



ADVOCACIA

ASSessoria JURIDICA

Lorena Fernandes da Cunha
ADVOGADA | OAB-TO 4225
88' 3671 2583 | 9622 9474

12

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Francisco da Silva dos Santos, nacionalidade Brasileiro,
estado civil solteiro, profissão Segurador, RG nº 92.749.023-8 SSP/CEPF nº
407.753.738-0 residente e domiciliado(a) na sítio Buniti Gual, nº 5N bairro
Zona Rural, na cidade de Lucora, e-mail: _____, constituo e nomeo a
bastante procuradora:

OUTORGADA: Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, esq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:
lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer
juízo, instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para
propor AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Lucora - CE, 03 de julho de 2017.

Francisco da Silva dos Santos
OUTORGANTE

lorenacunha.adv@gmail.com

Rua Madalena Nunes, 016, esq. MT Quincas Bezerril - Centro
88' 3671 2583 88' 99622.9474 CEP 62.320-300 Tianguá - Ce.



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Francisco da Silva dos Santos
nacionalidade Brasileiro estado civil solteiro
profissão Agricultor RG nº 52.749.025-8 SSP/ ce
CPF nº 407.753.738-00 residente e domiciliado(a) na
sítio Buriti geral nº SM bairro Zona Rural
na cidade de Sucora, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possui condições financeiras de arcar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarão sujeitos caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

Sucora - ce 03 de julho de 2017

Francisco Silva dos Santos

Assinatura

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)



Eu, Francisco da Silva dos Santos, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil solteiro, profissão Agricultor, portador(a) do RG nº 52.749.025-8 SSP/PE e CPF nº 407.753.____, filho de pai Raimundo João dos Santos e mãe Josefa Tereza da Silva DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Sítio Buriti Giral, nº 54 bairro Zona Rural, na cidade de Lucena - PE, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Lucena - PE 03/07/2017.

Francisco da Silva dos Santos

15

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

34423468

Francisco dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO CIVIL 52.749.025-8 2 via DATA DE EMISSÃO 23/05/2016

NOME FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS

PATRONÍMICO RAIMUNDO JOÃO DOS SANTOS

JOSEFA TEREZA DA SILVA

MUNICÍPIO DE VIÇOSA DO CEARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO 25/03/1991

VIÇOSA DO CEARÁ - CE VILA DE PADRE VIEIRA CN: LV.A008/FLSº141/Nº08191

407753738/00

ASSINATURA DO DIRETOR

LE: Nº 7.118 DE 28/08/83

6576710-1

A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi cancelada pela Lei nº 10.438
de 26 de abril de 2002

Companhia Energética da Ceará
Rua Pedro Vitorino, 150
CEP 60.730-040 - Fortaleza - CE
CNPJ 07047231/0001-70 | CGF 06.105.508-2

Costos **enel**
marca



CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
Rota 22 31143 02 080255 - 8
Nome MARIA SALETE NEVES DE AMORIM
End. Postal ST BURITI GIRAL 00000
OESTE - VICOSA CEARA - 62300000

Data de Emissão 03/04/2017

Medidor 381279
Classe 04-RURAL TRIFASICO
RG / CPF / CNPJ 568872643-15
Nome do Responsável

Posto 0000 0000
Fator de Potência 0,00
CGF

DATAS
Mês de Referência Abr/2017
Data de Apresentação 03/04/2017
Previsão Próxima Leitura 03/05/2017

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunta VICOSA DO CEARA

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

Mês Fev/2017 BUST 16,79
Prestação Individual
Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual
DIC 18,73 21,46 42,92 3,82 0,00 0,00
FIC 7,59 15,15 38,35 2,88 0,00 0,00
DMIC 5,78 1,05

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL
4587.2258.DGCF.A225.9574.2504.97FD.0824

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO
Leit. Atual : Leit. Anterior : Const. : Consumo (kWh) : Cons. Incl. : Cons. Excl. : Tarifa (R\$/kWh) : Valor (R\$)

6090	6156	1,00	234	0,00	234	0,27344	64,08
03/04/17	02/03/17		32 DIAS		234		64,39

VALOR CONSUMO DO MES
MULTA MORATORIA REF 01/2017
CORRECAO MONETARIA DO MES
JUROS DO MES
COB. SALDO FATURA ANTERIOR
ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 5,23)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR (R\$)

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	52,56
Transmissão	18,39
Distribuição	9,48
Encargos Setoriais	5,64
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	
TOTAL	87,38

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

196	234	182	107	179	213	192	320	182	222	172	190	159
MÊS: Jan Fev Mar Abr Mai Jun Jul Ago Set Out Nov Dez Jan Fev Mar												

CONSUMO COMPENSADO - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO ₂)	Compensado kg (CO ₂)	Consciência Ecológica (%CO ₂)
101,13	0,00	0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

CONTAS EM ATRASO

AVISO DE DÉBITO VENCIDO:
Informamos existir débitos vencidos sem acréscimos legais até esta data, no valor de R\$ 105,38. Seu fornecimento de energia poderá ser suspenso em até 90 dias contados a partir da fatura vencida a não pagar.

