

PROCURAÇÃO PARTICULAR
“*Ad judicia et extra e Ad negotia*”

OUTORGANTE:

RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES, brasileiro(a), solteiro(a), inválido(a), inscrito(a) no **CPF nº 707.497.484-60**, residente e domiciliado(a) na rua Governador Tarcísio de Miranda Burity, s/n, Quadra 71, Lote 07, Conjunto Cidade Verde, bairro de Mangabeira VIII, cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

OUTORGADOS:

Os bacharéis **JURANDIR PEREIRA DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB nº. 5.334 e CPF nº. 036.617.764-87; **ANDRÉ CASTELO BRANCO PEREIRA DA SILVA**, brasileiro, casado, advogado, OAB/PB nº. 18.788 e CPF nº. 035.995.444-84; e **MARCUS ZANON VENTURA QUEIROGA**, brasileiro, solteiro, advogado, OAB/PB nº. 19.384 e CPF nº. 087.728.094-00; representando o escritório **CASTELO BRANCO E PEREIRA ADVOGADOS ASSOCIADOS**, CNPJ nº 22.242.752/0001-00 e registro na Seccional da **OAB no Estado da Paraíba nº 436**, Livro “B”, número 04, com endereço profissional na rua João Teixeira de Carvalho, nº 349, Bairro Pedro Gondim, CEP 58.031-220, Cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, Fone(s): 0XX83 8788-4555/8855-3536/3512-4767.

FINALIDADE:

Ingressar com pedido judicial ou extrajudicial.

PODERES:

Amplos, totais e especiais poderes, com o concurso das cláusulas “*ad judicia et extra e Ad negotia*”, para em juízo ou fora dele, defender os direitos e interesses do(s) Outorgante(s), podendo, para tanto, formular pedidos, assinar petições e intimações, apresentar recursos nos Tribunais competentes e acompanhá-los até final decisão, conferindo poderes especiais para peticionar em qualquer órgão da Administração Pública, direta ou indireta, a nível federal, estadual e municipal, inclusive autarquias, empresas públicas e empresas de economia mista, podendo ainda, confessar, variar, desistir, acordar, discordar, transigir, firmar compromissos ou acordos, **DECLARAR EM NOME DO OUTORGANTE QUE O MESMO NÃO TEM CONDIÇÕES DE PAGAR AS CUSTAS PROCESSUAIS, NOS TERMOS DO art. 3º DA LEI Nº 7.115/83, requerer justica gratuita**, declarar que é isenta do **IMPOSTO DE RENDA** junto a qualquer instituição bancária, receber e dar quitação, receber citação inicial, **renunciar ao direito sobre que se funda a ação**, levantar precatório, Requisitório de Pequeno Valor – RPV, alvará, crédito referente ao valor devido pelo(a) **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT S/A**, depositado em poupança, ou conta na Caixa Econômica Federal, Banco do Brasil, ou qualquer outra instituição bancária ou financeira, levantar a quantia prevista em contrato, referente a honorários, ficando ressalvado que os mesmos são devidos, em caso de desistência ou acordo por parte do ora Outorgante, sem a expressa concordância do Outorgado, enfim praticar todos os atos necessários ao fiel cumprimento do presente mandato, de caráter irrevogável, e acompanhá-la até o seu final, **em conjunto ou separadamente, inclusive substabelecer, com ou sem reserva de poderes.**

João Pessoa (PB), 26 de Abril de 2016.


RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES
Outorgante-





Assinado eletronicamente por: ANDRE CASTELO BRANCO PEREIRA DA SILVA - 09/08/2016 14:50:24
<http://pjeb.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=16080914450102900000004585693>
Número do documento: 16080914450102900000004585693

Num. 4661060 - Pág. 1

KATIA CRISTINA SILVA DE LIMA
 RUA GOV TARCISIO DE MIRANDA BURITY, S/N / QD 71 LT 07 - MANGABEIRA
 JOAO PESSOA/PB CEP: 58069-205 (AG: 1)
Classe/Subcls RESIDENCIAL / BAIXA RENDA MONOFASICO B/230, Km 25 - Crelo Redentor - João Pessoa / PB - CEP: 58071-680
 Roteiro: 3-5-328-1300 Referencia Abr/2016 CNPJ 09.095.193/01-41 Inc Est 16015823-0
 Nº medidor 00006056283 Emissao 06/04/2016 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica N° 00007438173
 Código para Débito Automático: 000007438173

Atendimento ao Cliente ENERGISA **0800 083 0196** Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a **UC (Unidade Consumidora): 5/743617-3**

Canal de contato

Abr / 2016

Declaração de Outeiro Anual de Débitos
Conforme previsto na Lei 12.007 de 28 de julho de 2009, informamos a quitação dos débitos referentes aos faturamentos regulares de energia elétrica desta unidade consumidora vencidos no ano de 2016 e nos anos anteriores.

