

LUCIANO DE CARVALHO E SILVA

Advocacia, Assessoria e Consultoria Jurídica

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA ET EXTRA"

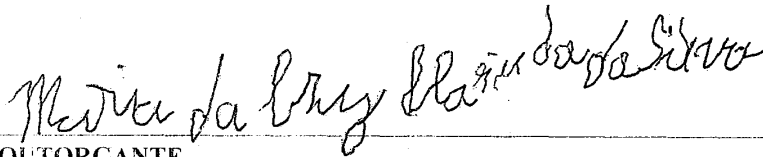
OUTORGANTE: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA, brasileira, casada, lavradora, inscrito no CPF sob n. 849.185.193-34 e RG nº 621390 SSP/PI, residente e domiciliado na Rua Pe. Leonel de Franca, s/n, Centro, Elesbão Veloso (PI) CEP 64325-000.

OUTORGADO: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PI 10.014, com escritório profissional situado à Rua Minas Gerais, 246, Acarape, Teresina/PI, CEP 64003-850.

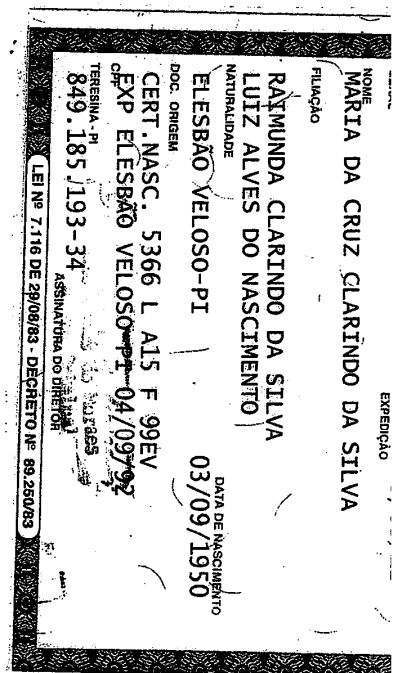
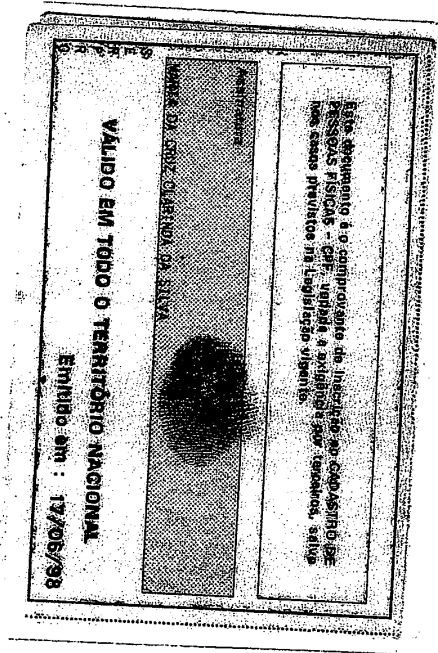
PODERES: Por este instrumento particular de mandato o outorgante nomeia e constitui como seu procurador os outorgados acima citados, para proporem perante qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, qualquer ação, defendê-lo nas contra ele propostas e promover qualquer medida preliminar, preventiva ou assecuratória dos seus direitos, para o que lhes confere os poderes da cláusula "*Ad Judicia Et Extra*" sem prejuízo do conteúdo e dos poderes contidos no contrato de honorários, e mais o de acordar, discordar, desistir, receber e dar quitação, reconvir, argüir exceções de incompetência, litispendência, coisa julgada, transigir, optar pelo rito e adjudicar, concordar com a adjudicação, prestar declarações, assinar declarações de isento de Imposto de Renda para fins de pagamento judicial, renunciar a excedentes do juizado especial federal, conceder poderes especiais para requerer e acompanhar até o final da sentença e os respectivos termos e a praticar todos os demais atos que se fizerem necessários ao bom e fiel desempenho do presente mandato, como se o declarado fosse, inclusive substabelecer, com ou sem reservas de poderes.

DECLARAÇÃO PARA ASSISTENCIA - Declaro ainda que por este instrumento, e sob minha responsabilidade, e para todos os fins de direito e a quem possa interessar, atendendo ao disposto na Lei n.º 7.115, de 29/08/1983 e art. 32, §1º do Código de Processo Penal, e ainda Lei Complementar n.155, de abril de 1997, art. 8º, que não tenho condições financeiras de arcar com honorários advocatícios e custas legais, sem prejuízo dos recursos indispensáveis ao próprio sustento e/ou de minha família, sendo considerada pessoa pobre na acepção jurídica do termo, declaro ainda ser isento de pagamento do imposto de renda.

Elesbão Veloso, (PI), 07 de agosto de 2017.


OUTORGANTE





SINISTRO 3150359222 - Resultado de consulta por beneficiário

VITIMA MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO ARUANA SEGUROS S/A #211
BENEFICIÁRIO MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA
CPF/CNPJ: 84918519334

Posição em 30-08-2017 14:11:59

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

| Data | Valor | Valor | Valor |
|------------|--------------|----------|--------------|
| 21/07/2015 | R\$ 2.531,25 | R\$ 0,00 | R\$ 2.531,25 |





BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 136588.000036/2015-16

Unidade Policial: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ELESBÃO VELOSO Resp. pelo Registro: Paulo Roberto Moura Satiro

Delegado: ANDREI DA COSTA ALVARENGA Data/Hora: 13/01/2015 - 14:49

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável: DELEGACIA DE POLÍCIA DE ELESBÃO VELOSO Data/Hora: 30/06/2014 - 09:00
 Tipo Local: VIA PÚBLICA
 Município: ELESBÃO VELOSO Bairro: FÁTIMA
 Endereço: RUA PIAUI, Nº:
 Complemento: PROXIMO À FARMACIA NOVA SAUDE Ponto de Referência:

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante
 RG: 621390 PI
 Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA
 Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO
 Endereço: RUA PADRE LEONEL FRANÇA, Nº S/N
 Bairro: SANTA CLARA
 Cidade: ELESBÃO VELOSO - CEP: 64325-000
 Telefone(s): 86-9408-8518 86-9964-8527

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência:
 1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S)

Marca: Modelo: Ano: Placa: Chassi: Renavam: Cor:
 1 - HONDA. Outros Não Informada
 Condutor: NÃO IDENTIFICADO
 End: NÃO IDENTIFICADO Número: Complemento:
 Cidade: ELESBÃO VELOSO UF: PI Bairro:

RELATO DA OCORRÊNCIA

A informante compareceu nesta delegacia de policia para informar que: no dia 30/ 06/2014 por volta das 09h00min dirigia-se a pé a farmácia nova saúde localizada na Rua Piauí quando duas motocicletas não identificadas conduzidas por pessoas desconhecidas vinham na mesma direção em alta velocidade sendo que uma das motocicletas atropelou a mesma vindo a cair, sendo que o motociclista não parou para socorrer a vítima, que logo em seguida foi socorrida por uma patrulha da policia militar, SGT Soares e SD Elias Neto e trouxeram a mesma para o hospital local, sendo que com consequência obteve fratura do úmero proximal direito, foi submetido a tratamento cirúrgico no H.U.t em 10/07/2014, (redução aberta e fixação com placa e parafusos). Evolui com consolidação da fratura e rigidez articular, com perda da função do membro superior direito de 50 de caráter definitivo. De acordo com laudo medico apresentado desta DEPOL. Era o que tinha a certificar

Paulo Roberto Moura Satiro
 Paulo Roberto Moura Satiro - Mat. 270148X
 USUÁRIO ADMINISTRATIVO

Maria da Cruz Clarinda da Silva
 MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA - Noticiante
 Responsável pela Informação

ANDREI DA COSTA ALVARENGA





Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

759203-5

COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizado pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 000162528
A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

| CONTA MÊS | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|------------|------------|---------------|---------------------|
| JULHO/2015 | 17/07/2015 | 100 | 70,61 |

MARIA DA CRUZ CLARINDA DA SILVA
R. PE LEONEL DE FRANCA S/N B-URBANO
CPF: 00084918519334

| DADOS DA LEITURA | | kWh | DATAS DA LEITURA | |
|-----------------------------|--|---------------------------|------------------|------------|
| Atual: | | 4992 | Atual: | 10/07/2015 |
| Anterior: | | 4892 | Anterior: | 09/06/2015 |
| Constante de Multiplicação: | | 1,000 | Próxima Leitura: | 10/08/2015 |
| Consumo Medido: | | 100 | Emissão: | 10/07/2015 |
| Consumo Faturado: | | 100 | Apresentação: | 10/07/2015 |
| Forma de Faturamento: | | 100 | Dias de Consumo: | 10/07/2015 |
| | | Código de Irregularidade: | | |

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
|------------------|---------|----------------|-------|-------------|----------------|
| RESIDENCIAL | MONO | A331416 | | | 99 |

| HISTÓRICO kWh | DESCRIÇÃO DA CONTA | |
|--|--------------------------------|-------|
| Mês/ano consumo | | |
| JUN/15 | CONSUMO 100 A R\$ 0,634 | 63,69 |
| MAI/15 | CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) | 5,67 |
| ABR/15 | CORRECAO MONETARIA IG 06/15-06 | 0,21 |
| MAR/15 | MULTA POR ATRASO 06/15-00 | 0,86 |
| FEV/15 | JUROS DE MORA DE IMPO 06/15-00 | 0,18 |
| JAN/15 | ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA | 19 |
| DEZ/14 | | |
| NOV/14 | | |
| OUT/14 | | |
| SET/14 | | |
| TARIFA SEM TRIBUTOS: 0 A 100 - 0,473030 | | |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

LIGUE 0800 086 0300 PARA OPÇÃO VENCIMENTO
Parabéns! Até o dia 30/06/2015, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|-------|-------------------------|--------|
| Distribuição: | 16,29 | Base de Cálculo: | 63,69 |
| Energia: | 24,25 | Alíquota ICMS: | 20,00% |
| Transmissão: | 1,89 | Valor do ICMS: | 12,73 |
| Encargos: | 1,90 | Valor do PIS: | 0,64 |
| Outros: | 16,36 | Valor do COFINS: | 2,00 |

INDICADORES DE CONTINUIDADE

| DIC | | | FIC | | | DMIC | | | DICRI | | |
|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual | Mensal | Trimestral | Anual |
| 7 | 14,53 | 29,06 | 4,12 | 8,24 | 16,47 | 4,14 | | | | | |
| 0,00 | | | 0,00 | | | 0,00 | | | | | |

Período de apuração: 05/2015 EUSD: 11,04

0-ORIENTE



**HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT**

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

LAUDO MÉDICO

Paciente: **MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA (Prontuário: 317338)**
 Endereço: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000
 Nascimento: 03/09/1950 Idade: 64a:0m:17d Sexo: Masculino Origem: INTERNAÇÃO Atendimento: 110571
 Requisição: 440169 Solicitação: 10/07/2014 Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL
 Controle: 559500 Convênio: SUS CLÍNICA ORTOPÉDICA - P11 ENFERMARIA 237 LEITO 252

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040035

Data Exame: 10/07/2014

OMOPLATA OU OMBRO

O estudo radiológico do ombro direito foi realizado nas incidências em pa/perfil.
 Os seguintes aspectos observados:

- FRATURA NO COLO UMERAL ALINHADA FIXADA POR PLACA E PARAFUSOS METÁLICOS.
- AUMENTO DE VOLUME DE PARTES MOLES.

