

**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI**
ADVOCACIA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE- IZABEL PEREIRA DA SILVA, brasileira, solteira, alfabetizada, maior, autônoma, portador do CPF sob nº-093.094.454-24 e RG nº 8.811.610 SDS-PE, residente, rua- ESTRELA, Nº 84-QD-R LT-17, SÃO DOMINGOS, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na OAB/PE n. 22.362 e 28.570, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 - 99797.7634.

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, **IZABEL PEREIRA DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 19/03/2020



IZABEL PEREIRA DA SILVA.



**EWERSON VILAR &
RENATHA CAVALCANTI**
ADVOCACIA

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE- IZABEL PEREIRA DA SILVA, brasileira, solteira, alfabetizada, maior, autônoma, portador do CPF sob nº-093.094.454-24 e RG nº 8.811.610 SDS-PE, residente, rua- ESTRELA, Nº 84-QD-R LT-17, SÃO DOMINGOS, SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE

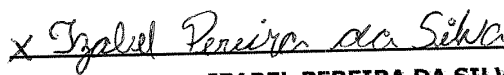
OUTORGADOS: RENATHA CATHARINA CAVALCANTI E SILVA e EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiros, casados, advogados, inscritos, respectivamente, na OAB/PE n. 22.362 e 28.570, com endereço profissional na Av. Agamenon Magalhães, 4318 - sala 1510 - Paissandú - Recife - PE - Cep. 52010-075 - Fone: (81) 3445.0715 - 98610.8166 - 99982.1579 - 99797.7634.

PODERES: Da cláusula "Ad Judicia" representando o outorgante perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, firmar e prestar compromisso, acompanhar andamento de processo, desarquivar processo, recorrer, apresentar contrarrazões, executar, indicar provas e testemunhas, requerer, receber, levantar e dar quitação de Alvarás Judiciais perante as Instituições Financeiras, pedir a justiça gratuita e **assinar declaração de hipossuficiência econômica**, em conformidade com a norma do art. 105 do NCPC, podendo ainda substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato específico.

CONTRATO DE HONORÁRIOS: Pelos serviços o(a) **OUTORGANTE** se obriga a pagar à **OUTORGADA**, o percentual de 30% (trinta por cento) sobre o valor bruto de qualquer benefício que venha a ser auferido proveniente do presente feito, tanto judicial quanto extrajudicialmente, independentemente de haver ou não pagamento de honorários pela parte adversa, devendo o respectivo valor ser retido nos autos, com a liberação dos valores atinentes aos honorários em alvará distinto em nome do patrono.

DECLARAÇÃO DE POBREZA: Eu, **IZABEL PEREIRA DA SILVA**, DECLARO, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE-PE 19/03/2020



IZABEL PEREIRA DA SILVA_.



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADANIA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE LICENCIAMENTO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

IZABEL PEREIRA DA SILVA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR / UF
8811610 SDS PE

CPF
093.094.454-24

DATA NASCIMENTO
16/02/1987

FILIAÇÃO
LUIZ GONZAGA DA SILVA
MARIA DAS GRACAS PEREIRA

PERMISSÃO
ACC
CAT. HAB.
A3

Nº REGISTRO
05621375003

VALIDADE
20/05/2023

Nº HABILITAÇÃO
18/10/2012

OBSERVAÇÕES

Isabel Pereira da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
SANTA CRUZ DO CAPIBARIBE, PE

DATA EMISSÃO
22/05/2017

Assessor: Anderson Sousa Ribeiro
Diretor Presidente

ASSINATURA DO EMISSOR

55473052687
PE079038565

PERNAMBUCO

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL
1422825663

PROIBIDO PLASTIFICAR
1422825663



Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.635.932/0001-08 | Insc. Est. 0066843-93 | www.celpe.com.br

DADOS DO CLIENTE

IZABEL PEREIRA DA SILVA

CPF: 093.094.454-24 NIS: 16299291908

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS
Monofásico

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA

RUA ESTRELA 84 QD-R1 LT-17

SÃO DOMINGOS/SÃO DOMINGOS
BREJO DA MADRE DE DEUS PE
55170-000

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7007013048	02/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA DE PAGAMENTO
04/03/2020	26/03/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
10,22	

Nº DA NOTA FISCAL	SERIE	EMISSÃO
099375080	ÚNICA	26/02/2020
APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA UNIDADE
26/02/2020	2011404740	5394176

