

**Fábio Monteiro**  
Advocacia

**PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"**

|                                                    |                               |                                     |
|----------------------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Nome:<br><i>Francisco Jorge de Lima Pinheiro</i>   |                               | Data Nasc:                          |
| Estado Civil:<br><i>Casado</i>                     | Profissão:<br><i>Autônomo</i> | Nacionalidade:<br><i>Brasileira</i> |
| RG:<br><i>94008015749</i>                          | CPF:<br><i>524.941.953-49</i> | Telefone:                           |
| Endereço:<br><i>R. Olimpio Ribeiro, 237, Cx 01</i> |                               |                                     |
| Cidade:<br><i>Fortaleza/CE</i>                     |                               | CEP:                                |

**OUTORGADOS:** FÁBIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/CE de nº 23.738, com escritório profissional na Rua Visconde de Barbacena, nº 413, sala 42, Bairro: Cidade dos Funcionários, Fortaleza/CE, CEP: 60.822-488, Fone: (85) 9992-0059 / (85) 8839-8483.

**PODERES:** Concede amplos poderes com os da cláusula "**AD JUDICIA**" para o foro em geral, para ajuizamento de medida judicial aplicável para cobrar a diferença do Seguro DPVAT, acompanhando-a em todos os seus termos até o final, agravar ou apelar de qualquer despacho ou sentença, fazer e assinar requerimentos e os documentos necessários, produzir provas e justificações, transigir, **acordar**, endossar, desistir, renunciar ao direito em que se funda a ação, receber e dar quitação a pagamentos, **receber e fazer levantamentos de alvarás**, finalmente tudo mais fazer, para o completo desempenho deste mandato, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de iguais poderes.

**DECLARAÇÃO:** O (a) outorgante declara que não tem condições de arcar com as custas processuais sem prejuízo do sustento próprio e da família, necessitando, portanto, dos benefício da justiça gratuita, nos termos da Lei 1.060/50.

Fortaleza (CE), 23 de fevereiro de 20 16.

*Francisco Jorge de Lima Pinheiro*

OUTORGANTE



| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                     |                    |
|----------------------------------------------------------|--------------------|
| REGISTRO GERAL                                           | 94008015749        |
| DATA DE EXPEDIÇÃO                                        | 08/01/2015         |
| NOME                                                     |                    |
| FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO                        |                    |
| FILIAÇÃO                                                 |                    |
| FRANCISCO DE ASSIS PINHEIRO                              |                    |
| MARGARIDA MARIA DE LIMA PINHEIRO                         |                    |
| NATURALIDADE                                             | DATA DE NASCIMENTO |
| FORTALEZA - CE                                           | 21/01/1971         |
| DOC. ORIGEM                                              |                    |
| CERT. CASAM. C/ AVERB. DIV - CARTÓRIO:1 ZONA TERMO:42257 |                    |
| FOLHA:297 LIVRO:B-071 FORTALEZA - CE                     |                    |
| CPF 524.941.953-49                                       |                    |
| ASSINATURA DO DIRETOR                                    |                    |
| P.: 8                                                    |                    |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83                                 |                    |



6957276-3

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

de 26 de abril de 2002  
Rua Padre Valdevino, 150  
CEP 60135-040 Fortaleza CE  
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

coelce

fls. 10

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B-1 SÉRIE B-4-1 N° 405384903

Rota 12 01230 43 389000 - 7 Data de Emissão 17/10/2015

Nome FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO

End. Postal RU OLIMPIO RIBEIRO 00237 CS 01  
MONDUBIM - FORTALEZA - 60767770

Medidor 11674290

Poste 0000 N245

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 524941953-49

CGF

Nome do Responsável

## DATAS

Mês de Referência 17/10/2015  
Data de Apresentação 17/10/2015  
Próxima Leitura 17/11/2015

## ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto BONSUCESSO  
Mês Ago 2015 FUSO 10,00

## ICMS

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

## Padrão Individual

Mensal Trim. Anual Mensal Trim. Anual

DIC 5,07 10,15 20,30 0,00 0,00 0,00

FIC 3,23 6,47 12,95 0,00 0,00 0,00

DMIC 2,86 0,00

## ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

0632.680F.550C.1400.DF75.60F8.5760.E4E9

## INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

| Letr. Atual | Letr. Anterior | Const. | Consumo (kWh) | Cons. Int. | Cons. Ext. | Tarifa (R\$/kWh) | Valor (R\$) |
|-------------|----------------|--------|---------------|------------|------------|------------------|-------------|
| 7578        | 7534           | 1,00   | 44            | 0,00       | 44         | 1,44             | 21,53       |
| 17/10/15    | 16/09/15       |        | 31 DIAS       |            | 44         |                  | 21,53       |

| DESCRIÇÃO                                  | VALOR (R\$) |
|--------------------------------------------|-------------|
| VALOR CONSUMO DO MES                       | 21,53       |
| JUROS DO MES                               | 0,18        |
| ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA MES (R\$ 2,09) |             |

VENCIMENTO 05/11/2015 TOTAL A PAGAR (R\$) 21,71

## COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

|                            |       |
|----------------------------|-------|
| Energia                    | 19,90 |
| Transmissão                | 0,20  |
| Distribuição               | 0,20  |
| Encargos Setoriais         | 0,77  |
| Tributos (ICMS PIS COFINS) | 1,15  |
| TOTAL                      | 21,53 |

## HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

|    |    |    |    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 49 | 44 | 51 | 53 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
|----|----|----|----|---|---|---|---|---|---|---|---|

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO<sub>2</sub> (Kg/kWh)

Compare suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecobol.

| Emissão kg(CO <sub>2</sub> ) | Compensado kg(CO <sub>2</sub> ) | Consciência Ecológica (% CO <sub>2</sub> ) |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------|
| 19,02                        | 0,00                            | 0%                                         |

## Informações importantes e avisos de vencimento

Estamos expandindo o canal Whatsapp e por isso temos novos números  
Para contato por região. Para consultar os números acesse  
nosso site - [www.coelce.com.br](http://www.coelce.com.br)

Consta desta fatura R\$ 1,15 referente a PIS e COFINS.