(ANTONIO

TERESINA - PI 20/09/2014

CARLOS AUGUSTO MOURA FE

CPF: 133.903.173-68 CRM PI 1341

Profissional Responsável

HUT - SAME
 CONFERE ORIGINAL
 04/11/14
 [Assinatura]





Hospital São Marcos

Associação Piauiense de Combate ao Câncer

Rua Olavo Bilac, 2300 * Fone 086 2106-8000 * 64001-280 Teresina - Piauí

C.N.P.J. 06.870.026/0001-77 * I. E. Isento

www.saomarcos.org.br

Para a Sra.

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

RUA PADRE MANOEL FRANCI S/N - SANTA CLARA * ELESBAO VELOSO - PI * 64.325-000


R_x

ATESTADO MÉDICO / DPVAT

Paciente com quadro de fratura do úmero proximal direito em 30/06/2014, foi submetida à tratamento cirúrgico em 10/07/2014 (redução aberta e fixação com placa e parafusos). Evolui com consolidação da fratura e rigidez articular, com perda da função do membro superior direito de 50% de caráter definitivo.

CID: S 42-2 / T 92-1 / M 25-6

Teresina (Pi), 16/12/2014 08:51:41


Leandro Ponce Leal
CRM - PI 2608

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PI 2608

CLÍNICA DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

HORÁRIO(S) DE ATENDIMENTO: TER: 07:30 - 10:29 * QUA: 07:30 - 10:29 * SEX: 07:30 - 10:30

TELEFONE(S): 8832-1175

Hospital São Marcos - Impresso por herbert em 16/12/2014 08:51:41. E-mail: lealp@uol.com.br



Assinado eletronicamente por: LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - 10/05/2018 09:37:25
<https://tjpi.pje.jus.br:443/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=18051009372499500000001852181>
Número do documento: 18051009372499500000001852181

FICHA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

PRONTO SOCORRO

| | | |
|---|--|----------------------|
| NOME DO PACIENTE: <i>Maria da Cruz Henriques da Silva</i> | | IDADE: <i>03a</i> |
| ENDEREÇO: <i>Rua PACHECO FREITAS</i> | CIDADE: <i>Elesbão Veloso</i> | UF: <i>PI.</i> |
| CPF: | RG: | |
| NOME DO PAI: | | |
| NOME DA MÃE: | | |
| DADOS CLÍNICOS <i>lesões superficiais, vítima de acidente de trânsito com o carro e do um beco</i> | | |
| DIAGNÓSTICO | | |
| DATA <i>30/06/14</i> | <p><i>Fca. Luzia L. Nascimento</i> Médica CRM 3047</p> <p>ASS. CARIMBO DO MÉDICO</p> | |

CONFERE COM ATENDIMENTO

EM, *07/07/2015*

DEPTº. Pessoal - H. E. N. M.

CNPJ - 06.553.564/0012-90

Av. Benício Alves da Silva, 577 - Centro • Fone: (86) 3285-1133 • Elesbão Veloso - PI





NOME DO PACIENTE: Maria da Cruz Clarinda da Silva

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 317.338

HUT - SAME
CONFERE CÓPIAS ORIGINAL
TERESINA - 04/11/14
SERVIDOR: *[Handwritten Signature]*

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS"



FICHA DE PARECER PROFISSIONAL

DADOS DO PACIENTE:

| | | | |
|---|--------------------------------|-------------------------------|--------------------|
| Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA | | Frontuário: 317338 | |
| Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA | | Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMNETO | |
| End.Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - ELESBAO VELOSO - PI - CEP: 64325-000 | | | |
| Nascimento: 03/09/1950 | Idade: 63a:10m:1d | Sexo: Masculino | Fone: 86-9408-8518 |
| Responsável: EDIMAR LAURINDO DA SILVA | CNS: 898002936631124 | | |
| Profissão: APOSENTADA | Documento: RG: 621390 - SSP PI | | |
| G. Instrução: Não alfabetizado | E.Civil: Solteiro(a) | | |
| End.Local.: - - - | | | |

DADOS DO ATENDIMENTO:

| | | | |
|--|---------------------------|---|-----------------|
| Código: 400958 | Data: 04/07/2014 07:09:13 | Condução: VEICULO PROPRIO OU DE TERCEIROS | |
| Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO | | | Convênio: S U S |
| d.Trab.: Não | Caso Policial: Não | Pl.Saúde: Não | Trauma: Não |
| Maus Tratos: Não | | | |

DADOS DA SOLICITAÇÃO (1):

ESPECIALISTA:

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: *laureta vítima de acidente operatório de punho D. ombro D.*

Reduções lomb

Carimbo/Assinatura Solicitante: HUT - CONFÉRENCIA - TERESINA - SERVIDOR: DR. LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - CRM/PI 3140

DADOS DO PARECER:

Fratura de ombro D.