06/04/2016

Esta declaração substitui, para a comprovação do cumprimento das obrigações do consumidor, as quitações dos faturamentos mensais dos débitos do ano a que se refere e dos anos anteriores.
- Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002.

06/05/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

780698818472
Insc. Est.:

Faturas em atraso:

15/03/2016 128,20

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data Letura	Data Letura			
08/03/16 8094	08/04/16 8292	1	84	28

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Freq	Valor (R\$)
Consumo até 30KWh-BR	30	1,1461	4,33
Consumo - 31 a 100KWh-BR	70	1,1491	7,35
Consumo - 101 a 220KWh-BR	99	1,1718	18,44
Adic. B. Amarela			1,84
Subsídio			16,35
ICMS			12,81
PIS			0,69
COFINS			3,18

LANÇAMENTOS E SERVIÇOS

CONTRIB SERV. ILUM PÚBLICA	3,42
JUROS DE MORA 02/2016	1,07
MULTA 02/2016	2,21
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2016	0,69
Desconto Subsídio	-6,26

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16	220
Feb/16	188
Jan/16	207
Dez/16	171
Nov/16	188
Out/16	187
Sep/16	210
Ago/16	155
Jul/16	168
Jun/16	217
Maio/16	221
Abr/16	184

	BASE DE CALCULO	ALÍQUOTA	V-F-L/I-IR
ICMS	121,89	27,00	32,11
PIS	121,89	0,5701	0,84
COFINS	121,89	2,6100	3,11

VENCIMENTO TOTAL A PAGAR

Média dos últimos meses
184 kWh

13/04/2016 R\$ 103,92



Secretaria da
Segurança e da Defesa Social
Delegacia Geral de Polícia Civil
Delegacia Geral Da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional De Polícia Civil
Delegacia Especializada De Acidentes De
Veículos Da Capital



GOVERNO
DA PARAÍBA



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA
Nº 00728.01.2016.1.02.202

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00728.01.2016.1.02.202, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: Ao(s) 12 dia(s) do mês de Abril do ano de 2016, nesta cidade de João Pessoa, Delegacia Especializada De Acidentes De Veículos Da Capital, presente o(a) Delegado(a) de Polícia Civil Policial, FRANCISCO DEUSDEDIT LEITÃO FILHO, comigo, CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX, ESCRIVÃO DE POLÍCIA, às 09:42 horas, compareceu KÁTIA CRISTINA SILVA DE LIMA, nacionalidade BRASILEIRA, profissão Auxiliar de Higienização, naturalidade João Pessoa, data de nascimento 12 de Abril de 1971, idade 45, filiação Josefa Maria da Silva e Tadeu Fernandes de Lima, Documento - CPF: 760.596.184-72, residente Rua Governador Tarcísio de Miranda Burity, SN, [NÃO INFORMADO], na cidade de João Pessoa/PB, telefone (83) 98702-5088

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, no dia 30/08/14, por volta das 15:20h, quando seu filho de nome RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES, brasileiro, natural de João Pessoa/PB, solteiro, com 18 anos de idade, RG. 1.512.353-SSP/PB, conduzia a motocicleta de marca HONDA/NXR 150 BROS ES, cor vermelha, ano 2008/2009, de placa NPU-8678/PB, chassi nº 9C2KD04209R033274, registrada em nome de Hailton Willans da Cunha A Junior, pela Rua João Batista da Silva, no Bairro de Mangabeira VIII, nesta cidade de João Pessoa/PB, após atingir um veículo que obstruiu sua passagem, perdeu o controle de direção caindo ao solo, e que em decorrência desse fato veio a sofrer fratura da diáfise do fêmur direito, sendo socorrido pelo SAMU e conduzido ao Complexo Hospitalar de Mangabeira, onde se submeteu a procedimentos médicos.

