

PROCURAÇÃO PARTICULAR

"Ad judicium 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 judicium 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 justiça 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-



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DA PARAIBA
P-236
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA IDENTIFICADORA
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

Maxwellson Max de Lima Soares
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.216.149 DATA DE EMISSÃO 30/12/2013

NOME MAXWELSON MAX DE LIMA SOARES

FLAVIANO SOARES

KATIA CRISTINA SILVA DE LIMA

ATUALIDADE JOÃO PESSOA-PB

RG 57.389 FLS. 114V RTV. A-65

CARTÓRIO 3º JOÃO PESSOA-PB

707.497.484-60

João Pessoa - PB

DATA DE NASCIMENTO 13/05/1996

Assinatura de João Pessôa

LEI Nº 7.116 DE 28/09/83



KATIA CRISTINA SILVA DE LIMA
RUA GOV TARCISIO DE MIRANDA BURITTY, S/N/O 71 LT 07 - MANGABEIRA
JOAO PESSOA / PB CEP: 68069-206 (AG: 1)

Classe/Subcl: RESIDENCIAL / BARRA RENDA MONOFASICO Br 230, Km 25 - Creta Redentor - Joao Pessoa / PB - CEP: 58071-680
Roteiro: 3 - 5 - 328 - 1300 Referencia: Abr / 2016 CNPJ 09.085.193/01-40 Insc. Est. 18.015.823-0
Nº medidor: 00006058293 Emissao: 08/04/2016 Nota Fiscal/Conta de Energia Elétrica Nº 000 183 147
Código para Débito Automático: 00007438173

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

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

Abr / 2016

Canal de contato

Apresentação

06/04/2016

Data prevista da próxima leitura

06/05/2016

CPF/ CNPJ/ RANI

78058818472

Insc. Est.:

Faturas em atraso

15/03/2016 128,20

Anterior	Atual	Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura	
08/03/16	9094	08/04/16	9292	1

Demonstrativo

Descrição	Quantidade	Preço	Valor (R\$)
Consumo até 30 kWh-BR	30	1,418	4,33
Consumo - 31 a 100 kWh-BR	70	1,119	7,35
Consumo - 101 a 220 kWh-BR	98	1,119	10,44
Adic. B. Amarela			1,84
Subsídio			16,35
ICMS			12,81
PIS			0,88
COFINS			3,18
LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			
CONTRIB. SERV. LUM. PÚBLICA			3,42
JUROS DE MORA 02/2016			1,07
MULTA 02/2016			2,21
ATUALIZAÇÃO MONETÁRIA 02/2016			0,68
Devolução Subsídio			16,35

Histórico de Consumo (kWh)

Mar/16	220
Fev/16	188
Jan/16	207
Dez/15	171
Nov/15	188
Out/15	187
Set/15	210
Ago/15	155
Jul/15	169
Jun/15	217
Mai/15	221
Abr/15	194

Media dos últimos meses
184 kWh

	BASE DE CÁLCULO	ALÍQUOTA	VF (L) - R\$
ICMS	121,88	27,00	32,91
PIS	121,88	0,5701	0,88
COFINS	121,88	2,8100	3,18

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

13/04/2016

R\$ 103,92





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 de Polícia Civil
Data: 12.04.2016

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 Tarcísio Burty, 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, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 15 dezembro de 2015


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137




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 consta em nossos registros, sob 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 Batista da Silva, Bairro: Mangabeira - João Pessoa - aproximadamente às 15:20 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Complexo Hospitalar Tarcísio Burity (Ortotrauma - Mangabeira).

João Pessoa, 20 de Abril de 2015.


Jefferson da Rocha Augusto
Estatístico 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

NIT:

1660082756-5

APS:

13.0.01.080

Número do Benefício:

607.823.031-3

Data de Concessão do benefício:

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 Benefício = 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 Benefício = 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 Tarcísio 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 nosocômio.

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

13ServicoPROCORAMADAAndarRequer-copia-recebo-pessoa-SAD-TERCEIRA-VI-JOAO DA SILVA.doc





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Emerson Mox</u>						PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO		
DATA DE ADMISSÃO: <u>01.01.15</u>		DATA DE ALTA: <u>12.01.15</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA			
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Sangramento na ferida operatória</u>						CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Amnésia</u>							
OUTROS DIAGNÓSTICOS							
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Hemograma e Exame físico</u>							
PROCEDIMENTO REALIZADO:							
TERAPÊUTICA 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							
CONDIÇÕES DE ALTA							
<input type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO							
RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)							
DIETA: <u>Humana</u>						ORIENTAÇÕES PÓS ALTA	
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: <u>Cefalexina e Duflo</u>							
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos.							
Ao Ambulatório do _____ em 30 dias para revisão.							
DATA: <u>12.01.15</u>						Dr. Luiz Joviano Medeiros Ortopedia e Traumatologia CRM - PB 8637	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar						ASS. MÉDICO / CRM	
Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.							