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer: HUT - CONFÉRENCIA - TERESINA - SERVIDOR: DR. LUCIANO DE CARVALHO E SILVA - CRM/PI 3140

DADOS DA SOLICITAÇÃO (2):

ESPECIALISTA: *ORTOPEDIA*

MOTIVO DA SOLCITAÇÃO: *Expre trauma no ombro D com dor e limitação funcional. Ex com punho dividido com indicação cirúrgica.*

cd: Indico para cirurgia

Carimbo/Assinatura Solicitante

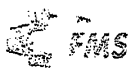
DADOS DO PARECER:

Dr. Ferdinand Freitas
 Ortopedia - Traumatologia
 CRM-3095-PE

542.2
0408060/90

Carimbo/Assinatura Prof. Parecer





No. da Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Orgão Emissor: RZ21100001

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

AIH : 221410156666-6
UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA

NASCIMENTO 03/09/1950

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1- Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA
3- Nome do estabelecimento executor: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

D. LIBERA: 14/07/2014 DT. LAUDO: 10/07/2014
PROCED.: 0408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE
OP. SIST: CLIDENOR CID: 8422

PII: Prof. Zenon Rocha
CNS 1704185190500

ia

030

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA 6 - Prontuário: 317338
7-CNS: 898002936631124 8-Nascimento: 03/09/1950 9-Sexo: Masculino RG: 621390 - SSP PI
11-Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA 12-Pone: 86-9408-8518
13-Resp: EDIMAR LAURENDO DA SILVA 14-Cor: Parda
15-End: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - CEP: 64325-000
16-Munic: ELESEAO VELOS 17-Cod. IBGE: 220350 18-UF: PI 19-CEP: 64325-000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Principais sinais e sintomas clínicos:

Transtorno no membro superior direito e incapacidade funcional

21 - Condições que justificam a internação:

em unio

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

Braço direito radiografado

23-Diagnóstico inicial:

Fratura da extremidade superior do úmero

HUT - SAME
CONFERE COM ORIGINAL
TERESINA, PI 04/11/14
LEANDRO PONCE LEAL

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24-Proc. Solic.: 27-Proc. Solicitado: 2408060190 OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PE
29-Clinica: 30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:
33-Nome Profissional Solicitante/Assistente: LEANDRO PONCE LEAL 34-Data Solicitação: 10/07/2014

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito
37- () Acidente Trabalho Típico
38- () Acidente Trabalho Atípico
39- () Violência com a Previdência:
() Empregado () Empregador () Aposentado () Desempregado () Não-Segurado

AUTORIZAÇÃO

45 - Nome do Profissional Autorizador: 46-Data Autorização:
48-Docum.: 49-Nom. Documento:
50-Ass. Carimbo (Rg. Carimbo)
Regênio Costa Marques
Médico Autor DRCA/SMS
CRM-PI 2256 - CPF: 483.297.853-91
CNS 124234913570006

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Luciano de Carvalho e Silva

10/07/2014 08:50:34



ORTO-237/252

| | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------|--|-----|---------|-------|----|-------|----|----------|
| | ORIGEM: () HALL | DATA DE NASCIMENTO | | | SEXO | | | | | |
| | POSTO: _____ | DIA | MÊS | ANO | 1-M/2-F | | | | | |
| | CLÍNICA: _____ | | | | | | | | | |
| | EMERGÊNCIA: _____ | | | | | | | | | |
| NOME: <u>Maria da Cruz</u> | | | | | | | | | | |
| PÓS OPERATÓRIO | | | | | | | | | | |
| CIRURGIA REALIZADA: <u>fratura de omoplata (D)</u> | | | | | | | | | | |
| DATA: <u>10/07/14</u> | | | HORÁRIO DE ADMISSÃO NA S.R.P.A: <u>09:00</u> | | | | | | | |
| TIPO ANESTESIA: <u>D&B</u> | | | | | | | | | | |
| S.V.R | HORÁRIO | | | | | | | | | |
| | ADMISSÃO | 15' | 30' | 45' | 60' | 1:30h | 2h | 2:30h | 3h | SAÍDA |
| P. ARTERIAL | <u>123/60</u> | | | | | | | | | |
| F. CARDÍACA | <u>90</u> | | | | | | | | | |
| F. RESPIRATÓRIA | | | | | | | | | | |
| TEMPERATURA | | | | | | | | | | |
| OXÍMETRIA | <u>100%</u> | | | | | | | | | |
| NOME/ MATRÍCULA | <u>Regina</u> | | | | | | | | | |
| 2- EXAME FÍSICO | | | | | | | | | | |
| ÍNDICE DE AVALIAÇÃO BOM - REGULAR - RUIM | ADMISSÃO | 30' | 60' | 2h | 3h | 3h | 3h | 3h | 3h | SAÍDA |
| CONSCIÊNCIA | | | | | | | | | | |
| BOM: ORIENTADO TEMPO/ ESPAÇO/ DORME A INTERVALOS | <input checked="" type="checkbox"/> BOM | | | | | | | | | |
| REGULAR: OBEDECE A COMANDOS | <input type="checkbox"/> REGULAR | | | | | | | | | |
| RUIM: NÃO OBEDECE AOS ESTÍMULOS (INSCONSCIENTE) | <input type="checkbox"/> RUIM | | | | | | | | | <u>B</u> |
| ATIVIDADE MOTORA | | | | | | | | | | |
| BOM: MOVIMENTA AS EXTREMIDADES VOLUNTARIAMENTE OU SOB COMANDOS | <input checked="" type="checkbox"/> BOM | | | | | | | | | |
| REGULAR: FLEXIONA APENAS PÉS/ MÃOS, NÃO DOBRA JOELHO | <input checked="" type="checkbox"/> REGULAR | | | | | | | | | |
| RUIM: PARALISIA TOTAL | <input type="checkbox"/> RUIM | | | | | | | | | <u>B</u> |
| RESPIRAÇÃO | | | | | | | | | | |
| BOM: RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA/ REFLEXO DA TOSSE | <input checked="" type="checkbox"/> BOM | | | | | | | | | |
| REGULAR: RESPIRAÇÃO ARRITMICA | <input type="checkbox"/> REGULAR | | | | | | | | | |
| RUIM: VENTILAÇÃO MECÂNICA | <input type="checkbox"/> RUIM | | | | | | | | | <u>B</u> |
| PELE | | | | | | | | | | |
| BOM: ROSADA/ AQUECIDA | <input checked="" type="checkbox"/> BOM | | | | | | | | | |
| REGULAR: PÁLIDO/ ICTÉRICO/ FRIA AO TOQUE | <input type="checkbox"/> REGULAR | | | | | | | | | |
| RUIM: CIANÓTICO/ PEGAJOSA AO TOQUE | <input type="checkbox"/> RUIM | | | | | | | | | <u>B</u> |
| PERFUSÃO | | | | | | | | | | |
| BOM: RETORNO SATISFATÓRIO | <input checked="" type="checkbox"/> BOM | | | | | | | | | |
| REGULAR: RETORNO DIFICULTADO | <input type="checkbox"/> REGULAR | | | | | | | | | |
| RUIM: AUSÊNCIA DE RETORNO | <input type="checkbox"/> RUIM | | | | | | | | | <u>B</u> |
| ASPECTO CURATIVO | | | | | | | | | | |
| BOM: LIMPO/ SECO | <input checked="" type="checkbox"/> BOM | | | | | | | | | |
| REGULAR: PEQUENA QUANTIDADE DE SANGUE | <input type="checkbox"/> REGULAR | | | | | | | | | |
| RUIM: GRANDE QUANTIDADE DE SANGUE | <input type="checkbox"/> RUIM | | | | | | | | | <u>B</u> |
| NOME/ MATRÍCULA: | | | | | | | | | | |