Art. 9 Lei. 100-2005 e Lei. 10.000-1999 e Lei. 10.000-1999

Nº do Cliente: 6957276-3 Referência: Out/2015  
Data de Emissão: 17/10/2015 Total a Pagar (R\$): 21,71  
Nº da Nota Fiscal: 405384903 Nº de Controle: 0006957276 00003 39032 28

83870000000-1 21710031000-9 00069572760-5 00033903231-6





| VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL                     |                    |
|----------------------------------------------------------|--------------------|
| REGISTRO GERAL                                           | 94008015749        |
| DATA DE EXPEDIÇÃO                                        | 08/01/2015         |
| NOME                                                     |                    |
| FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO                        |                    |
| FILIAÇÃO                                                 |                    |
| FRANCISCO DE ASSIS PINHEIRO                              |                    |
| MARGARIDA MARIA DE LIMA PINHEIRO                         |                    |
| NATURALIDADE                                             | DATA DE NASCIMENTO |
| FORTALEZA - CE                                           | 21/01/1971         |
| DOC. ORIGEM                                              |                    |
| CERT. CASAM. C/ AVERB. DIV - CARTÓRIO:1 ZONA TERMO:42257 |                    |
| FOLHA:297 LIVRO:B-071 FORTALEZA - CE                     |                    |
| CPF 524.941.953-49                                       |                    |
| ASSINATURA DO DIRETOR                                    |                    |
| P.: 8                                                    |                    |
| LEI Nº 7.116 DE 29/08/83                                 |                    |





**GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ**  
**SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 105 - 8337 / 2014**

**Dados da Ocorrência**

Natureza do Fato: **ACIDENTES - OUTROS**  
 Data / Hora da Comunicação: **12/11/2014 12:17:58**  
 Data / Hora da Ocorrência : **18/10/2014 14:30:58**  
 Endereço da Ocorrência: **R NEREU RAMOS**  
**NI FORTALEZA /CE**  
 Ponto de Referência:

**Dados do(s) Vítima(s)**

Nome: **FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO**  
 Nascimento : **21/01/1971**  
 RG: **94008015749** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF:  
 Filiação: **FRANCISCO DE ASSIS PINHEIRO**  
**MARGARIDA MARIA DE LIMA PINHEIRO**  
 Endereço: **R JOSE PEDRA 1130**  
**PARQUE DOIS IRMÃOS**  
**FORTALEZA CE BRASIL** Telefone:

**Histórico**

**INFORMA O DECLARANTE QUE VINHA CONDUZIDO A MOTOCICLETA DE RENAVAM: 938276719**  
 Número Chassi: **94J2XCCI67M012576**  
 Placa: **NHE4620**  
 Marca/Modelo: **SUNDOWN/MAX 125 SED**  
 Ano de Fabricação: **2006**  
 Ano do Modelo: **2007**  
 Cor: **PRETA**  
**QUANDO COLIDIU NA TRASEIRA DO VEICULO FORD RANGER , PLACAS NAO ANOTADAS; QUE O DECLARANTE CAIU AO SOLO DESMAIADO, TENDO SIDO SOCORRIDO AO PROTINHA DA PARANGABA E EM SEGUIDA LIF CENTRO; QUE TEVE CONTUSOES NA CABECA E VARIOS ARRANHOS NO CORPO E NADA MAIS DISSE ///**

**DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 5. DISTRITO POLICIAL**

**RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :**

**FRANCISCO JOSE RAELINO NOGUEIRA VIANA - MAT.: 198220-1-x**

**RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:**

**VISTO DO DELEGADO(A) :**

**RAIMUNDO ROCHA DE ANDRADE JUNIOR - MAT.: 13385610**

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FÁBIO MONTEIRO DE ARAÚJO MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/02/2016 às 11:12, sob o número 01160821620168060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/ e informe o processo 0116082-16.2016.8.06.0001 e código 1F8E2B.

[Ir para conteúdo principal](#) [Ir para menu principal](#)



## **Seguro DPVAT, administrado pela Seguradora Líder-DPVAT – Site Oficial –**

[Assista ao vídeo da Líder](#)

- [Home](#)
- [Seguradora  
Líder-DPVAT](#)
- [Pontos de  
Atendimento](#)
- [Fraude é crime  
Denuncie aqui](#)
- [SAC  
0800 0221204](#)
- [Auto  
Atendimento](#)
- [Ouvidoria](#)
- [Email](#)
- [Chat](#)
- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [YouTube](#)

Início do conteúdo

## **Acompanhe o processo de indenização**

[voltar](#)

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 até 30 dias a contar da data da entrega da documentação completa.

