



5º OFÍCIO

CARTÓRIO PADRE CÍCERO

02.663.815/0001-86

Juazeiro do Norte - CE

CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA

Tabelião

SONIA DE DEUS CARVALHO ROCHA

DANIELLE CARVALHO DE QUEIROZ ROCHA

Substituto

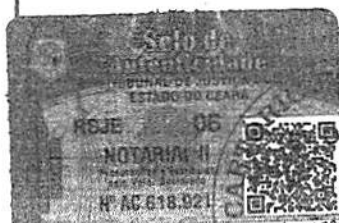
ESCRITURAS, PROCURAÇÕES, PROTESTOS, REGISTRO DE IMÓVEIS, REGISTRO DE TÍTULOS E DOCUMENTOS, AUTENTICAÇÕES, RECONHECIMENTO DE FIRMA, REGISTRO DE PESSOAS JURÍDICAS ETC...

ESCRITURA PÚBLICA DECLARATÓRIA que faz e assina:
FRANSILANIO DE FIGUEIREDO SILVA como outorgante declarante.

SAIBAM todos quantos esta pública escritura virem que aos treze dias do mês de maio do ano de dois mil e quinze (13/05/2015), nesta cidade de Juazeiro do Norte, Estado do Ceará, em serventia cujos serviços a mim foram regularmente delegados pelo Poder Público Estatal, compareceram como Outorgante declarante: **FRANSILANIO DE FIGUEIREDO SILVA**, brasileiro, solteiro, autônomo, não alfabetizado, portador da CI/RG nº 2007936650-8 SSPDS/CE e inscrito no CPF sob o nº 060.971.513-57, residente e domiciliado na Rua -17, nº 17, Malvina, Barbalha/CE, ora em trânsito nesta cidade, e de cuja capacidade jurídica dou fé, pelo outorgante/declarante me foi dito de sua consciência, na forma e sob as penalidades legais, para todos os fins de direito que: "na qualidade de beneficiário do valor referente a indenização/reembolso do seguro DPVAT da vítima **FRANSILANIO DE FIGUEIREDO SILVA**, autorizo a Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT a efetuar o crédito na Conta 30729-5, Agência 1957 de Barbalha/CE, op 013, da Caixa Econômica Federal. Declaro que a referida conta é de minha titularidade e uma vez efetuado o pagamento/crédito da indenização, de acordo com as informações acima descritas, reconheço o recebimento e dou como quitado o valor da referida indenização. Declaro, ainda que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido na Rua -17, nº 17, Malvina, Barbalha/CE, em anexo documento comprobatório em nome de terceiro e declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal-IML para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei 6.194/74), uma vez que o estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT, e com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento e análise de minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter a perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau de lesão, ou lesões, para fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74, também declaro estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de impugná-la, caso discorde do seu conteúdo". Era o que tinha a declarar. Assim o disse, do que dou fé. Aceitam

RUFINO DE OLIVEIRA, brasileiro, casado, corretor de imóveis, portador da CNH n° 04883624800, onde consta a CI/RG n° 2003029161989 SSP/CE e inscrito no CPF sob o n° 025.171.133-19, residente e domiciliado na Rua José Martins Filho, n° 1286, Campo Alegre, nesta cidade e LUCIANO NASCIMENTO DE SOUZA, brasileiro, divorciado, invernizador, portador da CI/RG n° 1733576-88 SSP/CE e inscrito no CPF sob o n° 769.996.703-82, residente e domiciliado na Av. Castelo Branco, n° 3906, Novo Juazeiro, Juazeiro do Norte-CE e assina a rogo do declarante, a Sra LUZANIRA DE FIGUEIREDO SILVA, brasileira, separada judicialmente, do lar, portadora da CI/RG n° 98097058565 SSPDC/CE e inscrita no CPF sob o n° 631.495.083-04, residente e domiciliada na Rua -17, n° 17, Malvina, Barbalha/CE, ora em transito nesta cidade. Depois de escrita esta, eu a li em voz alta perante outorgantes que a aceitaram, outorgaram e assinam. Eu, CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA, Notário, a subscrevi e assino. (A): FRANSILANIO DE FIGUEIREDO SILVA; LUZANIRA DE FIGUEIREDO SILVA; MAURICÉLIO RUFINO DE OLIVEIRA e LUCIANO NASCIMENTO DE SOUZA. Está conforme o original. Digitei, li e assino em público e raso do que uso. Em testemunho _____ da verdade. Dou fé.