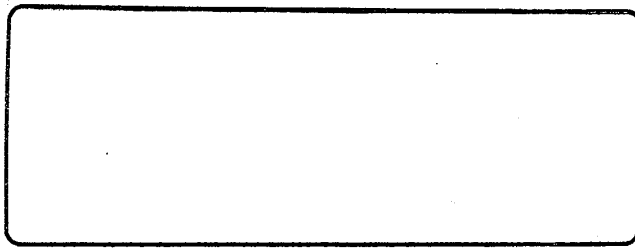
HUT - SAME
CONFERE COMO ORIGINAL
TERESINA, PI 09/11/14
SERVIDOR: R

Maria Mendes Brito
ENFERMEIRA
COREN-PI 100017





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS ESPECIAIS E OU MUDANÇA DE PROCEDIMENTO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



Identificação do Estabelecimento de Saúde

| | | |
|---|--------------------------|--|
| 1-Nome do estabelecimento solicitante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 2-CNES 5828856 | Código da Internação: 111030 |
| 3-Nome do estabelecimento executante: HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | 4-CNES 5828856 | |

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

| | |
|---|-------------------------------|
| 5-Nome: MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA | 6 - Prontuário: 317338 |
| 7-CNS: 898002936631124 8-Nascimento: 03/09/1950 9-Sexo: Masculino RG: 621390- SSP PI-Exp: | 12-Fone: 86-9408-8518 |
| 11-Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA | 14-Fone: 86-9408-8518 |
| 13-Resp: EDIMAR LAURINDO DA SILVA | |
| 15-Ende: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA - CEP: 64325-000 | |
| 16-Munic: ELESBAO VELOSO 17-Cod. IBGE: 220350 18-UF: PI 19-CEP: 64325-000 | |

MUDANÇA DE PROCEDIMENTO

| | |
|------------------------|--|
| 19-Cod. Proc. Anterior | 18 - Procedimento Principal Anterior / Descrição |
| 21-Cod. Mudança Proc. | 20 - Mudança de Procedimento / Descrição |
| 23-Proc. Ant. | 26-Diagnóstico: |

PROCEDIMENTOS ESPECIAIS

| | |
|--|---|
| 31-Cod. Proc. Princip. 0408060190 | 30 - Procedimento Principal / Descrição: OSTEOTOMIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MAO E DO PE |
| 31-Cod. Procedimento Especial 0702031003 | 32 - Descrição do Procedimento Especial: PLACA EM T 4,5 MM (INCLUI PARAFUSOS) |
| | Quant. Solicitada: 1 |

| | | |
|--|---|--|
| 38-Nome Profissional Solicitante: LEANDRO PONCE LEAL | 40-Tp. Documento: CPF | |
| 39-Data Solicitação: 10/07/2014 | 40-No. Doc. Med. Solic.: 167.786.998-41 | |

JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Justificativa do Juro pessoal

AUTORIZAÇÃO

| | | |
|---|----------------------|---------------------------------|
| 46 - Nome do Profissional Autorizador: | 47-Data Autorização: | 48-CNS/CPF: |
| 51-Justificativa da 'NÃO' autorização: | | |
| 50. Nome do Profissional/parecer controle de avaliação/auditoria: | 51-Data Autorização: | 52-CNS/CPF: |
| | | 53-Ass. Carimbo (Rg. Conselho): |

(CATIANNY)





PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls Nº _____
 Proc. Nº _____
 Rubrica _____

Fundação Municipal de Saúde

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO

DATA 10/7/14

| | |
|--|-------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <i>Maria da Luz C da Silva</i> | PRONTUÁRIO Nº: <i>317338</i> |
| DIAGNÓSTICO: <i>Furcula Swab Morand</i> | CIRURGIA: <i>osteotomia</i> |
| ANESTESIA: | Nº DA SALA: <i>03</i> |
| CIRURGIÃO: <i>Leandro P. Cav. Dr. Leandro Ponce Lea.</i> | CPF Nº: <i>167 786 998-41</i> |
| AUXILIAR: <i>Ortopedia e Traumatologia</i> | CPF Nº: |
| | CRM-2608 |
| ANESTESISTA: | CPF Nº: |
| INSTRUMENTADORA: <i>Fátima Barros</i> | CPF Nº: |