[nova consulta](#)

**SINISTRO 3140069922 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA** FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO  
**COBERTURA** Invalidez  
**SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO** GENTE SEGURADORA S/A  
**BENEFICIÁRIO** FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO  
**CPF/CNPJ:** 52494195349

**Posição em 29-02-2016 10:08:47**  
Pagamento creditado conforme dados bancários informados na autorização de pagamento assinada pelo beneficiário.

| Data do Pagamento | Valor da Indenizacao | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 26/03/2015        | R\$ 1.350,00         | R\$ 0,00         | R\$ 1.350,00 |

Acessibilidade



[Tradução em Libras](#)

[Leitura de Páginas](#)

[Atalhos de teclado](#)

[Acessibilidade](#)

Como dar entrada

- [Como dar entrada - Dicas importantes](#)
- [Documentos despesas médicas](#)
- [Documentos invalidez permanente](#)
- [Documentos morte](#)
- [Onde dar entrada](#)
- [Dicas indispensáveis](#)

Pague seguro

- [Como pagar](#)
- [Consulta a pagamentos efetuados](#)
- [Informações gerais](#)

Acompanhe o Processo

- [Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Dicionário do DPVAT](#)
- [Imprensa](#)
- [Outros serviços](#)
- [Blog Viver Seguro no Trânsito](#)

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO ARRAIS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/02/2016 às 11:12, sob o número 01160821620168060001. Para conferir o original, acesse o site <https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0116082-16.2016.8.06.0001 e código 1F8E62B.

**FRANCISCO MARDÔNIO SALMITO DE ALMEIDA**

**ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA**

**CREMEC - 4411 - CPF: 122.369.423-20**

**RELATÓRIO MÉDICO**

Relato, para os devidos fins, junto ao DPVAT, que o Sr.(a):

*Francisco Sédor de Lima Pinheiro*

vítima de acidente de trânsito, em 18/10/2014, sofreu:

*fractura na face  
nauxis no nariz. RINORRAGIA  
C10 - S02.2*

e submeteu-se a tratamento(s):

*Cirurgia da maxila fratura  
medica.*

encontra-se de alta clínica, e apresenta invalidez permanente,  
com grau de incapacidade funcional irreversível de:

*Defeito da pavilha do nariz  
e prolapso frequente da aria  
proptetia no plano fori de ar  
conexão nasal crônica  
Dor na região periorbitária  
e prolapso de epistaxe.  
Prolapso do sudente*

13,01,15

*Francisco Sédor de Lima Pinheiro*  
Traumatologia-Ortopedia  
CRM 4411

**Dr. Francisco Mardônio Salmito de Almeida**

**CREMEC 4411 /**

Receituário de Medicamentos

Prontuário

Nome: FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO (5347202) - Masculino - 21/01/1971 (44 anos)

Cartão Nacional:

Nome da Mãe: MARGARIDA MARIA DE LIMA PINHEIRO

Endereço: ATUALIZE SEU ENDEREÇO NO NAC DO POSTO DE SAÚDE 0 - CENTRO - FORTALEZA-CE

Endereço Emitente: RUA BETEL, 0 DENE - FORTALEZA-CE Telefone: (85)3131104

Uso: VIA ORAL

PARACETAMOL 600MG

Tomar 1cp de ate 6/6 horas se dor.

20 unidade(s)

31/03/15 20

Uso: VIA ORAL (Não padronizado pelo Município)

ATENOLOL 25MG

Tomar 1cp de 12/12 horas.

180 unidade(s)

Serão entregues somente os itens desta receita que pertencem ao elenco de medicamentos padronizados pelo município.

FORTALEZA, 20 de Fevereiro de 2016

  
FABIO HENRIQUE QUEIROZ PEREIRA  
CRM - 15145 / CNS: 703405012573000  
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA

**REGISTRO DE ATENDIMENTO EMERGENCIAL**

DATA/HORA: 18/10/2014 17:22:14

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

|                                               |                                          |                      |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------|
| CNS: 705001037874558                          | NOME: FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO  | Registro: 5328504    |
| CPF:                                          | RG:                                      | D. NASC: 21/01/1971  |
|                                               | ESTADO CIVIL:                            | SEXO: M              |
|                                               |                                          | RAÇA/COR:            |
| NOME DA MÃE: MARGARIDA MARIA DE LIMA PINHEIRO | NOME DO PAI: FRANCISCO DE ASSIS PINHEIRO |                      |
| TIPO DE LOGRADOURO: Rua                       | ENDEREÇO DO PACIENTE: AGUAPE             | Nº: 1130             |
|                                               |                                          | BAIRRO: PEDRAS       |
| COMPLEMENTO:                                  | TELEFONE CONTATO:                        | MUNICÍPIO: FORTALEZA |
|                                               |                                          | UF: CE               |
|                                               |                                          | CEP: 60874570        |

**IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL**

|                                         |             |           |
|-----------------------------------------|-------------|-----------|
| NOME: FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO | PARENTESCO: | TELEFONE: |
|-----------------------------------------|-------------|-----------|

**ACIDENTE DE TRABALHO**

|                  |                   |                     |                 |
|------------------|-------------------|---------------------|-----------------|
| TIPO DE VÍNCULO: | CBO DO EMPREGADO: | CNPJ DO EMPREGADOR: | COSIDO DO CNAE: |
|------------------|-------------------|---------------------|-----------------|

**ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO**

|                        |                                                                                 |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| MOTIVO DE ATENDIMENTO: | Acidente com motociclista. Colisão com um veículo a motor de duas ou três rodas |
|------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|

|          |                                                                                    |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------|
| QUEIXAS: | colisão moto x moto, há 04 horas, apress. cerebral, sang. oral, rinorréia, desmaio |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------|

|              |                                                         |
|--------------|---------------------------------------------------------|
| OBSERVAÇÕES: | trauma crânioencefálico - hist. de perda de consciência |
|--------------|---------------------------------------------------------|

**SINAIS VITAIS**

|                         |       |       |
|-------------------------|-------|-------|
| PRESSÃO ARTERIAL        | 00    | MMHG  |
| FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA | 13    | MRM   |
| FREQUÊNCIA CARDÍACA     | 00    | BCM   |
| TEMPERATURA             | 36,00 | °C    |
| GLUCEMIA                | 100   | MG/DL |
| SATURACÃO DE O2         | 00    | O2    |

|                                   |                         |                                    |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| LOCAL DA OCORRÊNCIA: Área Pública | Escala de Dor: Moderado | PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: AMARELO |
|-----------------------------------|-------------------------|------------------------------------|

|                               |
|-------------------------------|
| ESPECIALIDADE DO ATENDIMENTO: |
|-------------------------------|

**PROTOCOLO DO UF  
RAE RETIRADA  
PELO SISTEMA**

DATA 03/02/2015

*[Assinatura]*  
SERVIDOR

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAUDE  
HOSP.DIST. MARIA JOSE BARROSO DE OLIVEIRA  
FROTINHA DE PARANGABA



Prefeitura de  
**Fortaleza**

|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------|
| 1400263953                                                                                                                                                                                                                  | 18/10/2014 15:49:56                                                                                                                    | FICHA DE ATENDIMENTO   |                 | URGENCIA TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                     | DIURNO       | 93         |
| Paciente                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        | Data Nascimento        | Idade           | CNS                                                                                                                                                        | CPF          | Prontuário |
| FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                        | 21/01/1971             | 43 A 8 M 28 D   |                                                                                                                                                            | 52494195349  | 00138928   |
| Tipo Doc                                                                                                                                                                                                                    | Documento                                                                                                                              | Orgão Emissor          | Data Emissão    | Sexo                                                                                                                                                       | Estado Civil | Raça/Cor   |
| CPF                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                        |                        |                 | M                                                                                                                                                          |              | PARDA      |
| Mãe                                                                                                                                                                                                                         | MARGARIDA MARIA DE LIMA PINHEIRO                                                                                                       |                        | Pai             | FRANCISCO DE ASSIS PINHEIRO                                                                                                                                |              |            |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                    | RUA - FREI MARCELINO - 1818 - RODOLFO TEOFILO - FORTALEZA - CE                                                                         |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Class. de Risco                                                                                                                                                                                                             | Plano Convênio                                                                                                                         | Nº da Carteira         | Validade        | Autorização                                                                                                                                                | Sis Prenatal |            |
|                                                                                                                                                                                                                             | SUS - SISTEMA UNICO DE SAUDE                                                                                                           |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Motivo do Atendimento                                                                                                                                                                                                       | Caráter do Atendimento                                                                                                                 | Profissional do Atend. | Procedência     | Temp.                                                                                                                                                      | Peso         | Pressão    |
|                                                                                                                                                                                                                             | URGÊNCIA                                                                                                                               |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Setor                                                                                                                                                                                                                       | Tipo de Chegada                                                                                                                        | Procedimento Sol.      | Registrado por: |                                                                                                                                                            |              |            |
|                                                                                                                                                                                                                             | DEMANDA ESPONTANEA                                                                                                                     |                        | EDLENE          |                                                                                                                                                            |              |            |
| Queixa Principal                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Anamnese de Enfermagem                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                        |                        |                 | GSC                                                                                                                                                        | TOTAL        |            |
|                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                        |                        |                 | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456                                                                                                                             |              |            |
| Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| <p><i>doma febre e sangramento</i></p> <p><i>18/10</i></p>                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Exame Físico                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| <p><i>Endo magro</i></p>                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Hipótese Diagnóstica                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| <p><i>RE? Endo magro</i></p>                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| SADT - Exames Complementares                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| <input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS: |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                        |                        |                 | APRAZAMENTO                                                                                                                                                | OBSERVAÇÃO   |            |
| <p><i>Constituição</i></p> <p><i>Pl 15/15</i></p> <p><i>18/10</i></p>                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Condição                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                        |                        |                 | <input type="checkbox"/> Ambulatório<br><input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)<br><input type="checkbox"/> Internação<br>Data e Hora da Saída/Alta: |              |            |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica<br><input type="checkbox"/> Alta a Pedido<br><input type="checkbox"/> Alta a Revelia<br><input type="checkbox"/> Transferência para:                                       |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Óbito                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica                                               |                                                                                                                                        |                        |                 |                                                                                                                                                            |              |            |
| Assinatura do Paciente ou Responsável                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                        |                        |                 | Carimbo e Assinatura do Médico                                                                                                                             |              |            |
| Impresso por: edlene<br>Data Hora: 18/10/2014 15:50:52                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                        |                        |                 | <p>1400263953</p>                                                                                                                                          |              |            |

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO ARAUJO MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 29/02/2016 às 11:12, sob o número 01160821620169060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0116082-16.2016.8.06.0001 e código 1F8E62B.