DÉBITOS ANTERIORES	
Mês/Ano	Valor R\$
01/2017	65,91
02/2017	39,39

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data / Hora do Fato: 07/04/2017 15:15:07
Endereço da Ocorrência: SÍTIO BURITI GRANDE
Bairro:
Ponto de Referência:



Nome: FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS
Nascimento: 25/03/1993
RG: 52749025-8
Filiação: JOSEFA TERESA DA SILVA
RAIMUNDO JOÃO DOS SANTOS
Endereço: SÍTIO BURITI GIRAL
Bairro: ZONA RURAL
Município: VICOSA DO CEARÁ/CE
País: BRASIL

LEI 82.300-000

Telefone: (081) 3550-0335

Histórico
O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRACITADOS, CONDUZIA O VEÍCULO HONDA/NXR 150 BROS CSD, 2012, PRETA, PLACA OIG 7188, CHASSI 9C2KD0546CR556165, DE PROPRIEDADE DE MARIA SALETE N DE AMORIM. ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, QUANDO COLIDIU CONTRA OUTRA MOTOCICLETA DE PLACA NÃO INFORMADA, QUE ERA CONDUZIDA POR JONAS, RESIDENTE NO SÍTIO BURITI GRANDE, FICANDO O NOTICIANTE COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO, CONFORME OS DOCUMENTOS EM ANEXO, ESTE B.O. É PARA FINS DE DIVUL.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARÁ

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Silva dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A):

GREGÓRIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT. 109051-6

Acompanhe o Processo de Indenização

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3170372362 - Resultado de consulta por beneficiário**VÍTIMA FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS****COBERTURA** Invalidez**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** UNIÃO SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS

CPF/CNPJ: 40775373800

Posição em 21-07-2017 08:24:20

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento Valor da Indenização Juros e Correção Valor Total

24/07/2017 R\$ 2.362,50 R\$ 0,00 R\$ 2.362,50

ACESSIBILIDADE

(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como pagar o Seguro (/Pages/Como-Pagar-o-Seguro.aspx)

REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: FELICIANO DA SILVA SANTOS Idade: 19
Sexo: M (x) F () DN: 22/11/91
Nome do Pai: Antônio da Silva Santos Raça/Cor: Preto
Estado Civil: Casado Nome da Mãe: Antônia da Silva Santos
Município de Origem: (x) Viçosa do Ceará () Outro Município: Viçosa do Ceará
Endereço: Rua da Liberdade, 123 Profissão: Trabalha no comércio
Cartão do SUS: 123456789 Telefone: ()
Data do Atendimento: 02/11/17 RG: 12345678-9
Hora: 14:30 Recepção: 19

SINAIS VITAIS

Peso: 70 g Temperatura: 36,5 °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: 18 irpm FC: 72 bpm DX: 120 mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: Acidente de trânsito

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: 19
Justificativa: Acidente de trânsito

TIPO DE ACIDENTE:

- (x) Acidente de Trânsito Data: 02/11/17 Hora: 10:10 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
(x) Moto - Usando Capacete? Sim () Automóvel - Usando cinto de Segurança? Sim
() Atropelamento Local: Rua da Liberdade
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? Rua da Liberdade
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Álcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: Acidente de trânsito

Medicações e tempo de uso: Medicamento para dor

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco: ☐

Data: 02/11/17

Assinatura do Profissional: Dr. Feliciano da Silva Santos

ATENDIMENTO MÉDICO

AValiação Clínica:

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

capacele Polidrama após queda de moto, A

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

- 1-
- 2- Saturar
- 3- 1. frenel to 1100ml/2000 21:00
- 4-
- 5-
- 6-

Dr. Wellington Tomaz
Médico
CREMEC 42.468

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

() Alta () Observação

() TRANSFERÊNCIA PARA:

menor A. t. do Nascimento
Responsável



FICHA DE REFERÊNCIA



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____
Distrito Sanitário: _____

Nome: RENILDO DA SILVA DOS SANTOS Município: _____
Sexo: ☐ M ☐ F Data de Nascimento: 11/11/1981

Endereço: _____ Ocupação: _____ Prontuário Nº: _____
Bairro: _____ Município: _____

Motivo do Encaminhamento: OTORRINOLARINGOLOGISTA Fone: _____
PACIENTE VITIMADO POR ACIDENTE DE TRÂNSITO, EM 12/06/17, EM PISTA DE PISTA.

Resultado do(s) Exame(s):
Ex: fono. A. oral e f. lab.