CARLOS THADEU DE QUEIROZ ROCHA



CARTÓRIO PADRE CÍCERO
Sua Excelência, Juazeiro do Norte (CE)
Int. 10/03/2017 - 11h21
Lima
EXC. ENTE AC. UNIZADO



Ministério da Fazenda
Secretaria da Receita Federal do Brasil

Comprovante de Situação Cadastral no CPF

Nº do CPF: 060.971.513-57

Nome da Pessoa Física: FRANSILANIO DE FIGUEIREDO SILVA

Situação Cadastral: REGULAR

Dígito Verificador: 00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL E PERÍCIA FORENSE

Polegar Direito

Não Alfabetizado(a)

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDADE: 10/10/2011

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL: 2007936650 - 8 DATA DE EXPEDIÇÃO: 26/07/2011

NOME: FRANSILANIO DE FIGUEIREDO SILVA

FILIAÇÃO: JOSÉ CRUZ DA SILVA

LUZANIRA DE FIGUEIREDO SILVA

NATURALIDADE: BARBALHA - CE

DATA DE NASCIMENTO: 13/02/1994

DOC. ORDEM: CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: NARROCS TERMO: 39838 FOLHA: 58V

LIVRO: A-39 JUAZEIRO DO NORTE - CE

CPF: 060.971.513-57

1 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR: [Assinatura]

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.: 177

Este documento é o comprovante de inscrição no CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS - CPF, válida e exigência por terceiros, salvo nos casos previstos na Legislação vigente.

Assinatura *Luizana de Figueiredo Silva*

LUZANIRA DE FIGUEIREDO SILVA

VÁLIDO EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

Emitido em : 09/05/98

S E R P R O

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Luizana de Figueiredo Silva

CARTeira DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
LUZANIRA DE FIGUEIREDO SILVA

Nº de Inscrição
631495083-04

Data do Nascimento
12/09/66

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 98097050565 DATA DE EXPEDIÇÃO 30/4/1998

NOME LUZANIRA DE FIGUEIREDO SILVA

FILIAÇÃO JOSE DE MARIA DE FIGUEIREDO E N
ILZA SABINO DANTAS

NATURALIDADE BARBALHA-CE

DATA DE NASCIMENTO 12/9/1966

DOC. ORIGEM CERT. CASAM. 3741 L B.32 F

CPF 05 BARBALHA/CE

ASSINATURA DO TITULAR

LEIN 7115 DE 29/06/98

Nº DO CLIENTE
1038377-8

Para a geração automática, utilize o código de barras
sempre que estiver em contato conosco

coelce
uma empresa endesa brasil

Rua Padre Valdevino, 150 - CEP 63135-000 - Fortaleza, CE
CNPJ 07.047.251/0001-77 - CCF 06.105.545-4
A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438, de 26 de abril de 2002

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA (GRUPO B) SÉRIE B-FI Nº **329994462**

Rota **13 13010 01 015400 - 7**

Nome **LUZANIRA DE FIGUEIREDO SILVA**

End. Postal **RU P 17 STA TEREZINHA II 00017
SANTA TEREZINHA - BARBALHA - 63180000**

Medidor **5533542**

Classe **01 RESIDENCIA! MONOFASICO BAIXA RENDA**

RG / CPF / CNPJ **63.1495083-04**

Nome do Responsável

Data de Emissão **17/01/2014**

Posto **0000 A815**

Fator de Potência **0,00**

CGF

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Próximo Período Letura
Jan/2014	17/01/2014	17/02/2014

ICMS

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto
ISENTO		

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Conjunto **BARBALHA**

Mês **Nov 2013**

Padrão **6000 kWh**

Apuração Individual **6182 4,59**

	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIC	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,00			0,00		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Anual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Const. Incl.	Const. Excl.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
9664	6603	1,00	61	0,00	0	0,23	13,74

12/01/14	12/12/13	01/01/14	01/12/13	VALOR (R\$)
				0,07

VR. CONSUMO DO MÊS PREÇO NORMAL	18,81
DESCONTO TARIFA SOCIAL-BAIXA RENDA	-9,84
MULTA MORATORIA REF 12/2013	0,14
CORRECAO MONETARIA DO MÊS	0,03
JUROS DO MÊS	0,18
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	2,44
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,17
SEGURO SUPER 3 + 1	3,07