## LAUDO ABDOMINAL

NOME: Francisco George de Lima PinheiroSEXO: MASCULINO ☒FEMININO ☐

MÉDICO SOLICITANTE: \_\_\_\_\_

DATA: 18/10/14

## - FÍGADO

TEXTURA: HOMOGÊNEA ☐HETEROGÊNEA ☐VOLUME: NORMAL ☐AUMENTADO ☐DIMINUIDO ☐CONTORNOS: REGULARES ☐IRREGULARES ☐VV BILIARES INTRA HEPÁTICAS: NORMAIS ☐DILATADAS ☐

OUTROS: \_\_\_\_\_

## - RINS

## TÓPICOS

MÓVEIS AOS MOVOS RESPIRATÓRIOS: SIM ☐ NÃO ☐

VOLUME: NORMAL AUMENTADO DIMINUIDO

MEDIDAS RD \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ CORTEX \_\_\_\_\_

RE \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ CORTEX \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

## - VESÍCULA BILIAR

CHEIA ☐ VAZIA ☐ PAREDE: NORMAL ☐ ESPESSA ☐CÁLCULOS: AUSENTES ☐ PRESENTES ☐

COLÉDOCO: \_\_\_\_\_

OUTRO: \_\_\_\_\_

CÍSTICO: \_\_\_\_\_

- PÂNCREAS: HOMOGÊNEA ☐HETEROGÊNEA ☐TEXTURA: NORMAL ☐AUMENTADO ☐DIMINUIDO ☐

VOLUME: \_\_\_\_\_

OUTROS: \_\_\_\_\_

## - VASOS

NORMAIS: ☐

OUTROS: \_\_\_\_\_

CONCLUSÃO:

NÃO HÁ EVIDÊNCIA DE  
LÍQUIDO LIVRE NA CAVIDADE

MÉDICO RESPONSÁVEL: \_\_\_\_\_

DATA: 18/10/14

Assinatura/Carimbo



**INSTITUTO Dr. JOSÉ FROTA**  
"24 hora de proteção à vida"



Prefeitura de  
**Fortaleza** fls. 20

### IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

**Paciente:** FRANCISCO GEORGE DE LIRA PINHEIRO

**ID Paciente:** 5329504

**Data de Nascimento:** 21/01/1971

**Idade:** 43 anos

**Sexo:** M

**Médico Solicitante:** (Sem nome)

**Data do Exame:** 18/10/2014

### LAUDO

### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO – URGÊNCIA

**TÉCNICA:** Exame realizado em tomógrafo multislice com aquisição volumétrica do crânio, sem administração de contraste iodado, e reprocessamento das imagens em estação de trabalho. Achados:

- Parênquima encefálico com valores de atenuação normais.
- Ausência de lesões isquêmicas ou hemorrágicas agudas.
- Sistema ventricular anatômico.
- Linha média centrada.
- Estruturas ósseas focalizadas de aspecto preservado.

JOSE OLIMAR CARNEIRO FILHO CRM: 4367

**RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL**

|                                                    |                       |                                |  |
|----------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|--|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>                   |                       | <b>1ª Via - FARMÁCIA</b>       |  |
| Instituto Dr. José Frota                           |                       | <b>2ª Via - PACIENTE</b>       |  |
| CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80             |                       | Dr. Ricardo Franklin Gondim    |  |
| Rua Senador Pompeu, 1757                           |                       | Cirurgia e Traumatologia       |  |
| Bairro: Centro                                     | Fone: 3255.5000       | BUCCO - MAXILO - FACIAL        |  |
| Fortaleza - CE                                     | CEP: 60025-001        | CRO 3660                       |  |
| Paciente: <u>Fº George Lima Pinheiro</u>           |                       |                                |  |
| Endereço: <u>Rua Aquap, Pedras, Fortaleza - CE</u> |                       |                                |  |
| Prescrição: <u>Rs</u><br><u>Uso interno</u>        |                       |                                |  |
| ① Amoxicilina (500mg) — 21 Cap.                    |                       |                                |  |
| Tomar 01 (uma) cápsula de 08/08                    |                       |                                |  |
| horas, durante 07 (sete) dias                      |                       |                                |  |
| Data: <u>19/10/14</u>                              |                       | Carimbo e Assinatura do Médico |  |
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR</b>                  |                       | <b>RECEITUÁRIO</b>             |  |
| Nome: <u>Fº GEORGE</u>                             |                       | Data: <u>21/10/14</u>          |  |
| Nº Ident.: <u>9400801549</u>                       | UF: <u>CE</u>         | Fornecedor:                    |  |
| Endereço: <u>Rua José Pedro</u>                    | Carimbo e Assinatura  |                                |  |
| Nº: <u>1130</u>                                    | Bairro: <u>Pedras</u> | Carimbo e Assinatura           |  |
| Cidade: <u>FORTALEZA</u>                           | UF: <u>CE</u>         | Carimbo e Assinatura           |  |
| CEP:                                               | Tel: <u>8669-1678</u> | Carimbo e Assinatura           |  |

M/53 anos.