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: CRANIO

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: 03 411

Função: _____ Data: _____ Hora: _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: ☐ Ambulatorial ☐ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: _____ Profissional: _____

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro: _____ Função: _____ Data: _____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº: _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____

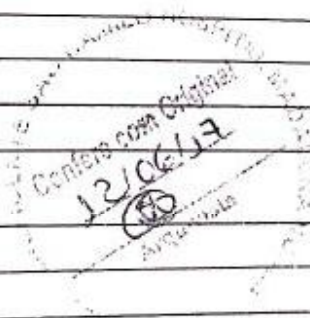
Diagnóstico: Principal _____ CID: _____

Secundário 1 _____ CID: _____

Secundário 2 _____ CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento: _____

Problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐



FICHA DE REFERÊNCIA

22



SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Setor Sanitário: _____

Nome: Renildo da Silva dos Santos

Sexo: ☐ M ☐ F

Data de Nascimento: 11/11/2010

Município: _____

Endereço: _____

Ocupação: _____

Prontuário Nº: _____

Estado: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: paciente vítima de acidente de trânsito em 11/11/2010

Resultados do(s) Exame(s): Ex: exame físico e radiológico em 15/11/2010

Conduta já Realizada: _____

Impressão Diagnóstica: _____

Fátima Cíntia Sá P. da Cunha
CPF: 765.617.763-16
SECRETÁRIA DE SAÚDE

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

Data 03.11.11

Hora _____

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: _____

Procedimento: _____

Unidade de Referência: _____

☐ Ambulatorial

☐ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Profissional: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro _____

Função _____

Data _____

Hora _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

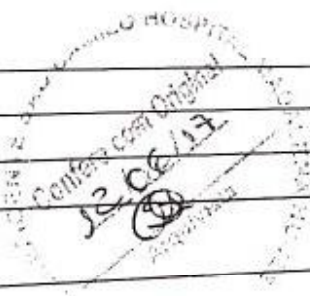
Município: _____

Prontuário Nº _____

Data da Alta: 11/11/2010

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____



Diagnóstico: Principal _____

Secundário 1 _____

Secundário 2 _____

CID: _____

CID: _____

CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐

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

DADOS DO PACIENTE									
Matrícula	Atendimento	Nome do Paciente		CNS	Guia de Autorização				
0257	0001	FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS							
CPF: 407.753.738-00		Local		Estado Civil	Sexo		Idade		
03/1991		VICOSA DO CEARA/CE		Solteiro(a)	Masculino		26 Ano(s)		
Pai: MUNDO JOAO DOS SANTOS				Mãe	JOSEFA TEREZA DA SILVA				
Endereço		Bairro	CEP	Município	UF	Telefone			
SITIO BURITI GIRAL, 00		Z. RURAL	62300-000	VICOSA DO CEARA	CE	88998444489			
Profissão		Empresa	Cônjuge						
EDREIRO									
Responsável		CPF do Responsável	Endereço	Município	UF				
FRANCISCO DA SILVA DOS SANTO			SITIO BURITI GIRAL, 00	VICOSA DO CEARA	CE				
DADOS DO ATENDIMENTO									
Data de Atendimento	Hora	Convênio	Matrícula	CID					
04/04/2017	08:11	SUS							
Profissional de Atendimento			CRM/UF	Tipo de Atendimento					
DANILLO CONSERVA ARRUDA			16409/SP	ENCAMINHADO P/CONSULTA					
Cidade de Acidente			Funcionário						
Trânsito			LEILA MARIA LINHARES DE SA						
Observação									
			Data/Hora Liberação	às	hs.	Tipo de Saída			
						() Alta () Internação () Óbito			
Sinais Vitais									
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)	PA (mmHg)				

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)



Re. tubh ①
s / demis
ol outros quises
ed. tubh Sotz

Danillo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
ARRUDA - CRM: 16409

Francisco dos Santos
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO DA SILVA

Número 2257		Atendimento 0001		Nome do Paciente		DADOS DO PACIENTE	
CPF: 407.753.738-00		Local		FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS		CNS	
Data de Nascimento 03/1991		VICOSA DO CEARA/CE		Mão		Estado Civil Solteiro(a)	
MUNDO JOAO DOS SANTOS		Mão		JOSEFA TEREZA DA SILVA		Sexo Masculino	
Bairro BURITI GIRAL, 00		Z, RURAL		CEP 82300-000		Município VICOSA DO CEARA	
EDREIRO		Empresa		Cônjugue		UF CE	
Responsável FRANCISCO DA SILVA DOS SANTO		CPF do Responsável		Endereço SITIO BURITI GIRAL, 00		Município VICOSA DO CEARA	
Data de Atendimento 04/2017		Hora 08:11		Convênio SUS		DADOS DO ATENDIMENTO	
Profissional do Atendimento		Matrícula		CID		Tipo Atendimento	
DANILLO CONSERVA ARRUDA		CRM/UF 16409/SP		16409/SP		ENCAMINHADO P/CONSULTA	
Local de Atendimento		Função		Funcionário		LEILA MARIA LINHARES DE SA	
Observação		Data/Hora Liberação		Tipo de Saída		() Alta () Internação () Óbito	
Dados Vitais		Altura (cm)		T (°C)		P (bpm)	
Peso (kg)		R (mpm)		PA (mmHg)			

Objetivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)



Re. Hb/h 10
s/dm
s/ outros exames
cd. talh. Sotz

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409
DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO DA SILVA DOS

atendimento crepon 10 - 02

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
Guia de atendimento - AMBULATORIO

Impressão: 19/04/2017 07

Página 12

Prontuário 192257	Atendimento 0002	Nome do Paciente FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS		CNS 702004854458683	Guia de Autenticação
CPF: 407.753.738-00		Local VICOSA DO CEARA/CE		Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino
Data de Nascimento 25/03/1991		Mae JOSEFA TEREZA DA SILVA		Idade 26 Ano(s)	
Endereço SITIO BURITI GIRAL, 00		Bairro Z. RURAL		Município VICOSA DO CEARA	
Profissão PEDREIRO		Empresa		UF CE	
Responsável FRANCISCO DA SILVA DOS SANTO		CPF do Responsável		Telefone 88998444489	
Endereço SITIO BURITI GIRAL, 00		Município VICOSA DO CEARA		UF CE	

Data Atendimento 19/04/2017	Hora 07:58	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO
Observação			Funcionário LEILA MARIA LINHARES DE SA	

Data/Hora Liberação		Tipo de Saída	
as hs.		() Alta () Internação () Óbito	
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)
			R (mpm)
			PA (mmHg)

Motivo do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

perna D



L. L. L. L.

1/2 ano

d. Botz g. m.



DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

atendimento ortopédico 15a 02

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS
em 19/04/17

Guia de atendimento - AMBULATORIO

Atendimento 0004		Nome do Paciente FRANCISCO DA SILVA DOS SANTOS		DADOS DO PACIENTE	
Endereço 407.753 738-00		Local VICOSA DO CEARA/CE		CNS 702004854458683	
Nascimento 1991		Mão JOSEFA TEREZA DA SILVA		Estado Civil Solteiro(a)	
MUNDO JOAO DOS SANTOS		Bairro Z. RURAL		Sexo Masculino	
BURITI GIRAL, 00		CEP 62300-000		Idade 26 Ano(s)	
REIRO		Município VICOSA DO CEARA		UF CE	
Francisco da Silva dos Santo		Cônjugue		Telefone 88998444489	
CPF do Responsável		Endereço SITIO BURITI GIRAL, 00		Município VICOSA DO CEARA	
UF CE		Município VICOSA DO CEARA		UF CE	
Atendimento 07:35		Convênio SUS		DADOS DO ATENDIMENTO	
Canal do Atendimento		Matrícula		CID	
CANILLO CONSERVA ARRUDA		CRM/UF 16409/SP		Tipo Atendimento RETORNO	
Função de Atendimento		Funcionário RENATA VIEIRA BEZERRA DE AGUIAR			
Data/Hora Liberação		Tipo de Saída		() Alta () Internação () Óbito	
Vitalis		Altura (cm)		T (°C)	
		P (bpm)		R (ppm)	
		PA (mmHg)			

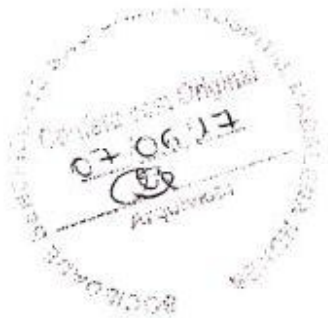
o do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Tor no zello

Vicenauro Alves Salvador
Técnico em Radiologia

pute dramb kmb
cashe - ordens

gesto em pórmino estado
cf. overthf



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM: CE 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCISCO DA SILVA DOS

CANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

26

HOSPITAL E AMBULATORIO
VALINHOS - SP

RECEITUÁRIO

Nome do Paciente: Frederico J. Santos



19/04/12 AGENDAR RETORNO AMBULATORIAL PARA DIA 07:00 HS DA MANHÃ SE CHEGAR APOS HORARIO NÃO SERA ATENDIDO.

* IMPORTANTE: CUIDADOS E HIGIENE COM IMOBILIZAÇÃO GESSADA COMO NÃO MOLHAR AO BANHO, MANTER LIMPO E SECO, OBSERVAR PERFUSÃO NOS TECIDOS DISTAIS A IMOBILIZAÇÃO E DEMAIS.

10 dias


Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRUZES RODO

4/4/12