

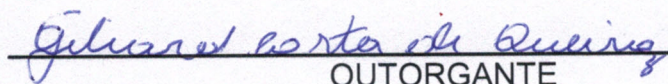
PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	GILIARD COSTA DE QUEIROZ		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	Fortaleza
Estado Civil	Solteiro	RG nº	2003015047704
Profissão	Comerciante	CPF nº	024.158.343-86
Endereço	Rua Boaneges Jacó, nº 969		
Bairro	Centro	CEP	62.795-000
Município/UF	BarreiraCE	FONE	(85) 99246-3542

OUTORGADO: ALEXANDRE FERREIRA LEITE NETO, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 38.054 e JEFERSON CAVALCANTE DE LUCENA, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/CE sob o nº 18.340, todos com endereço profissional na Rua Eng. Antônio Ferreira Antero, nº 401, Água Fria, CEP nº 60.821-765, Fortaleza/CE, Fone/Fax: (85) 3273-4861.

PODERES: Os poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad judicium" e "et extra", a fim de que, possa defender os interesses e direitos da outorgante perante Juízo, Instância ou Tribunal, repartição pública, autarquia ou entidade paraestatal, propondo ação competente em que a outorgante seja autora ou reclamante, defendendo-a quando for réu, interessada ou requerida, **podendo reclamar, conciliar, desistir, transigir, recorrer, receber e dar quitação de quaisquer valores, firmar compromisso**, podendo ainda substabelecer o presente com ou sem reservas de poderes, bem como destituir advogado(s), se assim lhe convier, praticando todos os atos necessários para o bom e fiel desempenho deste mandato, dando tudo por bom, firme e valioso.

Fortaleza/CE, 7 de maio de 2019.



OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

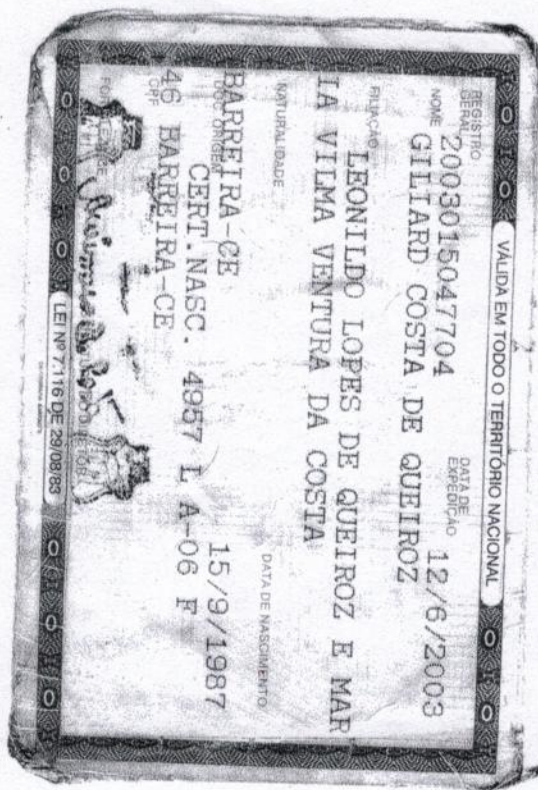
DECLARANTE	GILIARD COSTA DE QUEIROZ		
Nacionalidade	Brasileiro	Natural	Fortaleza
Estado Civil	Solteiro	RG n°	2003015047704
Profissão	Comerciante	CPF n°	024.158.343-86
Endereço	Rua Boaneges Jacó, n° 969		
Bairro	Centro	CEP	62.795-000
Município/UF	BarreiraCE	FONE	(85) 99246-3542

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob as penas legais, que sou pobre na forma da lei, não possuindo condições financeiras para arcar com as custas processuais e honorários advocatícios, sem prejuízo próprio e de minha família, nos termos do Art. 5°, LXXIV da Constituição Federal, Art. 98 do CPC/15 e em conformidade com os dispositivos insertos na Lei n° 1.060/50.

Fortaleza/CE, 7 de maio de 2019.