MATERIAL DE CONSUMO

| DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO | DISCRIMINAÇÃO | UNID. | QUANT. | PREÇO |
|-----------------------|-------|------------|-------|--|--------|------------|-------|
| AGULHA 25x8 | UNID. | | | LÂMINA DE BISTURI <i>24</i> | UNID. | <i>1</i> | |
| AGULHA 30x8 | UNID. | <i>2</i> | | LUVA Nº <i>7,5</i> | PAR | <i>2</i> | |
| AGULHA 40x12 | UNID. | <i>2</i> | | LUVA Nº <i>7,0 e 8,0</i> | PAR | <i>2</i> | |
| AGULHA RAQUE | UNID. | | | LUVA DE PROCEDIMENTO | PAR | <i>08</i> | |
| ÁLCOOL 70% | ML | <i>50</i> | | PVPI DE GERMANTE | ML | <i>100</i> | |
| ALGODÃO | BOLA | | | PVPI TÓPICO | ML | <i>50</i> | |
| ÁGUA OXIGENADA | ML | <i>50</i> | | PVPI TINTURA | ML | | |
| COMPRESSA | PAC. | <i>3</i> | | SERINGA 20CC | UNID. | <i>2</i> | |
| EQUIPO MACRO-GOTA | UNID. | | | SERINGA 10CC | UNID. | <i>2</i> | |
| ESPARADRAPO | CM | <i>100</i> | | SERINGA 5CC | UNID. | | |
| ESCALPE Nº | UNID. | | | SERINGA 3CC | UNID. | | |
| FORMOL | ML | | | SORO FISIOLÓGICO | FRASCO | <i>3</i> | |
| GASES | PAC. | <i>3</i> | | SONDA URETRAL | UNID. | | |
| JELCO Nº | UNID. | | | | | | |
| FIOS | UNID. | QUANT. | PREÇO | OCORRÊNCIA: | | | |
| CAT.GUT.SIMPLES C/AG. | | | | <i>Poliesterpoint 5</i> HUT - SAME CONFERE COM O ORIGINAL TERESINA, PI 04/11/14 SERVIDOR: <i>[Signature]</i> | | | |
| CAT.GUT.SIMPLES S/AG. | | | | | | | |
| CAT.GUT.CROMADU C/AG. | | | | | | | |
| CAT.GUT.CROMADO S/AG. | | | | | | | |
| ALCOFIL | | | | | | | |
| MONONYLON <i>2.0</i> | | <i>2</i> | | ENFERMARIA: | | | |
| FITA UMBILICAL | | | | CIRCULANTE: <i>Inocis</i> | | | |
| VICRYL <i>2.0</i> | | <i>2</i> | | | | | |
| PROLENE | | | | | | | |



237252

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
URGENCIA DE TERESINA - HUT
HOSPITAL DE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

| NOME DO PACIENTE | | PRONTUÁRIO | CLÍNICA | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|---------------------------------|---|------------------------------|------------|------------|-------|---------------------------------|
| MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA | | 317338 | Ortopédica | 237 | 252 | |
| NOME DO MÉDICO | | PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | OBSERVAÇÕES |
| DATA/HORA CÓDIGO | | | | | | |
| 12/07/14 | FRAT ÔMERO PROXIMAL D | | | | | 09:20' Alta por sudem médica |
| 1 | Dieta p/ diabético ✓ | | | | | |
| 2 | Soro Fisiologico 0,9% 500ml EV 12/12hs | | | | | |
| 3 | Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs | | | | | |
| 4 | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs | | | | | |
| 5 | Glicemia capilar de 6/6h | | | | | |
| 6 | Insulina regular conforme esquema: | | | | | |
| 7 | 150-200 2UI SC; 201-250 4UI SC; 251-300 6UISC | | | | | |
| 8 | 301-350 8UISC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC | | | | | |
| 9 | glicose 50% 4amp EV se glicemia <= 70mg/dl | | | | | |
| 10 | glibenclâmida 5mg VO 1x dia | | | | | |
| 11 | Cuidados gerais e sinais vitais | | | | | |
| Dr. Estadual / CRM3367 | | Dr. Ricardo S. Valença | | | | |
| Ortopedia e Traumatologia | | Ortopedia e Traumatologia | | | | |
| Dr. Yuri Augusto Felix | | Dr. Paulo H. L. Pessoa Filho | | | | |
| Ortopedia e Traumatologia | | Ortopedia e Traumatologia | | | | |
| CRM3367 | | CRM3367 | | | | |

HUT - SAAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 TERSINA
 SERVIDOR: 04/11/14
 RFG

[Handwritten signature]