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Rnasson Max herni</i>		PRONTUÁRIO Nº			
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>29.09.14</i>		DATA DE ALTA <i>26.12.14</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Stx infectada de decaps</i>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>du puer</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Radiografia e Cere fresco</i>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>Osteomielite</i>					
TERAPÊUTICA 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					
CONDIÇÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: *puer*

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: *Cefalexina e Duflo*

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

26.12.14

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar

Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.







Complexo Hospitalar
MANGABEIRA
FUNDADA EM 1963



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME: <u>Rafaelson Max</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE	SEXO	COR	CLÍNICA	ENF	LEITO
DATA DE ADMISSÃO: <u>30.08.14</u>		DATA DE ALTA: <u>12.09.14</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>Fratura Diáfise da tíbia</u>					CID
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: <u>Fratura Diáfise da tíbia</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES: <u>Radiografia</u>					

PROCEDIMENTO REALIZADO:

Osteossíntese

TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA

ANATOMIA PATOLÓGICA

INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☒ NÃO

COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☒ NÃO

RESULTADO BACTERIOLOGIA

CONDIÇÃO DE ALTA: ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

RESUMO CLÍNICO HISTÓRIA EVOLUÇÃO TERAPÊUTICA COMPLICAÇÕES

Paciente admitido com fratura de tíbia e fêmur
com fraturas

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: livre

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: _____

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

12.09.14
DATA

ASS. MÉDICO / CRM: _____

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



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: R. W. A. V. S. S. O. N.
Maria de Lima

DATA DO ATENDIMENTO: 01/01/15

Nº PRONTUÁRIO: FICHA:

MÉDICO (CARIMBO): Dr. U. J. J.

DIAGNÓSTICO: Dr. R. J. J.

PROCEDIMENTO: Dr. J. J. J.

Dr. Antonio Jurema

SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.

ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
 Sr.(a) R. W. A. V. S. S. O. N. 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
sessenta dias, a partir desta data.

João Pessoa, 12.01.2015

Dr. Luiz Jurema
 Otorrinolaringologista
 CRM - PB 8637

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 Duarte, S/N, CEP 56055-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Marcelo Mx 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 Ax Infecção de pele e de tecidos, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 30
Conto e vinte dias, a partir desta data.

João Pessoa, 29.08.14

Dr. Luiz Juvenio
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 Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



**JOÃO PESSOA****RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL**

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	10.202.434/0001-287
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA	
CRM:	GOVERNADOR TARENO BURITTY
R. Agente Fiscal José Duarte, s/n	
Endereço Completo e Telefone:	
JOÃO PESSOA - PB	
Cidade:	UF:

1ª Via retenção da Farmácia ou drogaria
2ª Via Orientação ao Paciente

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Uso oral
Dipropionato de Betametazona 0,5mg - 270cp
Tomar 04 comprimidos de 818h,
Data 07.10.15 por ais 3 meses.

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

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	
Assinatura do Farmacêutico	Data



**JOÃO PESSOA****RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL****IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE**

Nome Completo:

10.202.434/0001-281

CRM: COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA

Endereço: GOVERNADOR DISCIPULUS

Mangabeira II, CEP 58055-384

Cidade: JOÃO PESSOA, PB

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

CARIMBO E ASSINATURA DO MÉDICO

Paciente:

Endereço:

Prescrição:

Data:

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) Rheyson Max de Lima 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 P72.3, devendo permanecer afastado(a) de suas atividades laborativas por um período de 90 (noventa) dias, a partir desta data.

João Pessoa, 30/08/2014
José Rennó Guimarães
MÉDICO
CRM 8121
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 Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Phelso Henrique

Acossol

Ofinho fend
150mg
1 cp 1x ao
dia.

Dr. Carlos Gomes Pereira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 65017-01/12/63

Assinatura e Carimbo

30/08/2016

RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: RHAYSSON MA

2.500 ORT

ifmaxsrio 400006
10mg 01 cp 12-12/1

21480000
10mg 01 cp 6/6/11

Dr. Luiz Henrique
Ortopedia e Traumatologia
CRM 65017-01/12/63

Assinatura e Carimbo





RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Rherson M. Silva

Acetaminofeno

1000mg
1 cp 3x ao dia

Dr. Ronaldo Gomes Pereira
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia de Joelho
CRM 6850 TEOT 12163

Assinatura e Carimbo

(30/08/15)