AS 080207 Versão 1 - 01/02/10 - Via Única - Formulário AS (140210)

**RECEITUÁRIO**

Nome: Francisco George de Lima BE/Prontuário: \_\_\_\_\_

Rx

Uso interno

① Nimesulida 100mg — 06 comprimidos  
- Tomar 01 comprimido de 12 em 12h  
durante 03 dias.

Data: 19/10/14

Dr. Ricardo Franklin Gondim  
Cirurgia e Traumatologia  
BUCCO - MAXILO - FACIAL  
CRO 3660

Assinatura e Carimbo do Médico

**PROCURE O IJF SOMENTE NOS CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**  
Rua Barão do Rio Branco, 1816 - Centro. CEP 60.025-061. Fone: 255-5000

**1. IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL E DO AGENTE**

|                          |                              |        |                    |                    |               |                              |                      |
|--------------------------|------------------------------|--------|--------------------|--------------------|---------------|------------------------------|----------------------|
| CÓDIGO MUNICÍPIO<br>1389 | LOCAL<br>RUA WENEU RAMOS 488 | NÚMERO | OPORTO<br>DEFRONTA | DATA<br>18/10/2014 | HORA<br>14:30 | MATRÍCULA DO AGENTE<br>58964 | ASSINATURA DO AGENTE |
|--------------------------|------------------------------|--------|--------------------|--------------------|---------------|------------------------------|----------------------|

**2. EVENTO**

|                                                          |                       |                       |      |        |
|----------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|------|--------|
| <input type="checkbox"/> RETENÇÃO                        | Nº DO B.O.<br>9291506 | ENQUADRAMENTO<br>ART. | INC. | ALÍNEA |
| <input type="checkbox"/> REMOÇÃO POR ABANDONO            |                       | COD. DA INFRAÇÃO      |      |        |
| <input type="checkbox"/> REMOÇÃO POR ACIDENTE            |                       |                       |      |        |
| <input type="checkbox"/> REMOÇÃO (MEDIDA ADMINISTRATIVA) |                       |                       |      |        |