VENCIMENTO **03/02/2014**

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	18,81
Transmissão	0,00
Distribuição	0,00
Encargos Setoriais	0,00
Tributos (PIS, COFINS)	0,00
TOTAL	18,81

TOTAL A PAGAR (R\$) **15,00**

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

Mês	Consumo (kWh)	Valor (R\$)
12/01/14	61	13,74
11/01/14	61	13,74
10/01/14	61	13,74
09/01/14	61	13,74
08/01/14	61	13,74
07/01/14	61	13,74
06/01/14	61	13,74
05/01/14	61	13,74
04/01/14	61	13,74
03/01/14	61	13,74
02/01/14	61	13,74
01/01/14	61	13,74

importante

CONTAS EM ATRASO

REMISSÃO DE VENCIMENTO:
Informamos a partir de 01/01/2014, conforme Lei nº 12.227 de 2010, Art. 1º, inciso I, que a não entrega de energia elétrica após decorridos 15 dias do envio desta comunicação, faz com que o cliente seja considerado em atraso, sendo o valor devido acrescido de multa moratória e juros, além de ser cancelado o fornecimento, sendo encerrado o contrato.

Consta desta fatura R\$ 0,31 referente a PIS e COFINS.

A partir de 2014, a Coelce adotará o sistema de Bandejas Tarifárias. A bandeira Verde não implica cobrança adicional. As bandeiras Amarela e Vermelha, quando acionadas, implicam cobrança de maior valor, devido ao maior custo de geração. No mês de Jan 2014, a bandeira Amarela, a qual implicava R\$ 0,015/kWh de acréscimo ao valor da tarifa, líquido de impostos, foi informada em www.coelce.ce.gov.br.

DEBITOS ANTERIORES

Mês Ano	Valor R\$
11 2013	15,99
12 2013	10,19

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por FABIO MONTEIRO ARRAS MEDEIROS e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/03/2017 às 11:21, sob o número 01176174320178060001. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 01176174320178060001 e código 29B23CA.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 421 - 2000 / 2014

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **LESAO CORPORAL CULPOSA - TRANSITO**

Data / Hora da Comunicação: **07/08/2014 13:49:46**

Data / Hora da Ocorrência : **06/08/2014 05:30:00**

Endereço da Ocorrência: **R P 17 17**

MALVINAS BARBALHA /CE

Ponto de Referência:

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

Histórico

Advertido das penalidades constantes no Código Penal Brasileiro, disse que no dia, hora e local acima citados, um carro que não sabe falar sobre sua identificação, todavia, seu namorado - **CARLOS BIRMARCK DOS SANTOS FEITOSA**, residente na Rua P 18, Malvinas, nesta cidade- registrou em fotografias o veículo, como também a sua placa) invadiu a casa onde mora, quebrando a fachada da residência, atingindo seu irmão, **FRANSILANIO DE FIGUEIREDO SILVA**, 20 ANOS, que, no momento, dormia na sala; que duas pessoas estavam no carro, conhecendo uma delas pelo nome de **NANDO**, que diz residir em Missão Velha e a outra não sabe quem é; que, pelo que ouviu dizer, **NANDO** estava dirigindo o veículo; que **FRANSILANIO** teve lesão na coluna e está sendo tratado no HOSPITAL SANTO ANTÔNIO, nesta cidade; que sua irmã, **MAIARA DE FIGUEIREDO SILVA**, 16 ANOS, residente na casa onde ocorreu o fato, viu o momento em que **NANDO** abriu a porta do banco do motorista, instante em que o reconheceu; que **NANDO** saiu correndo, com um ferimento no braço, assim com uma arma numa das mãos; que a PM foi chamada, chegando ao local cerca de uma hora após o fato; que seu namorado, **BISMARCK**, viu o momento em que um dos componentes da composição que atendeu a ocorrência entrou no VEÍCULO FIAT UNO, e o levando para local que desconhece; nada mais disse, encerrando-se o feito.