Nada mais havendo a declarar, foi cientificado o declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lido e achado conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa (PB) 12 de Abril de 2016

Kátia Cristina Silva de Lima
KÁTIA CRISTINA SILVA DE LIMA
Noticiante

CARLOS ANTÔNIO DUARTE FÉLIX
ESCRIVÃO DE POLÍCIA

Carlos Antônio Duarte Félix
Escrivão da Polícia Civil
Nº 105.341

Procedimento: 00728.01.2016.1.02.202





CERTIDÃO

Nº. 2959/2015

Atendendo solicitação de **RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES** e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcisio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 685261 e Prontuário Nº 2014.08.003099 pertencentes ao requerente que foi atendido no dia 30/08/2014 às 16H27, vítima de colisão carro x moto, apresentando trauma de coxa direita e corte contuso na mão direita.

Submetido avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da diáfise do fêmur direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 12/09/2014 com alta dia 15/09/2014.

Para constar eu, Christine Maria de Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 dezembro de 2015

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137





PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA - SAME



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

D E C L A R A Ç Ã O

Atendendo o requerimento nº 504/133, declaramos para os fins de direitos que constam em nossos registros, sobe protocolo: 424644, o atendimento pré-hospitalar realizado pelo SAMU 192 Regional de João Pessoa ao paciente **RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES**, idade 18 anos, vítima de **Acidente Automobilístico (Queda de Moto)** no dia 30/08/2014, Rua João Bacelar da Silva, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tancredo Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

João Pessoa, 20 de Abril de 2015.

Jefferson da Rocha Augusto
Estatística Mat. 87.155-6 - SAMU 192-JP
SAMU 192 JP

JEFFERSON DA ROCHA AUGUSTO
Coordenação do SAME - SAMU 192
Regional de João Pessoa

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218-9242; 3218-9125



Carta de Concessão / Memória de Cálculo do Benefício

Nome:

RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES

APS:

13.0.01.080

Número do Benefício:

607.823.031-3

NIT:

1660082756-5

Data de Concessão do beneficio:

21/10/2014

Comunicamos que lhe foi concedido **AUXILIO DOENCA PREVIDENCIARIO (31)** número **607.823.031-3** requerido em **22/09/2014** com renda mensal de **R\$ 724,00** calculada conforme abaixo, com início de vigência a partir de **14/09/2014**. Caso não tenha feito opção pelo crédito em conta corrente ou poupança, compareça na instituição bancária indicada abaixo, munido obrigatoriamente do documento de identificação apresentado no ato do requerimento do benefício. Os créditos subsequentes serão efetuados no **1º dia útil de cada mês**.

Confira o seu nome, o endereço impresso abaixo, e, em caso de erro, compareça à Agência da Previdência Social para que sejam providenciadas as devidas correções.

Órgão Pagador / Agência Bancária: **591.013 / BRADESCO - MANGABEIRA - URB. JOAO**
Endereço: **RUA JOSEFA TAVEIRA, 730 - MANGABEIRA**

Tempo de contribuição: 00 GRUPOS DE 12 CONTRIBUICOES

Somatório dos salários corrigidos = 1.480,81

Salário de Beneficio = 1.480,81 / 2 = 740,40

Renda Mensal Inicial = 740,40 X coeficiente = 724,00

Onde, coeficiente = 0,91

Tempo de contribuição: 00 GRUPOS DE 12 CONTRIBUICOES

Somatório dos salários corrigidos = 1.480,81

Salário de Beneficio = 1.480,81 / 2 = 740,40

Renda Mensal Inicial = 740,40 X coeficiente = 724,00

Onde, coeficiente = 0,91

09/05/2016 11:16



ILUSTRÍSSIMO(A) SENHOR(A) DIRETOR(A) DO COMPLEXO HOSPITALAR –
MANGABEIRA – GOVERNADOR TARCÍSIO DE MIRANDA BURITY EM JOÃO
PESSOA/PB

RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES, brasileiro(a), solteiro(a), inválido(a), portador(a) do CPF nº 707.497.484-60, residente e domiciliado(a) na rua Governador Tarçísio de Miranda Burity, s/n, Quadra 71, Lote 07, Conjunto Cidade Verde, bairro de Mangabeira VIII, cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, vem à presença de Vossa Senhoria, com o devido e costumeiro respeito, solicitar o(a):

- a) cópia integral do prontuário médico hospitalar tombado sob o nº 2014.08.003099;
- b) cópia integral da ficha de atendimento ambulatorial nº 685261;
- c) cópia integral de todos os históricos de atendimentos realizados por esse respeitado nosocomio.