Giliard Costa de Queiroz

DECLARANTE



MINISTÉRIO DA FAZENDA
Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
024.158.343-86

Nome
GILIARD COSTA DE QUEIROZ

Nascimento
15/09/1987

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA
15 MAR. 2018



Nota Fiscal - Conta de Energia Elétrica Grupo B | Série B-4 | N° 570122252

Companhia Energética do Ceará

Rua Padre Valdevino, 150 | CEP 60135 040 | Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 | CGF 06.105.848-3A Tarifa Social de Energia Elétrica
foi criada pela Lei nº 10.438 de
26 de abril de 2002Esta é a segunda via de
ABR/2019Utilize o n° abaixo sempre
que entrar em contato conoscoN° DO CLIENTE
893408 DV **8**VENCIMENTO
22/04/2019TOTAL A PAGAR (R\$)
181,75Rota 09 027120 08 0209000 Medidor Poste
Nome FRANCISCO DEMAIR DA SILVA JACO 7399464 0000 0000
Endereço Postal

End. da Unidade Consumidora RU BOANEGES JACO 00969 CENTRO BARREIRA 62795000

RG / CPF / CNPJ 004.500.743-82 CGF

Classe B1 - 01-RESIDENCIAL, MONOFASICA Fator de Potência 0

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leitura Atual Leitura Anterior Constante Consumo (kWh) Consumo Incl. Consumo Faturado
75971 75744 1 227 0 227

DESCRIÇÃO DA CONTA	Quantidade	Tarifa	Valor (R\$)
ENERGIA CONSUMO	227	0,72397	164,34

OUTROS PAGAMENTOS

JUROS DO MES 0,46
MULTA MORATORIA 3,46
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL-INT 13,49

DATAS DE LEITURA

Data de Emissão/Apresentação Prev. Próxima Leitura
12/04/2019 15/05/2019

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

23E5.FA09.FE8A.624D.2C31.C6FC.FF4A.094C

ICMS

Base de Cálculo (R\$) Aliquota Valor do Imposto
164,34 27% 44,37

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

ENERGIA 61,11
TRANSMISSÃO 6,52
DISTRIBUIÇÃO 34,83
ENCARGOS SETORIAIS 9,34
TRIBUTOS (ICMS, PIS/COFINS) 52,54

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

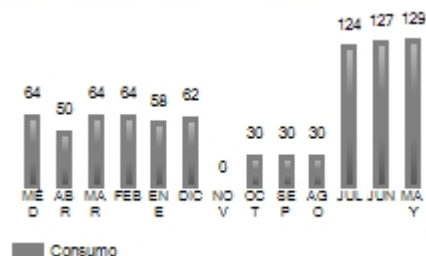
Veja a legenda no verso desta conta. CM: 64,63

Conjunto ACARAPE

Mês FEV/ 2019

	Padrão Mensal	Individual Trim.	Individual Anual	Apuração Mensal	Individual Trim.	Individual Anual
DIC (h)	5,19	10,38	20,77	0,34	0,00	0,00
FIC (un)	3,23	6,47	12,95	2,00	0,00	0,00
DMIC (h)	2,94			0,29		

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂) Compensado kg (CO₂) Consciência Ecológica(%CO₂)
0 100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO



autenticação mecânica cliente

N° do Cliente: 893408-8 N° da Nota Fiscal: 570122252 Total a Pagar (R\$): 181,75
Data de Emissão: 14/05/2019 Referência: ABR/2019 N° de Controle:

FATURA PAGA, NÃO RECEBER



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA



fls. 18

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 422 - 660 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data / Hora da Comunicação: 28/12/2017 14:14:33
Data / Hora da Ocorrência: 25/11/2017 17:30:00
Endereço da Ocorrência: RUA LÚCIO TORRES
Complemento:
Bairro: CENTRO Município: BARREIRA/CE
Ponto de Referência: PRAÇA MATRIZ

DOCUMENTO
ORIGINAL

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: GILIARD COSTA DE QUEIROZ
Nascimento: 15/09/1987 CPF: 024.158.343-86
RG: 2003015047704 Orgão Emissor: SSP UF: CE
Filiação: MARIA VILMA VENTURA DA COSTA
LEONILDO LOPES DE QUEIROZ
Endereço: RUA BOANERGES JACO, 969
Bairro: CENTRO
Município: BARREIRA/CE CEP:
País: BRASIL Telefone:

Histórico

A pessoa acima qualificada na data, hora e local acima mencionados afirma que se dirigia na sua motocicleta HONDA CG 125 FAN ES, COR VERMELHA, ANO 2010/2010, PLACA NVD 4283 BARREIRA-CE do seu local de trabalho, no centro da cidade de Barreira para a residência da sua genitora na localidade de Jatobá, na cidade de Barreira, ocasião em que um carro do qual não sabe nenhuma informação invadiu a preferencial colhendo o declarante que caiu ao solo, consciente, e foi socorrido pela ambulância de Barreira que ia passando no mesmo instante; Que, foi levado para o hospital de Barreira onde passou pelas primeiras atendimentos médicos, em seguida encaminhado para o IJF em Fortaleza em virtude da gravidade dos traumas; Que, são testemunha do fato as seguintes pessoas: 1) THIAGO SILVA FERREIRA cujo CPF 017.656.013-04 e 2) PALOMA DA SILVA JACÓ cujo CPF 054.386.663-77; Que, segue, em anexo, toda documento de tudo que fora relatado neste boletim de ocorrência. Nada mais disse.///////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

MARCOS ANTONIO RODRIGUES DE SOUSA - MAT.: 300103-1-0

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Giliard Costa de Queiroz

VISTO DO DELEGADO(A):

ED CARLOS DE SOUSA LIMA - MAT.: 300103-1-0

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018

DELEGACIA MUNICIPAL DE BARREIRA

Pág. 1 de 1

Impresso em: 28/12/2017 14:36:21



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA

"24 horas de proteção à vida"

Boletim de Emergência Reg.: _____

O Sr.(a) Giliana Costa de Oliveira

Foi atendido (a) neste Hospital no dia 25 / 11 / 2007, às 17 h

Tendo como causa do socorro _____

fratura no antebraço

Observações: Afastamento laberal

por 90 (Noventa)

Fortaleza, 25 de 11 de 200 17

Médico de Plantão – CRM: _____

CPF: _____

Dr. José Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC: 5253

Meus doc's \Arq Word\CPV Boletim de Emergência Reg.doc

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018

ASS: _____

ATO declaratório

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, **Giliard Costa de Queiroz**, nascido em 15/09/1987, portador do RG 2003015047704 CPF Nº 024.158.343-86, filho de Leonildo Lopes de Queiroz e Maria Vilma Ventura da Costa, **foi atendido nesta unidade no dia 25/11/2017**, pelo médico plantonista Dr. Humberto Spessirits, CRM-CE 9192 **vitima de acidente de transito (motocicleta)**, com traumatismo de face e ombro direito, ferimento corto contuso na mandíbula. Medicado e transferido para Hospital de referência, conforme registro de atendimento.

Maria Eleni de Lima

Maria Eleni de Lima
Agente administrativo

Barreira, CE. 18 de Dezembro de 2017

Rua Boanerges Jacó, 0011, centro, Barreira - CE
CEP: 62795-000; contato: (85) 3331 12.65
e-mail: hospitaldebarreira@yahoo.com.br

LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018

ASS.

P

FICHA DE REFERÊNCIA

- 1 - Preencha esta ficha em 3 vias
- 2 - Ao terminar a consulta ou tratamento, entregar 2 vias ao usuário orientá-lo para retornar com a 1ª via a Unidade de Origem

Nome: Isadora Costa Almeida Prontuário Nº: _____
 Sexo: ☐ M ☐ F Data de nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Telefone: _____

[illegible]

Conduta já realizada: _____

Impressão diagnóstica: *Transtorno de ansiedade e mania* ? ?
 Assinatura do consultante - n.º Registro: *12624* Função: *Med W* Data: *05/11/2017* Hora: *1*

AGENDAMENTO

Encaminhado para: Neurologia ☒ Hospitalar ☐ Auxílio Diagnóstico ☐
Procedimento: _____ Profissional _____
Unidade de Referência: _____ Data: ____/____/____ Hora: _____

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____ Prontuário Nº _____ Data da Alta: _____

Resumo Clínico/Cirúrgico: _____

Resultado de Exames: _____

Diagnóstico Principal: _____ C.I.D.: _____

Secundário 1: _____ C.I.D.: _____

Secundário 2: _____ C.I.D.: _____

Proposta de conduta para seguimento: _____

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018
ASS: _____

CONF. ORIGINAL
Rafael G.

Considera Justificativa referencial? Sim ☐ Não ☐ e motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Ato de clareamento

HOSPITAL DE BARREIRA

DE BARREIRA
Sociedade Beneficente de Barreira
CNPJ - Nº 07.334.064/0001-48

SOCIEDADE BENEFICENTE DE BARREIRA

FICHA DE ATENDIMENTO

DATA: 25.11.17. - HORÁRIO: 17:50 Nº: 24

1) IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Edward Costa de Azevedo
ENDEREÇO: Centro. IDADE: 30
ESTADO CIVIL: Casado SEXO: M () F

2) QUEIXA PRINCIPAL:

Acidente de trânsito

3) HISTÓRIA CLÍNICA:

Acidente de trânsito com lesão de membros inferiores com fratura de fêmur (perna esquerda) e -

4) EXAME FÍSICO:

ferido, hemorragia na mandíbula e parte superior do D?