**3. ESTRUTURA DO VEÍCULO E ACESSÓRIOS DO VEÍCULO**

| A AMASSAMENTO SUPERFICIAL P AMASSAMENTO PROFUNDO R RISCOS / ARRANHÕES C CORTES T TRUNCAMENTO Q QUEBRADO F FUNCIONA N NÃO FUNCIONA B BOM R RUIM |                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>AUTOMÓVEL / OUTROS</b>                                                                                                                      | <b>QUANT DANO</b> |
| 01 MACACO                                                                                                                                      |                   |
| 02 CHAVE DE RODA                                                                                                                               |                   |
| 03 CHAVE DE FENDA                                                                                                                              |                   |
| 04 TRIÂNGULO                                                                                                                                   |                   |
| 05 C.J. RODA SOBRESALENTE                                                                                                                      |                   |
| 06 CAPÔ TRASEIRO                                                                                                                               |                   |
| 07 C.J. DE LANTERNAS TRASEIRAS                                                                                                                 |                   |
| 08 PARA-LAMAS TRASEIRO ESQUERDO                                                                                                                |                   |
| 09 PARA-CHOQUE TRASEIRO                                                                                                                        |                   |
| 10 PORTA-MALAS                                                                                                                                 |                   |
| 11 PISCA TRASEIRO DIREITO                                                                                                                      |                   |
| 12 PISCA TRASEIRO ESQUERDO                                                                                                                     |                   |
| 13 PARA-BRISAS TRASEIRO                                                                                                                        |                   |
| 14 PARA-LAMAS TRASEIRO ESQUERDO                                                                                                                |                   |
| 15 C.J. RODA TRASEIRA ESQUERDA                                                                                                                 |                   |
| 16 QUEBRA-VENTO ESQUERDO                                                                                                                       |                   |
| 17 VIDRO TRASEIRO ESQUERDO                                                                                                                     |                   |
| 18 PORTA TRASEIRA ESQUERDA                                                                                                                     |                   |
| 19 MAÇANETA DA PORTA TRASEIRA ESQ.                                                                                                             |                   |
| 20 PORTA DIANTEIRA ESQUERDA                                                                                                                    |                   |
| 21 VIDRO DIANTEIRO DIREITO                                                                                                                     |                   |
| 22 MAÇANETA DA PORTA DIANTEIRA ESQ.                                                                                                            |                   |
| 23 RETROVISOR EXTERNO ESQUERDO                                                                                                                 |                   |
| 24 PARA-LAMAS DIANTEIRO ESQUERDO                                                                                                               |                   |
| 25 C.J. RODA DIANTEIRA ESQUERDA                                                                                                                |                   |
| 26 C.J. DE FARÓIS DE MILHANEPLINA                                                                                                              |                   |
| 27 C.J. DE FARÓIS DIANTEIROS                                                                                                                   |                   |
| 28 PISCA DIANTEIRO ESQUERDO                                                                                                                    |                   |
| 29 PISCA DIANTEIRO DIREITO                                                                                                                     |                   |
| 30 PARA-CHOQUE DIANTEIRO                                                                                                                       |                   |
| 31 PARA-BRISAS DIANTEIRO                                                                                                                       |                   |
| 32 C.J. DE LIMPADORES DE PARA-BRISAS                                                                                                           |                   |
| <b>AUTOMÓVEL / OUTROS</b>                                                                                                                      | <b>QUANT DANO</b> |
| 33 PARA-LAMAS DIANTEIRO DIREITO                                                                                                                |                   |
| 34 C.J. RODA DIANTEIRA DIREITA                                                                                                                 |                   |
| 35 RETROVISOR EXTERNO DIREITO                                                                                                                  |                   |
| 36 VIDRO DIANTEIRO DIREITO                                                                                                                     |                   |
| 37 PORTA DIANTEIRA DIREITA                                                                                                                     |                   |
| 38 MAÇANETA DA PORTA DIANTEIRA DIREITA                                                                                                         |                   |
| 39 QUEBRA-VENTO DIREITO                                                                                                                        |                   |
| 40 PORTA TRASEIRA DIREITA                                                                                                                      |                   |
| 41 VIDRO TRASEIRO DIREITO                                                                                                                      |                   |
| 42 MAÇANETA DA PORTA TRASEIRA DIREITA                                                                                                          |                   |
| 43 PARA-LAMAS TRASEIRO DIREITO                                                                                                                 |                   |
| 44 C.J. RODA TRASEIRA DIREITA                                                                                                                  |                   |
| 45 TETO EXTERNO                                                                                                                                |                   |
| 46 EXTINTOR DE INCÊNDIO                                                                                                                        |                   |
| 47 ACENDEDOR DE CIGARROS                                                                                                                       |                   |
| 48 C.J. DE BANCOS DIANTEIROS                                                                                                                   |                   |
| 49 PAINEL                                                                                                                                      |                   |
| 50 RETROVISOR INTERNO                                                                                                                          |                   |
| 51 QUEBRA-SOL ESQUERDO                                                                                                                         |                   |
| 52 QUEBRA-SOL DIREITO                                                                                                                          |                   |
| 53 TOCA-FITAS                                                                                                                                  |                   |
| 54 TOCA-CDS                                                                                                                                    |                   |
| 55 RÁDIO                                                                                                                                       |                   |
| 56 ANTENA                                                                                                                                      |                   |
| 57 TETO INTERNO                                                                                                                                |                   |
| 58 C.J. DE BANCOS TRASEIROS                                                                                                                    |                   |
| 59 C.J. DE PEDAIS                                                                                                                              |                   |
| 60 TAMPÃO DA PORTA LUVAS                                                                                                                       |                   |
| 61 CARROCERIA (P/VEÍCULOS DE CARGA)                                                                                                            |                   |
| 62 ENGATE                                                                                                                                      |                   |
| 63                                                                                                                                             |                   |
| 64                                                                                                                                             |                   |
| <b>MOTOCICLETA / MOTONETA</b>                                                                                                                  | <b>QUANT DANO</b> |
| 65 FAROL                                                                                                                                       |                   |
| 66 PISCA DIANTEIRO ESQUERDO                                                                                                                    |                   |
| 67 PISCA DIANTEIRO DIREITO                                                                                                                     |                   |
| 68 GUIDONS                                                                                                                                     |                   |
| 69 GARFO                                                                                                                                       |                   |
| 70 PARA-LAMAS DIANTEIRO                                                                                                                        |                   |
| 71 MATA-CACHORRO                                                                                                                               |                   |
| 72 RETROVISOR ESQUERDO                                                                                                                         |                   |
| 73 RETROVISOR DIREITO                                                                                                                          |                   |
| 74 TANQUE                                                                                                                                      |                   |
| 75 BANCO                                                                                                                                       |                   |
| 76 CANO DE DESCARGA                                                                                                                            |                   |
| 77 PEDAIS                                                                                                                                      |                   |
| 78 DESCANSO                                                                                                                                    |                   |
| 79 BATERIA                                                                                                                                     |                   |
| 80 PARA-LAMAS TRASEIRO                                                                                                                         |                   |
| 81 PISCA TRASEIRO ESQUERDO                                                                                                                     |                   |
| 82 PISCA TRASEIRO DIREITO                                                                                                                      |                   |
| 83 RABETA                                                                                                                                      |                   |
| 84 LUZ DE FREIO                                                                                                                                |                   |
| 85                                                                                                                                             |                   |

ODÔMETRO

MARCADOR DE COMBUSTÍVEL

VEÍCULO REMOVIDO POR:

SERVIÇO DE GUINCHO TERCEIRIZADO DA AMC

SERVIÇO DE GUINCHO PRÓPRIO DA AMC

VEÍCULO REMOVIDO COM A CHAVE:

SIM NÃO

**4. OBSERVAÇÃO**

VEÍCULO EMPLACADO EM ACIDENTE

**5. IDENTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO E DO VEÍCULO**

|                                                           |                        |                 |                   |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|-------------------|
| NOME DO PROPRIETÁRIO<br>FRANCISCO GILSON DE LIMA PINHEIRO | Nº UNICID<br>FORTALEZA | MARCA<br>SUNDOW | MODELO<br>MAX 125 |
|-----------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|-------------------|

**6. IDENTIFICAÇÃO, CONHECIMENTO E ASSINATURA DO CONDUTOR**

|                                                  |  |
|--------------------------------------------------|--|
| NOME DO CONDUTOR<br>JOHNATANAEL DE LIMA PINHEIRO |  |
|--------------------------------------------------|--|