Noticiante(s)

Nome : **FRANCIMARA DE FIGUEIREDO SILVA**

Endereço : **R P 18 DEFRONTE PADARIA**

Bairro : **MALVINAS**

Município/UF : **BARBALHA CE BRASIL**

Telefonic: **92017937**

DELEGACIA DESTINO: **DELEGACIA MUNICIPAL DE BARBALHA**

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

LINEKER FREIRE FRANCO - MAT.: 404996-1-x

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : **Francimara de Figueiredo Silva**

VISTO DO DELEGADO(A) :

LORNA DE AGUIAR ALENCAR BEZERRA - MAT.: 198798-1-x

[Buscar no site](#)

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

[Nova Consulta](#)

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhados a uma seguradora autorizada do Seguro DPVAT. Após ser analisada, a documentação é disponibilizada para parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3150470948 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANSILANIO DE FIGUEIREDO SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO FUTUROSEG - Regulação de Sinistro Ltda ME.

BENEFICIÁRIO FRANSILANIO DE FIGUEIREDO SILVA

CPF/CNPJ: 06097151357

Posição em 05-01-2017 15:24:24

Pedido de indenização negado conforme carta enviada ao beneficiário.

ACESSIBILIDADE

</Pages/Acessibilidade.aspx></Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx>[A](#) [A](#) [A](#) [O](#)

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

[Documentos Despesas Médicas \(/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx\)](/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)[Documentos Invalidez Permanente \(/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx\)](/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)[Documento Morte \(/Pages/Documentacao-Morte.aspx\)](/Pages/Documentacao-Morte.aspx)[Dicas Indispensáveis \(/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

[Como Pagar \(/Pages/Pague-Seguro.aspx\)](/Pages/Pague-Seguro.aspx)[Consulta a Pagamentos Efetuados \(/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx\)](/Pages/Consulta-a-Pagamentos-Efetuados.aspx)[Informações Gerais \(/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx\)](/Pages/Informacoes-Gerais-Sobre-o-Pagamento.aspx)

ACOMPANHE O PROCESSO

[Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização. \(/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx\)](/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx)

Emissão: 07/08/14 06:34

Atend.Nº: 264174

Paciente: FRANSILANIO DE FIGUEREDO SILVA Idade: 20a 5m 25d Sexo: M
Data Nasc: 13/02/1994 CPF: RG: Est.Civil: SOLTEIRO
Filiação - Mãe: LUZANIRA DE FIGUEREDO SILVA Pai: JOSE CRUZ DA SILVA

Endereço: RUA P DEZESSETE 17 Bairro: MALVINAS
Município: BARBALHA UF: CE CEP: 63180000
Telefone: 8894949027 Profissão: ESTUDANTE Cor: PARDO
Natural.: BARBALHA, CE Religião: NAO INFORMADO Atend: ANNA

Conv.: SUS INTERNADOS Matricula/CNS: Titular:

Responsável.: FRANSILANIO DE FIGUEREDO SILVA CPF:

Médico...: IURI ARAUJO HONCY | Prontuário: 98628
Clínica...: INTERN. CLINICA | Data/Hora.: 06/08/2014 12:11
Setor...: POSTO I - HMSA | Qto/Leito.: 105-07
Carater...: 02 URGENCIA | Tipo Acom.: ENFERMARIA

MOTIVO DO ATENDIMENTO:

HDA:

RESUMO DE TRATAMENTO

HAS () DM () AVC () ALERGIA A DROGAS ()

INTERNAMENTOS PRÉVIOS:

EXAME FÍSICO:

SINAIS VITAIS:

PA = FP = FR = TA =

ACV:

AR.:

ABDOME:

NEUROLÓGICO:

ECG: AO = RV = RM =

PUPILAS:

CONDUTA: 170 conservador do TGO

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO: TGO

ALTA:

TRANSF. P/ LEITO ENF/APTO

TRASNF. P/ MÉDICO:

CONDIÇÕES DE ALTA:

ALTA EM: 13/08/14

PACIENTE / RESPONSÁVEL

MÉDICO(a): 9305 IURI ARAUJO HONCY

SETOR:



Nome:

Médico:

Data:

Clinica:

Francinaldo de F. Silva

RA. 4000

06/08/14

Aptº

DATA	EVOLUÇÃO MÉDICA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO
06	T. R. P. M.	1) Dose 10mg	12:30
08	Paracetamol 1000mg	2) 500mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	3) 1000mg 4000mg	12:30
14	de 08/08/2017	4) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	5) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	6) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	7) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	8) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	9) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	10) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	11) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	12) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	13) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	14) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	15) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	16) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	17) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	18) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	19) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	20) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	21) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	22) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	23) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	24) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	25) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	26) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	27) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	28) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	29) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	30) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	31) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	32) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	33) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	34) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	35) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	36) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	37) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	38) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	39) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	40) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	41) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	42) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	43) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	44) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	45) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	46) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	47) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	48) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	49) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	50) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	51) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	52) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	53) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	54) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	55) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	56) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	57) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	58) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	59) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	60) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	61) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	62) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	63) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	64) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	65) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	66) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	67) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	68) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	69) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	70) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	71) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	72) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	73) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	74) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	75) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	76) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	77) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	78) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	79) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	80) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	81) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	82) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	83) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	84) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	85) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	86) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	87) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	88) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	89) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	90) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	91) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	92) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	93) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	94) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	95) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	96) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	97) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	98) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	99) 1000mg 2000mg	12:30
14	de 08/08/2017	100) 1000mg 2000mg	12:30

Dr. Antônio Marcos Moreira Filho

CRM - 3750

CPF - 092.449.563-49

Dr. Antônio Marcos Moreira Filho

CRM - 3750

CPF - 092.449.563-49

PRESCRIÇÃO ELETRÔNICA DO PACIENTE
HMSA - HOSPITAL MATERNIDADE SANTO ANTONIO

fls. 18

Prescrição: 464896

INPÄS

Paciente: **FRANSILANIO DE FIGUEREDO SILVA**
 Data Presc.: 07/08/2014 08:18:12
 Data Atend.: 06/08/2014 12:11:00
 Prest. Resp.: RESIDENTES DE MEDICINA (CRM 000000)

Sexo: **MASCULINO**
 Convênio: **SUS INTERNADOS**
 Atendimento: 264174(I)

Data Nasc.: 13/02/1994 20a 5m 22d
 Prescrição: 464896
 Leito: **105-07**
 C Custo: **POSTO I -HMSA**

Dietas

Item	Elem	Código	Descrição	Dose	Via	Frequência	Qtde	Total	Início	Fim
01	001	00000392	DIETA LIVRE	1			1		07/08/2014	08/08/2014

Medicações

Item	Elem	Código	Descrição	Dose	Uni	Via	Frequência	Qtde	Total	Saída	Início	Fim
03	001	00010216	SORO FISIOLÓGICO; 0,9% AMPOLA 500ML INTRA VENOSO	1	AMP	VO	08/08	3			07/08/2014	08/08/2014
Horários: 08:00 16:00												
05	001	00010044	BROMOPRIDA; 10MG COMPRIMIDO VIA ORAL	1	CPR	VO	08/08	3			07/08/2014	08/08/2014
Horários: 08:00 16:00												
SE NECESSÁRIO. SN												
06	001	00010712	TILATIL; 40MG/ML AMPOLA 2ML EV/IM	1	AMP	EV	12/12	2			07/08/2014	08/08/2014
Horários: 08:00 20:00												
07	001	00010182	OMEPRÁZOL; 40MG/ML AMPOLA 10ML INTRA VENOSO	1	AMP	ESPECIAL		1			07/08/2014	08/08/2014
Horários: 08:00												

Cuidados

Item	Elem	Código	Descrição	Dose	Uni	Via	Frequência	Qtde	Total	Saída	Início	Fim
08	001	00000406	CUIDADOS SSVV+CCGG					1			07/08/2014	08/08/2014

Prescrição para o paciente Fransilanio de Figueredo Silva, sob o número 011761743, sob o processo 011761743.2017.8.06.0001 e código 29B23CA.

Dr. Iuri Araújo Horta
 CPF: 75.110.163-04

EVOLUÇÃO DA ENFERMAGEM

NOME DO PACIENTE:	LEITO:	PRONTUÁRIO:	DATA:
transmanio, fagundes	105-07	98628	07
MANHÃ:	TARDE:	NOITE:	08
AD La TCC + transtorno	cliente flem	Paciente com KO de	14
neurologia plantar	estudo de	estudo no hem	
do a afritas	consentimento. aceita	no com uente, oves	
3500. refere me-	dieta. afritas	do com paco, as	
lhora. 5. ob du-	dados de enfer-	unidades de enfermagem	
imagem.	17-11-10 x 10		
	30e		