PRESCRIÇÃO MÉDICA

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE
URGENCIA DE TERESINA - HUT

| NOME DO PACIENTE | | PRONTUÁRIO | CLÍNICA | ENF. OU AP | LEITO | MÉDICO ASSISTENTE |
|---|--|------------|------------|------------|-------|-------------------|
| MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA | | 317338 | Ortopédica | 237 | 252 | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DI: 09/07/2014 | FRAT ÚMERO PROXIMAL D | | | | | |
| 11/07/14 | | | | | | |
| 1 | Dieta p/ diabético <i>cx</i> | | | | | |
| 2 | Soro Fisiologico 0,9% 500ml EV 12/12hs | | | | | |
| 3 | Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs | | | | | |
| 4 | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs | | | | | |
| 5 | Glicemia capilar de 6/6h | | | | | |
| 6 | Insulina regular conforme esquema: | | | | | |
| 7 | 150-200 2UI SC; 201-250 4UI SC; 251-300 6UI SC | | | | | |
| 8 | 301-350 8UI SC; 351-400 10UI SC >400 12UI SC | | | | | |
| 9 | glicose 50% 4amp EV se glicemia <= 70mg/dl | | | | | |
| 10 | Iibenciamida 5mg VO 1x dia | | | | | |
| 11 | Cuidados gerais e sinais vitais | | | | | |
| <i>PRONTUÁRIO 307 19 60 24 (CR) (SUSPENSO)</i> | | | | | | |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: left;"> <p>Dr. Cláudio Gonçalves Ortopedia e Traumatologia CRM: 414-T/010029</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Durval Teodoro N. Dadi Ortopedia e Traumatologia Dr. Paulo Henrique de Azevedo / CRM-MA 3636 Ortopedia e Traumatologia CRM: 291-3/08</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>Dr. Ricardo S. Valença Ortopedia e Traumatologia CRM: 146-1/011395</p> </div> </div> | | | | | | |

HUT - SAME
 CONFERIR COM O ORIGINAL
 DATA: 09/07/14



SUMÁRIO DE ALTA

| | | |
|---|---|------------------------------|
|  | HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT | Prontuario: 317338 |
| | Rua Dr. Otto Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872 TERESINA-PI CEP: 64017-770 - CNIM: 05.522.917/0022-02 | Internação: 111030 |

Nome: **MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA**
 End. Resid.: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FÁTIMA
 Cidade: ELESBAO VELOSO - PI CEP: 64325-000

| Sexo: Masculino | Nascimento: 03/09/1950 | Idade: 63a:10m:7d | Estado Civil: Solteiro(a) | Profissão: APOSENTADA |
|--------------------|---------------------------|----------------------|------------------------------|--------------------------|
| Internação | | Alta | | Permanência |
| Data 10/07/2014 | Hora 08:50 | Data | Hora | |

Diagnósticos:

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|--|--|--|--|
| CID Principal: | Cod. CID: | | | | | | | | | | | | |
| CID Secundário: <i>fratura fêmur proximal</i> (D) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>5</td><td>4</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | 5 | 4 | 2 | 2 | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | 4 | 2 | 2 | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| CID Causa Morte: | | | | | | | | | | | | | |

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

Bom

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

Bom

MEDICAÇÕES:

QUIRURGIA: Data: *10/7/14* Tipo: *Osteotomia*
fratura fêmur proximal (D)

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão Administrativa
 () Óbito () Transferência outro serviço

TRANSFERÊNCIA:
 Vaga cedida por: _____ Transporte: _____

Nome: _____
 Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente

HUT - SAMF
 CONFERE COM O CEN
 TERESINA, PI 04/11/14
 SIA/ANEXO

Dr. Lenildo Benício Leal
 CRM nº 10000
 Ortopedia e Traumatologia





HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
 Rua Dr. Gêlo Tito 1820 - Redenção - Fone: 86 3229 4872
 TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuario:
317338
 Internação:
 111030

RELATÓRIO DE ATENDIMENTO MÉDICO

DADOS DO PACIENTE:

Nome: **MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA**
 End. Resid.: **RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA**
 Cidade: **ELESBAO VELOSO - PI** CEP: **64325-000**

| | | | | |
|--|---------------------------|-----------------------|--|--------------------------------|
| Sexo: Masculino | Nascimento: 03/09/1950 | Idade: 63a:10m:7d | Estado Civil: Solteiro(a) | Profissão: APOSENTADA |
| Admissão: 04/07/2014 | G. Instrução: Não | Fone: 86-9408-8415 | Cartão SUS (CNS): 298002936631124 | Procedência: ELESBAO VELOSO |
| Pai: LUIZ ALVES DO NASCIMENTO | | | Mãe: RAIMUNDA CLARINDO DA SILVA | |
| Responsável: EDIMAR LAURINDO DA SILVA | | | | |
| End. Responsável: RUA PADRE LEONEL FRANCE - FATIMA ELESBAO VELOSO - PI 64325-000 | | | | |
| Documento: RG: 621390 - SSP PI | | | | |
| Motivo da busca de atendimento médico (Informação do Paciente ou Acompanhante): ACIDENTE DE TRÂNSITO PEDESTRE/ATROPELAMENTO | | | | |

INFORMAÇÕES MÉDICAS

| Internação | | Alta | | Clínica: |
|---|-------|-----------------|-------|-----------------|
| Data: | Hora: | Data: | Hora: | |
| 10/07/2014 | 08:50 | ___ / ___ / ___ | | P.A. TEMPORÁRIO |
| Diagnóstico de Admissão: | | | | |
| Procedimento: 0408060198 - ORTODONTIA DE OSSOS LONGOS EXCETO DA MÃO E DO PÉ | | | | |
| CID 10: S422 - Fratura da articulação superior do úmero | | | | |
| Diagnóstico de Alta: | | | | |
| Procedimento: _____ | | | | |
| CID 10: _____ | | | | |
| Tratamento Realizado: | | | | |
| | | | | |
| Exames Realizados: | | | | |
| | | | | |

HUT - SAME
 COMPRE COM ORIGINAL
 SERVIÇOS: *[Handwritten Signature]*

Atenção: Preencher e entregar ao paciente no momento da alta.