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,09987836	2,99
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	6,0000000	0,17087718	1,02
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,09172148	2,75
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	6,0000000	0,15723684	0,94
Acrescimo Bandeira AMARELA			0,01
Contrib. Ilum. Pública Municipal			1,91
Multa por atraso-NF 090683920 - 26/12/19			0,23
Multa por atraso-NF 094466917 - 26/01/20			0,20
Juros por atraso-NF 090683920 - 26/12/19			0,12
Atualização IGPM-NF 090683920 - 26/12/19			0,05

TOTAL DA FATURA

10,22

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL							
Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSUMO (kWh)
3011132487	CAT	26-01-2020	3.684,00	26-02-2020	3.700,00	29	36,00

HISTÓRICO DE CONSUMO	INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS	COMPOSIÇÃO DO CONSUMO
Mês/Ano kWh	BASE DE CÁLCULO	ICMS
FEV 20 36	7,71	0,75
JAN 20 43	7,71	0,75
DEZ 19 48	7,71	0,75
NOV 19 40	7,71	0,75
OUT 19 42	7,71	0,75
SET 19 39	7,71	0,75
AGO 19 30	7,71	0,75
JUL 19 30	7,71	0,75
JUN 19 30	7,71	0,75
MAY 19 38	7,71	0,75
ABR 19 41	7,71	0,75
MAR 19 38	7,71	0,75
FEV 19 33	7,71	0,75

INFORMAÇÕES IMPORTANTES
Pague no ponto mais perto de você! Copiar e colar o código QR para facilitar o pagamento. O cliente é responsável por verificar o valor da fatura e a validade da mesma. O cliente é responsável por verificar o valor da fatura e a validade da mesma. O cliente é responsável por verificar o valor da fatura e a validade da mesma.

As condições gerais de fornecimento e utilização de energia elétrica estão disponíveis em: www.celpe.com.br. O cliente é responsável por verificar o valor da fatura e a validade da mesma. O cliente é responsável por verificar o valor da fatura e a validade da mesma. O cliente é responsável por verificar o valor da fatura e a validade da mesma.

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERMISSÕES	TEMPO DE TENSÃO
CONJUNTO	LIMITE DE VARIAÇÃO (V)
SANTA CRUZ DO	MÍNIMO

**SINISTRO 3180610983 - Resultado de
consulta por beneficiário**

VÍTIMA IZABEL PEREIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO

PEDIDO DE INDENIZAÇÃO ARUANA

SEGURADORA S/A

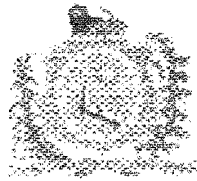
BENEFICIÁRIO IZABEL PEREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 09309445424

Posição em 08-01-2019 08:38:52

Seu pedido de indenização foi negado. Enviamos carta, para seu endereço, com mais informações sobre a conclusão da análise do seu processo.





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DINTER1 - 17ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLÍCIA CIVIL - SANTA CRUZ
DO CAPIBARIBE

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0048001780

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 11/12/2017 às
17:04

Complementa o BO Número: 17E0048001289

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado)
que aconteceu no dia 17/9/2017 no período da Tarde

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1.
ESTRADA DO SÍTIO OLHO D'ÁGUA DO PULCÃO - Bairro: ZONA RURAL -
BREJO DA MADRE DE DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

DESCONHECIDO (AUTOR / AGENTE)
IZABEL PEREIRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
DESCONHECIDO
VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a):
IZABEL PEREIRA DA SILVA

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

DESCONHECIDO (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Naturalidade: NÃO
INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL

IZABEL PEREIRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: MARIA
DAS GRACAS PEREIRA Pai: LUIZ GONZAGA DA SILVA Data de Nascimento: 10/2/1997
Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL
Endereço Comercial: MUNICÍPIO DE BREJO DA MADRE DE DEUS, 1, RUA ESTRELA, 24
(CASAS DA CAIXA) - CEP: 0 - Bairro: SÃO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE
DEUS/PERNAMBUCO/BRASIL

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)



MOTOCICLETA 1 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **IZABEL PEREIRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IZABEL PEREIRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG 125** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Placa: **OY08871** (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Chassi: **9C2JC4120ER032742**

MOTOCICLETA 2 (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**, que estava em posse do(a) Sr(a): **DESCONHECIDO**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/NÃO INFORMADO/NÃO INFORMADO** Objeto apreendido: **Não**
Quantidade: **1 (UNIDADE)**