SINAIS VITAIS: P.A.: X mmHg; GLICEMIA: 150 mg/Dl
TEMP: °C PESO: kg

5) PRESCRIÇÃO/CONDUTA:

Requerer exames de imagem e
Depois 17:11 M

Humberto Spesserits Junior
Médico do Trabalho
Clínica Médica
CRM - 1712

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura do Médico/CRM

LIBIA CORRETOIRA DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018

ASS
conferir e
original
Daniel Gomes



LAUDO MÉDICO

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Giliana Costa de Albuquerque
Idade: _____ anos _____ meses
Prontuário: 5538754 Unidade: 11 Leito: Maca 34

RESUMO CLÍNICO

Evolução/Intercorrências/Medicamentos relevantes:

Realizado tratamento cirúrgico no ombro e
dia 5/12/2017 pelo Dr. Clodoaldo.

Diagnóstico Principal: Fratura no Umero E.

Diagnósticos Secundários: _____

Seqüelas Apresentadas: _____

Procedimentos Cirúrgicos: () Não

- 1- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 2- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 3- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 4- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 5- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____
- 6- Cirurgia realizada: _____ Cirurgião: _____
Tipo de anestesia/Sedação: _____ Data ____/____/____

Procedimentos Invasivos/Exames () Sim () Não

- 1- _____ Data ____/____/____
- 2- _____ Data ____/____/____

LIBIA CORRETORES DE SEG. LIDA.
15 MAR. 2018

Ass: _____



3- _____ Data ____/____/____
4- _____ Data ____/____/____
5- _____ Data ____/____/____
6- _____ Data ____/____/____

Condições de Alta/Transferência

Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito ()

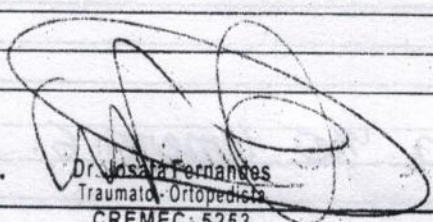
Destino: Residência () Atendimento domiciliar () Transferência para: _____

Retornar: (X) Ambulatório em ____/____/____

Dr.(a) _____

Observações: _____

Data: 06, 12, 2017


Dr. Insana Fernandes
Traumato - Ortopedista
CREMEC: 5253
Médico

CRM/Carimbo

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

1ª Via - FARMÁCIA 2ª Via - PACIENTE Dr. Josafá Fernandes Traumatista - Ortopedista CRFMEC - 5253	
INSTITUTO DO ENFERMO Instituto Dr. José Frota CNES: 2529149 CNPJ: 07.835.044/0001-80 Rua Senador Pompeu, 1757 Bairro: Centro Fone: 3255.5000 Fortaleza - CE CEP: 60025-001	
Paciente: <i>Giliana Costa da Silva</i>	
Endereço: <i>Barreira - Barra</i>	
Prescrição: <i>1 Cepalexina 500mg 30</i> <i>Amor 1 comp. de 6/6h</i>	
Data: <i>05/12/17</i>	Dr. Josafá Fernandes Traumatista - Ortopedista CREMEC - 5253 Carimbo e Assinatura do Médico
INFORMAÇÕES DO USUÁRIO	
Nome: _____	
Nº Ident.: _____	UF: _____
Endereço: _____	
Nº: _____	Bairro: _____
Cidade: _____	UF: _____
CEP: _____	Tel.: _____
Data: / / Fornecedor: _____ Carimbo e Assinatura	

A2.080.207 Versão 1 - 01/ DEZ/10 - Via Única - Formato A5 (148x210).

LIBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Prota

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Gilbert Costa de Azevedo RAE/Prontuário: 5538154

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 08/12/17 (SEXTA)

HORÁRIO: 09:00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia

Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- Bloqueio MM com Sêsticos / tra
comprimada de 1x de amêdo @.
- Realizado dia 02/12/17.