Data

Carimbo/Ass. Prof. Assistente

Carimbo/Ass. Médico Responsável



ESCALA DE PREVENÇÃO DE RISCO DE QUEDA

enf. 237 L:25

| PACIENTE | Nº PRONTUÁRIO | LOCALE DATA |
|----------------------------------|---------------|-------------|
| Maria da Cruz Claret da Silva | 317338 | 12/07/14 |

Risco para Queda – assinalar todos os itens de riscos identificados.

- Idade menor ou igual a 5 anos
- Idade maior ou igual a 60 anos
- Com déficit sensitivo (visão, tato, audição)
- Com distúrbios neurológicos (crises convulsivas, etc...)
- Com distúrbio metabólico (diabetes descompensada/anomaliação de exames bioquímicos)
- Incontinência urinária ou intestinal?
- Fazendo uso de sedativos e/ou pós anestésico
- Com dificuldade de marcha
- História de queda: onde aconteceu - Residência Hospital outros _____

Risco Moderado – Quando houver de um(1) a três(3) itens assinalados

Alto Risco – Quando qualquer dos itens abaixo estiverem assinalados

1. Idade maior ou igual a 60 anos ou Idade menor ou igual a 5 anos
2. História de queda anterior
3. Quatro(4) ou mais itens assinalados

Procedimento:

Risco Moderado de Queda

- Sinalizar o prontuário com carimbo **Risco de Queda**
- Identificar o paciente com a pulseira amarela
- Intervenções padrão de prevenção de quedas

Alto Risco de Queda

- Sinalizar o prontuário com carimbo **Risco de Queda**
- Identificar o paciente com a pulseira amarela
- Intervenções de prevenção de quedas de alto risco

MUT - SAME
 CONFERE COM ORIGINAL
 TERESINA, 04/11/14
 SERVIDOR: *[assinatura]*





| BOLETIM CIRÚRGICO | | | | |
|---|-------|---------|----------------|---------|
| NOME <i>MAMA DA CRUZ C DA SILVA</i> | | | Nº DO REGISTRO | |
| DIAGNÓSTICO PR-OPERATÓRIO <i>Fratura simples proximal (2)</i> | | | | |
| DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO <i>o mesmo</i> | | | | |
| INÍCIO | HS | TÉRMINO | HS | DURAÇÃO |
| OPERADOR <i>LEANDRO</i> | | | | |
| AUXILIAR 1º | | | | |
| ANESTESISTA | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA <i>Dr. Aljo José de Silva Médico Anestesiologista CRM 114482</i> | | | | |
| INSTRUMENTADOR | | | | |
| DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO | | | | |
| <i>Apresente-se codinho de guerra; curativo e adm. med. com esteril; incisão antero-lateral; limpeza por solução antisséptica do elemento fratura e flocos e perfuração sobre a placa; curativo</i> | | | | |
| CIRURGIA CANCELADA (MOTIVO) | | | | |
| <i>Dr. Leandro Ponce Leal Ortopedia e Traumatologia CRM-2608</i> | | | | |
| CONDIÇÕES AO SAIR DA SALA | | | | |
| TEMP | PULSO | RESP | PR ART MAX | MIN |
| OBSERVAÇÕES: | | | | |
| <i>HDT - SAÚDE CONFERE CLÍNICA 04/11/14</i> | | | | |
| RECÉM NATO | | | | |
| () MASC () VIVO () A TERMO () ÚNICO | | | | |
| () FEM () MORTO () PRÉ-TERMO () GEMELAR | | | | |
| () PÓS-TERMO | | | | |
| APGAR 1º | | 5º | | |
| NOME DO MÉDICO | | | | |

FHT - 14





| NOME DO PACIENTE | | PRONTUÁRIO | CLÍNICA | ENF. OU AP | LETO | MÉDICO ASSISTENTE |
|--------------------------------------|---|------------|------------|------------|------|----------------------------------|
| MARIA DA CRUZ CLARINDO DA SILVA | | 317338 | Ortopédica | 237 | 252 | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | | |
| DI: 04/07/2014 FRAT ÚMERO PROXIMAL D | | | | | | |
| 09/07/14 | | | | | | |
| 1 | Dieta p/ diabético | | | (p) | | Rh. R. Unificando PA = 150/90 |
| 2 | Soro Fisiológico 0,9% 500ml EV 12/12hs | | | (p) | | P = 84 bpm - foveolado |
| 3 | Tilatil 20mg _ 01 amp + AD EV 12 /12hs | | | (p) | | 24h Glicemia regular |
| 4 | Dipirona _ 01 amp + AD EV 6/6hs | | | (p) | | 24h glicemia Administrativa |
| 5 | Glicemia capilar de 6/6h | | | (p) | | 24h HUI de insulina |
| 6 | Insulina regular conforme esquema: | | | (p) | | regular - foveolado |
| 7 | 150-200 2UI SC; 201-250 4UI SC; 251-300 6UISC | | | (p) | | 6:20. P _{6h} em - ao CC |
| 8 | 301-350 8UISC; 351-400 10UI SC > 400 12UI SC | | | (p) | | Jennysele J. Castro |
| 9 | glicose 50% 4amp EV se glicemia <= 70mg/dl | | | (p) | | ENFERMEIRA |
| 10 | glibenclâmida 5mg VO 1x dia | | | (p) | | COREN-PI 118.412 |
| 11 | Cuidados gerais e sinais vitais | | | (p) | | |

HUT - SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
TERMINO: 04/11/14
SERVIDOR: [assinatura]

[assinatura]
Dr. Luciano de Carvalho e Silva
CRM: 10093724995

Dr. Luciano de Carvalho e Silva
CRM: 10093724995
Rua...
Teresina - PI