O pedido se fundamenta, ainda, no inciso XXXIV, alínea “a” do art. 5º, dos **DIREITOS E GARANTIAS FUNDAMENTAIS** da Constituição Federal de 1988, combinado com a Lei nº. 9.051/95, que dá o direito ao segurado de solicitar documentos de seu interesse junto à Autarquia, cujo pedido deve ser atendido no prazo de 15 dias, *in verbis*:

“Lei nº 9.051 de 18 de maio de 1995:

Art. 1º A certidões para a defesa de direitos e esclarecimentos de situações, requeridas aos órgãos da administração centralizada ou autárquica, às empresas públicas, às sociedades de economia mista e às fundações públicas da União, Estados, Distrito Federal e dos Municípios, deverão ser expedidas no prazo improrrogável de quinze (15 dias, contando do registro do pedido no órgão expedidor. (...)"

Nesses termos,
pede e confia no seu deferimento.
João Pessoa (PB), 26 de Abril de 2016.

Rhaysson max de Lima Soares
RHAYSSON MAX DE LIMA SOARES
Requerente

Fone para recado: (83) 8778-9414/8702-5088/8806-9788/8893-7416





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		PRONTUÁRIO N°			
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL		Sangue c/ ferida operatória		CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO		+ + + + +			
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES					
Meus exames - Exame toxicológico					
PROCEDIMENTO REALIZADO:					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
f... ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:	f...				
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA : Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar					
MEDICAÇÕES PARA CASA: f...					
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.				
12.05.15			DATA		
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			ASS. MÉDICO / CRM Dr. Luiz Júnior - M.º 1000 Ortopedia e Traumatologia CRM - PB 8637		





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Ruyerson Max Henr</i>		PRONTUÁRIO N°			
IDADE	SEXO	COR	CLINICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO 29.09.14		DATA DE ALTA 26.12.14		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Ex impefeição de de decaptação</i>					
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>da pescada</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Pediculose e Caca fasa</i>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Osteosíntese</i>					
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATHOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. <input type="checkbox"/> SIM		<input type="checkbox"/> NÃO		COLETA DE MATERIAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES)					
<i>[Several blank lines for clinical summary]</i>					
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:	<i>Lanche</i>				
REPOUSO:	Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.				
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.					
MEDICAÇÕES PARA CASA:	<i>Citalexone e Sulfato</i>				
RETORNO	Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.				
<i>26.12.14</i>			DATA		
ASS. MÉDICO / CRM					
<i>[Large handwritten signature over the line]</i>					
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					



DATA ESSA DIA 34.08.16



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOOME	Ruyerson Max			PROVINCIA/RUA/Nº	
IDADE	SEXO	CCR	CLINICA	ENF	LEITO

DATA DE ADMISSÃO	30.07.16	DATA DE ALTA	1 st - 08.08.16	TEMPO DE PERMANÊNCIA
------------------	----------	--------------	----------------------------	----------------------

DIAGNÓSTICO INICIAL	Fratura Diáfiseira do Fêmur	CID
---------------------	-----------------------------	-----

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO	Fratura Diáfiseira do Fêmur	
------------------------	-----------------------------	--

OUTROS DIAGNÓSTICOS		
---------------------	--	--

PRINCIPAIS EXAMES	Radiocondrografia
-------------------	-------------------

PROCEDIMENTO REALIZADO:	Osteossíntese
-------------------------	---------------

TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA	
---------------------------	--

ANATOMIA PATOLÓGICA	
---------------------	--

INFECÇÃO F.O.	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO	COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
---------------	------------------------------	------------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------------

RESULTADO BACTERIOLÓGICO	
--------------------------	--

CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
-------------------	-----------	----------	----------	--------	-------

RESUMO CLÍNICO	HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÉUTICA, COMPLICAÇÕES
----------------	---

Paciente: Socio com lesões e cicatrizes
Comorbidades

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: Líquida

REPOSO: Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA: _____

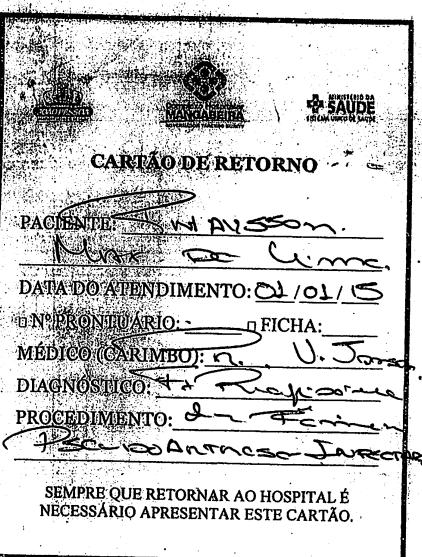
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Ronaldo Marques, portador(a) da identidade RG _____ que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 Anemia, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 60 (seis meses) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 12.04.2015
(Assinatura)
Dr. Luiz Vitorino Matos
Oftalmologista
CRM - PB 8637

Assinatura e Carrimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Dutra, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Priscila S. S. M. portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 Fx Injección de Ácido Hidroclorico, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 30 Conto e Vinte dias, a partir desta data.