Estou ciente de que o veículo somente será liberado após a regularização cadastral e física do mesmo, mediante a apresentação deste documento bem como cópias e originais de RG e CPF ou CNH com foto pelo seu proprietário ou representante legal, respeitando o prazo mínimo de 48 horas e declaro que o veículo em caso de ser retirado de circulação, fora feito nas condições acima descritas (RESOLUÇÃO 53/98 CONTRAN)

|                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| RG / ÓRGÃO EMISSOR | ASSINATURA DO CONDUTOR |
|--------------------|------------------------|

**7. ENTREGA DO VEÍCULO**

|                                               |                              |
|-----------------------------------------------|------------------------------|
| ENTREGUE PARA<br>JOHNATANAEL DE LIMA PINHEIRO |                              |
| DATA<br>18/10/2014                            | RG / ÓRGÃO EMISSOR<br>DETRAN |
|                                               | ASSINATURA                   |

**8. RESPONSÁVEL PELA LIBERAÇÃO DO VEÍCULO**

|                    |                                                      |
|--------------------|------------------------------------------------------|
| MATRÍCULA<br>58964 | ASSINATURA DO AGENTE<br>JOHNATANAEL DE LIMA PINHEIRO |
|--------------------|------------------------------------------------------|

1ª VIA (BRANCA) USUÁRIO, 2ª VIA (AMARELA) AMC, 3ª VIA (ROSA) DETRAN

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTERIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

FRANCISCO CARLOS DE LIMA PIRES

100319 STN CR

04.941.553-49 21/01/1974

FRANCISCO DE ASSIS  
FARIAS  
DANIELA MARIA DE  
SANTANA

07/08/2017 19/04/2022

737433080

PROIBIDO PLASTIFICAR

737433080

03/03/2017

0313.00141  
0313.56713

DETRAN-CE (CEARA)

## Guia de Encaminhamento para Especialista - Interconsulta / Referenciamento

## Prontuário

Nome: FRANCISCO GEORGE DE LIMA PINHEIRO (5347202) - Masculino - 21/01/1971 (44 anos)  
Cartão Nacional:  
Nome da Mãe: MARGARIDA MARIA DE LIMA PINHEIRO Nome do Pai:  
Endereço: ATUALIZE SEU ENDEREÇO NO NAC DO POSTO DE SAUDE, 0 - CENTRO - FORTALEZA  
Telefones: (85)00000000  
Documentos: Prontuário: 5347202

## Serviço de Destino

Especialidade : OTORRINOLARINGOLOGIA  
0301010072 - CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Diagnóstico : Z000 EXAME GERAL INVEST PESS S/QUEIX DIAGN RELAT / EXAME MEDICO GERAL

## Motivo do Encaminhamento :

paciente com historiad de traumatismo de face há cerca de 4 meses, apresentando dor facial a direita e episódios esporádicos de epistaxe por narina direita desencadeados por esforço físico desde então.  
solicito avaliação.

FORTALEZA, 20 de Fevereiro de 2015

Fábio Henrique Queiroz Pereira  
Médico  
CREMEC 15.11.15

FABIO HENRIQUE QUEIROZ PEREIRA  
CRM - 15145 / CNS: 703405012573000  
MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA



# RECEITUÁRIO

Paciente: 12072.00 Jorge

ordem pro p. Meireles 11.33

1. Eucalyptus 25 -

1240m m. cop.

Al. T. 25 -

1 x 2 -

60 + 60 + 60

Al. populosa 2.5 -

1 em 1 com 100m de altura  
de 100m de altura.

Data: 18/02/2015

Ines Marching  
Coord. e Assessoria  
021/2205  
022.977-00

Ines Marching  
CARIMBO E ASSINATURA

Centro de Saúde Escola Meireles  
Av. Antônio Lusta, 3113 - Meireles - Fortaleza - Ce - CEP: 60.165-090

| NOTIFICAÇÃO DE RECEITA                     |             | IDENTIFICAÇÃO DO ENTENTE           |  | Medicamento ou Substância   |  |
|--------------------------------------------|-------------|------------------------------------|--|-----------------------------|--|
| UF                                         | NÚMERO      |                                    |  |                             |  |
| CE                                         | 85 458253-3 | CENTRO DE SAÚDE ESCOLA MEIRELES    |  | Olanolam 0,5                |  |
|                                            |             | CNPJ: 0795487/0017-71              |  | Quant. e Forma Farmacêutica |  |
|                                            |             | Av. Antônio Júlio, 3113 - Meireles |  | 014x0,5                     |  |
|                                            |             | Fortaleza - Ceará                  |  | Dose por Unidade Posológica |  |
|                                            |             | Paciente: <i>PLC Jorge</i>         |  | 0,5u 1                      |  |
| Data: 12/03/2016                           |             | Endereço: <i>Rua da Red 1130</i>   |  | Posologia                   |  |
| Assinatura do Emissor: <i>[Assinatura]</i> |             |                                    |  | 1u 0,5u                     |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR                 |             |                                    |  | CARIMBO DO FORNECEDOR       |  |
| Nome                                       |             |                                    |  | Nome do Vendedor            |  |
| Endereço                                   |             |                                    |  | Data                        |  |
| Identidade Nº                              |             | Orgão Emissor                      |  |                             |  |
|                                            |             | Telefone                           |  |                             |  |

GRÁFICA ENCAIXE - RUA 25 DE MARÇO, 227 - CENTRO - 85 3252-2431 - CNPJ: 35.216.408/0001-09 - Autorização VISA Nº 14.629/2013 - Receita B de nº 85.455.801-3 à 85.468.800-3