Complemento / Observação

A VITIMA RELATA QUE ESTAVA TRANSITANDO COM SEU VEICULO PELA VIA DO FATO, QUANDO FOI SURPREENDIDA POR UM DESCONHECIDO QUE VINHA CONDUZINDO OUTRA MOTOCICLETA. A VITIMA AFIRMA QUE APESAR DA VIA SER UMA ESTRADA DE BARRO, A VITIMA VINHA CONDUZINDO SEU VEICULO DE MANEIRA CORRETA, DANDO ESPACO SUFICIENTE PARA OUTRO VEICULO PASSAR NO SENTIDO CONTRARIO. CONTUDO O DESCONHECIDO VEIO COM SEU VEICULO DE FRENTE PARA O VEICULO DA VITIMA, E COLIDIU. A VITIMA AFIRMA QUE COM A COLISAO CAIU NO CHAO, E COM A QUEDA SEU VEICULO FICOU TODO DANIFICADO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Izabel Pereira da Silva
IZABEL PEREIRA DA SILVA
(VITIMA)

B.O. registrado por: **FILIPPE BISPO MARTINS DA SILVA** - Matrícula: **350613-4**





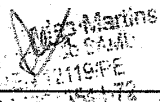
Prefeitura Municipal do Brejo da Madre de Deus

DECLARAÇÃO

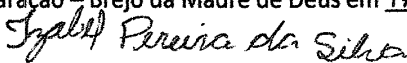
Declaro para os devidos fins, em atenção ao pedido da Sra. Izabel Pereira da Silva, portadora do RG.: 8811610 SDS/PE e do CPF.: 093.094.454-24 que consta nos registros de ocorrência do SAMU BASE Descentralizada, atendimento realizado por este serviço a mesma com ID 0319 no dia 17/09/17, às 12H:37min., no Sítio Olho D'água próximo a capela de Santa Rita, vítima de acidente por colisão motoXmoto, tendo sido enviado a USB de São Domingos, que prestou atendimento a vítima no local, transportando para Policlínica de São Domingos sendo atendida pela equipe da Unidade.

De acordo com o registro de informações do SAMU, foram realizados na paciente imobilização da Coluna Cervical e Utilização de prancha.

Brejo da Madre de Deus, 08 de novembro de 2017.


Márcia Mendes Martins
Coordenação de Enfermagem
COREN 121191

Recebi esta declaração - Brejo da Madre de Deus em 17/11/17



Praça Vereador Abel de Freitas, S/N - Centro - Brejo da Madre de Deus - PE
CEP. 55.170-000 - CNPJ. 10.091.578/0001-77 - 811 3747-1156



PREFEITURA DE BREJO DA MADRE DE DEUS-PE
SECRETARIA DE SAÚDE
POLICLÍNICA SENADOR WILSON DE QUEIROZ CAMPOS

São Domingos, 17 de setembro de 2017

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, IZABEL PEREIRA DA SILVA entrada nessa unidade de Saúde no dia 17/09/2017 as 13:58. Vítima de acidente motociclístico. Sendo atendida em caráter de urgência nesta unidade de saúde . Registro de entrada nº 9884847

Atenciosamente,

ADIREÇÃO.

Vanuzza do Carmo Costa
[Assinatura]
Policlínica São Domingos - Diretora



POLICLÍNICA SÃO DOMINGOS

SÃO DOMINGOS - BREJO DA MADRE DE DEUS

FICHA DE EMERGÊNCIA

DATA: 17/04/17

HORA DO ATENDIMENTO: 13:58

NOME: Izabel Pereira de Silva

DATA DE NASCIMENTO: 16/02/87

IDADE: 30

TRAZIDO POR E/OU NOME DA MÃE: F

ENDEREÇO: Casas do Lixo R. Estrela 24

BAIRRO: COM. VIL.

MÉDICO A.V.: Dr. T. (X)

REC. EM EMERGÊNCIA: INTERPRETAR: Doyle

HDA: - Acidente de trânsito (moto - mal
- apresentação lesão externa (coto) na
região frontal
refere náuseas sem vômitos
glagau (14-15)

EXAME FÍSICO:

PRESSÃO ARTERIAL: 121/71

TEMPERATURA: 36,2

CONDIÇÃO: 500ml (E)
transparência: HR Normal
Sentido: 5258007

CONSULTA SIMPLES ()

CONSULTA COM OBSERVAÇÃO ()

TRANSFERÊNCIA ()

Dr. Jiskli R. S. Ca.
Médico
CRM 16544

Medico





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE



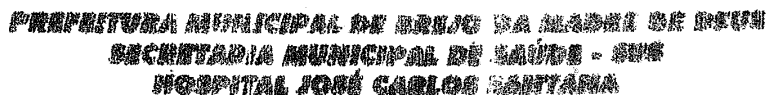
Esta conta deverá ser paga com recursos públicos