João Pessoa,

ZG - CR. 14

Assinatura e Garimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____, a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome: <u>10.302.434/0001-287</u>	
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA	
CRM: <u>GOVERNADOR TANCRELO BURITY</u>	
Endereço: <u>R. Agente Fiscal Duarte, S/N</u>	
Cidade: <u>JOÃO PESSOA - PB</u>	
UF: <u>PE</u>	

- 1º Via retenção da Farmácia ou drogaria
2º Via Orientação ao Paciente

CÁRIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente: Thayssa Marc de Souza

Endereço: R. governador Tancrelo de Almeida
Burity, S/N. C 07. Mangabeira

Prescrição:

Oral
Diprofloxacin 500 mg 200 mg
toar o comprido de 818 h,
Data 07/10/15 por seis 3 meses.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome: _____	
Ident:	Órgão Emissor:
End: _____	
Cidade: _____ UF: _____	
Telefone: _____	

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	
Data: _____ / _____ / _____	





RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: JO.202.434/0001-281

CRM: GOVERNADOR MANGABEIRA

Endereço: Rua José Duarte, Centro, Bairro Mangabeira II - CEP 58056-381

Cidade: JOÃO PESSOA - PB

- 1º Via retenção da Farmácia ou drograria
2º Via Orientação ao Paciente

PD

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Thayssa Mar de Souza

Endereço:

O. bangu - lote Tancreo 6 Manhã
Bemby s/n c/07 Mangabeira

Prescrição:

Diprofeno - 500g - 070g.
Pacote de 01 gramo de 38g,
Data 07/10/15 por -ais 3 -es.

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident: _____ Órgão Emissor: _____

End: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: / /





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a) Sr.(a) Rheysison Max de Souza Soares, portador(a) da identidade RG _____, que o(a) mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às _____ horas, portador(a) da patologia CID-10 S72.3, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 (Movente) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 30/08/2014
José Rennálio
MÉDICO
CRM-PB
[Signature]
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a) Dr.(a) _____ a registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE 2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

Rua Ag. Fiscal José Costa Dutra, S/N, CEP 50065-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



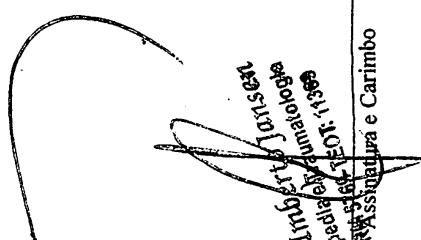


RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: RHAYSON NE

Q. 200 grs
Referência 40026
Tome o dia 12-10-16

C) 1 dose
Tome o dia 16/11

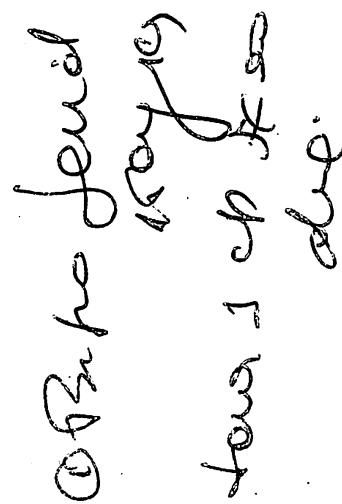

Dr. Umberto Carimbo
Ortopedista e Traumatologista
Assinatura e Carimbo

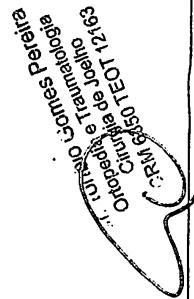


RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: RHAYSON NE

Ac 200g


Dr. Gomes Pereira
Ortopedista e Traumatologista
Assinatura e Carimbo


Dr. Gomes Pereira
Ortopedista e Traumatologista
Assinatura e Carimbo


Dr. Gomes Pereira
Ortopedista e Traumatologista
Assinatura e Carimbo





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Pharise Melo

Aco oral

OBra Jeud
roy
tura 1 cp
des.



Assinatura e Carimbo

(30/06/15)