Dr. Luiz Sângelo Muniz Barbosa
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
Residência 7815

Data: 02/12/17

Assinatura e Carimbo do Médico

AE.000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210)
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil

LIBIA CORRÊA DE SÊS. LHA.
15 MAR. 2018



Prefeitura de
Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

fls. 27

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: GLAUBO COSTA DE QUEIROZ RAE/Prontuário: 5538754

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 23 / 12 / 17

HORÁRIO: 19 : 09 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- ACOMPANHAMENTO DE TRATAMENTO CONS.
DE CONDICO (D).

Dr. Luiz Sângelo Muniz Barbosa
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
Residente CRO 7815

Data: 16 / 12 / 17

Assinatura e Carimbo do Médico

AE.000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil
35 3255-5000

VIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018

ASS:

RECEITUÁRIO

Nome: Silvana Costa de Azevedo BE/Prontuário: _____

stolabo

① fisioterapia _____ 20 sessões

Reabilitação pós fratura
do osso pisiforme

Dr. George Wollner F. Alves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC 16670

Data: 27/12/18

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

NA 000.863 Versão 1 - 01/SET/06 - Via Única - Formato A5 (148X210).

UNIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018
ASS



AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Giliard Costa de Queiroz RAE/Prontuário: 5538754

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 13 / 01 / 18

HORÁRIO: 8 : 00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

Acompanhamento de tratamento conservador
de condilo


Dra. Jessica Paz
Cirurgia e Traumatologia
BUCOMAXILOFACIAL
Residente HUWC CRO/CE 9213

Data: 08 / 01 / 17

Assinatura e Carimbo do Médico

AE.000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil
45 3295 5000



LUBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018
ASS:



**Prefeitura de
Fortaleza**
Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

AMBULATÓRIO da BMF

Nome: Gilmar de Costa de Azevedo RAE/Prontuário: 55 38754

DR. NONATO

RETORNO AMBULATORIAL

DATA: 08 / 01 / 2018

HORÁRIO: 19 : 00 horas

LOCAL: Ambulatório de Cirurgia e Traumatologia

Bucomaxilofacial

SITUAÇÃO:

- Acompanhamento de tratamento com uso de
de cêrtilo (D).

Dr. Luiz Sangel Muniz Barbosa
Cirurgia e Traumatologia
Bucomaxilofacial
Residente CRO 7815

Data: 23 / 12 / 17

Assinatura e Carimbo do Médico

AE.000.202 Versão 2 - 01/ JUL/ 14 - Via Única - Formato A5 (148X210).
Rua Barão do Rio Branco, 1816 • Centro • CEP 60.025-061
Fortaleza, Ceará, Brasil
85 3255-5000

LÍBIA CORRETORES DE SEG. LTDA.
15 MAR. 2018

ASS:

AMBULATÓRIO DE TRAUMATOLOGIA



CEARÁ

Reg. Geral 5538754

Reg. de Amb. _____

Reg. Radiológica _____

Nome Gilhard Costa de Azevedo

Diagnóstico _____

Data _____ Médico Clodoaldo

Auxiliar _____

Redução sob Anestesia _____

Realizada _____ após o acidente _____

Voltar em	<u>21/02/19</u>	às	<u>700</u>	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas
Voltar em	_____	às	_____	horas

LÍBIA CORRETORA DE SEG. LTDA.
 15 MAR. 2018
 ASS: _____



Prefeitura de
Fortaleza

INSTITUTO DR. JOSE FROTA

ATESTADO MEDICO

NOME: GILIARD COSTA DE QUEIROZ

ATESTO PARA OS DEVIDOS FINS QUE O PACIENTE SUPRACITADO FOI ACOMPANHADO NESTE AMBULATORIO POR FRATURA DA TUBEROSIDADE MAIOR DO UMEROS COM LESÃO DE TENDÃO SUPRA ESPINHAL, SENDO REALIZADO REPARO CIRURGICO ABERTO HÁ 3 MESES APROXIMADAMENTE SEGUNDO RELATO.

EVOLUI COM LIMITAÇÃO DO ARCO FUNCIONAL DO OMBRO, ELEVAÇÃO 90 GRAUS.

REFERE ESTA EM REABILITAÇÃO FISIOTERAPICA

SOLICITO AFSTAMENTO POR 60 DIAS DE SUAS ATIVIDADES LABORAIS

CID S46.0

[Handwritten signature]
Dr. Frederico Pinheiro Silva
Médico Especialista em Ortopedia
CRM 10424

FORTALEZA 23 DE FEVEREIRO DE 2018.

LÍBIA CORREIA DE SÓZ, LTDA.
15 MAR. 2018
ASS: _____