ENCAMINHAMENTO À UNIDADE PERNAMBUCANA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA DE BMO

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
Nome Completo:	<u>Isabel Pereira da Silva</u>
Data de Nascimento:	<u>16 / 2 / 07</u> Sexo: ☐ Masculino ☒ Feminino
Nº Cartão SUS:	<u>706 3007 1928 9279</u> CPF/RG:
Nome da mãe:	
Endereço:	<u>RJ Estrela, 84</u>
Município:	<u>BOMD</u> CEP:
Telefone:	Celular: <u>(01) 99463 0192</u>
UNIDADE DE ORIGEM:	<u>PSF II</u>
Equipe de Saúde da Família:	<u>Microdona</u>
MUNICÍPIO:	
HISTÓRIA CLÍNICA	
RESUMO DO CASO:	<u>Paciente que apresenta trauma craniano leve em região frontal há 2 meses e vem por apresentar dor de cabeça diários acompanhada de enjoos em ocasiões. Apresenta tonturas frequentes.</u>
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA (HD):	<u>Trauma craniano leve + cefaleia.</u> <u>LID 10: 500</u>
EXAMES REALIZADOS (DATAS E RESULTADOS):	
OBSERVAÇÕES:	
IDENTIFICAÇÃO DO MÉDICO SOLICITANTE	
DATA:	<u>20 / 11 / 17</u>
	<u>Valter Del Carmo</u> RMS PE- <u>16020</u> Médico Solicitante Assinatura, Carimbo e CRM
AGENDAMENTO PARA:	
ESPECIALIDADE:	<u>Neurologista</u>
DATA DA CONSULTA:	
	HORÁRIO:

Se necessário, usar o verso para continuação de informações





DATA: 17-9-17 HORA: 14:40 ADMISSÃO: 17/9/2017 Informante: 1 Informante:

NOME DO PACIENTE: Tafel R. de S.

N.º DO FRONTEIRO: 78842047 SEXO: F IDADE: 30

DESTINO: HOSPITAL HR DATA: 11/01/2011 HORA: 14:00

DESTINO FINAL	DATA	HORA

Index-5258004.

RESUMO DIAGNÓSTICO: *paciente com quadro de síndrome de Down, com alterações físicas e psicológicas, sendo encaminhado para tratamento multidisciplinar.*

JUSTIFICATIVA: *12/21/2010*

DATA: 17-7-67

HORA _____

Dr. Jiskii R. G. Garcia
Medico
CRM 16544

MÉDICO ENCAPSULADOR

ASSER. E CARINATO

DIRECTOR DANIELSON

魚類學、動物地理學



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº: 866522

Nome: Roberto Ferreira da Silva

Foi atendido às _____ h do dia 17, 09, 17

Diagnóstico Provável quebra de osso da base do crânio

de Exatex data da alta 17, 09, 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :

CEFALEIA (dor de cabeça que não alivia)

VÔMITOS

PARALISIAS (que aparecem após a alta)

ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)

CONVULSÃO

OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja

Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação: _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar em emergência.



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

SERVIÇO DE NEUROTRAUMATOLOGIA - FICHA DE ESCLARECIMENTO

Atendimento nº : 866522

Nome : Robel Barreira Silva

Foi atendido às _____ h do dia 17, 09, 17

Diagnóstico Provável quebra de braço

de Excolpe data da alta 17, 09, 17

Este paciente deverá retornar para EMERGÊNCIA em caso de :
CEFALÉIA (dor de cabeça que não alivia)
VÔMITOS
PARALISIAS (que aparecem após a alta)
ANISOCORIA (MENINA DOS OLHOS MAIOR DO QUE A OUTRA)
CONVULSÃO
OBS : Analgésicos que podem ser utilizados desde que não haja
Alergia (NOVALGINA, ANADOR, TYLENOL)

Voltar ao ambulatório de NEUROCIRURGIA

Observação : _____

ATENÇÃO : Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatorial para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação, Nº 04 / 2002 do Ministério Público do Estado de Pernambuco.

Cod. 0163





Prescrição

RECEITUÁRIO

NOME: Izabel Pereira do Silva

Laudo Médico

Paciente refere ter sido vítima de Acidente de trânsito (motocicleta) em Setembro tendo sido atendida no Hospital de Restauração com traumatismo no crânio. No momento exame neurológico Normal. Presença de cicatriz em região frontal esquerda.

Adriana Gusmão

Neurologista

CRM 1573

MÉDICO CRM

20/02/2018

DATA

End. Rua Recife, s/n. Cajueiro Seco - Igaratá dos Guararapes
Fone: 31844201

