelho, 1578
Messejana - CEP: 80.864-810

Fortaleza

Ceará



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE	4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº PRONTUÁRIO
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DO 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 MUNIC
15 - UF	16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL	21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO	23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA SOLICITAÇÃO
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRÂNSITO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ DA EMPRESA	40 - CNAE EMPRESA	41 - CBO
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA			

AUTORIZAÇÃO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR	49 - Nº AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DO DOCUMENTO DO PROFISSIONAL AUTORIZADO	
47 - DATA DO DOCUMENTO	48 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	

Av. Jornalista Tornaz Coelho, 1578
Mossoró - CEP: 60.864-810

Gráf. HDEBO-SAME-AIH-005

Fortaleza

Ceará

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ALBERTO LOPES DA COSTA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 13/12/2018 às 11:07, sob o número 01862731820188060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0186273-18.2018.8.06.0001 e código 41CE789.



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA
SECRETARIA EXECUTIVA REGIONAL VI
HOSPITAL DISTRITAL EDMILSON BARROS DE OLIVEIRA



Prefeitura de
Fortaleza

RELATÓRIO DE ALTA

PACIENTE:

Eder

PRONTUÁRIO

UNIDADE:

ENFERMARIA

LEITO

49

INÍCIO DO TRATAMENTO

29/09/17

DATA DA ALTA

03/10/17

DATA DO RETORNO

16/10/17

MÉDICO(A) PARA RETORNO

Dr. Paulo de Castro
Ortopedia / Traumatologia
CRM: 1985

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA

Operado

fratura fechada

DIAGNÓSTICOS

PRINCIPAL:

ACESSÓRIO 1:

ACESSÓRIO 2:

EXAMES ESPECIAIS REALIZADOS:

Xa

TRATAMENTO CLÍNICO OU CIRÚRGICO REALIZADO

Cirurgia

TERAPÊUTICA APÓS A ALTA

ANH > ATB

CONDIÇÕES DA ALTA:

☐

CURADO

☒

MELHORADO

☐

PIORADO

☐

ÓBTOS

☐

OUTROS

OUTRAS RECOMENDAÇÕES

DATA:

03/10/17

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

[Assinatura]



PREFEITURA DE PINDORETAMA

Secretaria da Saúde

DECLARAÇÃO RECEITUÁRIO

Nome: EDER HONÁCIO DE LIMA

DECLARO, PARA OS DEVIDOS FINS, QUE
O Paciente diagnóstico de FRATURA DE
FIBULA ESQUERDA REALIZOU FISIOTERAPIA
DESDE OUTUBRO ATÉ ESTA DATA, TOTALIZANDO
AS SESSÕES DE FISIOTERAPIA MOTORA.
Paciente com mínimos dor em tornozelo es-
querdo.

Data: 08/03/18

"Não acumule água, evite a dengue"



Clínica de Saúde Integrada Luíza Moreira

LAUDO MÉDICO

Atestado que o paciente EVER HONÓRIO DE LIMA
compareceu em Tratamento por França Tóxico

em 08/17 e ocorreu a Fratura

na mandíbula

Exatidão - na Ata do Tratamento

Assim Atendimento ocorreu haz (+ a ++/lt) e

Refeição boa em 1200g Alimentação a

17/08/18 DR. ALBERTO LOPES

Dr. Felipe S. M. M. M.
Médico Especialista em
Ortodontia

(85) 3334.0815 / 9.8527.4086
Rua Esaú Benício Sampaio, 262 - Centro - Cascavel-CE
clinicaintegradaluizamoreira@gmail.com