

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

OUTORGANTE	JOSE FRANCINEY BANDEIRA
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	MARCO-CE
Estado Civil	SOLTEIRO (A)
RG nº	98006023992 SSP/CE 19/10/2010
CPF nº	927.796.973-34
Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA CLAUDIO ARAUJO, 798
Complemento	
Bairro	SAO BENTO (PAUPINA)
CEP	60.176-395
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85) 8921-1576 (85)98959-7302 OI

OUTORGADOS: **BRUNO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 22.013, **THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 24.156 e **MARCELO PEREIRA BRANDÃO**, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o nº 26.103, todos com endereço profissional para receber intimações na Rua São Paulo – nº 32 – 2º Andar – Sala 204 – Bairro Centro – CEP: 60.030-100 – Fortaleza/CE, Tel.: (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069 / (85) 3022-0470. E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br / thiago_cs@hotmail.com / marcelobrandao@hotmail.com.

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, quarta-feira, 23 de setembro de 2015.


OUTORGANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

SABOYA & BRANDÃO ADVOGADOS ASSOCIADOS

DECLARAÇÃO

DECLARANTE	JOSE FRANCINEY BANDEIRA
Nacionalidade	BRASILEIRO (A)
Natural	MARCO-CE
Estado Civil	SOLTEIRO (A)
RG nº	98006023992 SSP/CE 19/10/2010
CPF nº	927.796.973-34
Profissão	AUTONOMO
Endereço	RUA CLAUDIO ARAUJO ,798
Complemento	
Bairro	SAO BENTO
CEP	60.176-395
Município/UF	FORTALEZA-CE
Telefones	(85) 8921-1576 (85)98959-7302 OI

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 sua família, nos termos do Art. 5º, LXXIV, bem como de acordo com os mandamentos previstos na Lei nº 1.060/50.

Fortaleza/CE, quarta-feira, 23 de setembro de 2015.


DECLARANTE

RUA SÃO PAULO - Nº 32 - 2º ANDAR - SALA 204 - BAIRRO CENTRO - CEP: 60.030-100 - FORTALEZA/CE

Tels.: (85) 3022-0470 / (85) 9963-8013 / (85) 8636-3030 / (85) 8853-0069

E-mails: brunop.brandao@yahoo.com.br thiago_cs@hotmail.com marcelobrandao@hotmail.com

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE

EU, JOSE FRANCINEY BANDEIRA, BRASILEIRO (A), SOLTEIRO (A), AUTONOMO, PORTADOR DO RG Nº 98006023992 SSP/CE 19/10/2010, INSCRITO NO CPF SOB Nº 927.796.973-34, RESIDENTE E DOMICILIADO(A) NA RUA CLAUDIO ARAUJO, 798, , SAO BENTO, 60.176-395, FORTALEZA-CE, Telefone(s) (85) 8921-1576 (85)98959-7302 OI,

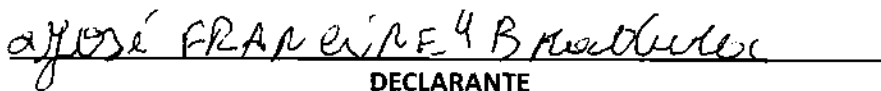
DECLARO PARA TODOS OS FINS A QUE ESTA SE DESTINAR QUE FUI DEVIDAMENTE ESCLARECIDO PELO SR. NAZARENO GOMES DE SOUSA, BRASILEIRO, CASADO, AUTÔNOMO, PORTADOR DO RG Nº 8912005003649 SSPCE, INSCRITO NO CPF SOB O Nº 314.320.693-49 E PELA SRA. SORAYA CRISTINA GOMES BARBOSA, BRASILEIRA, CASADA, AUTÔNOMA, PORTADORA DO RG Nº 4.340.774-0 SSPPR, INSCRITA NO CPF SOB O Nº 590.270.379-49, TODOS COM ENDEREÇO PROFISSIONAL NA RUA SÃO PAULO – Nº 32 – 6º ANDAR – SALA 609 – BAIRRO CENTRO – CEP: 60.030-100 – FORTALEZA/CE, ACERCA DOS DOCUMENTOS NECESSÁRIOS A SEREM APRESENTADOS PARA INGRESSAR COM A PRESENTE AÇÃO JUDICIAL DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT, ASSUMINDO, ASSIM, DE FORMA PLENA, ÚNICA E INTEGRAL A RESPONSABILIDADE POR TODA DOCUMENTAÇÃO ACOSTADA AO PRESENTE PROCESSO ADMINISTRATIVO, BEM COMO PELOS FATOS NARRADOS NESTE.

DESTA FORMA, ISENTO o escritório SABOYA & BRANDÃO – ADVOGADOS ASSOCIADOS, representado através dos advogados BRUNO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 22.013, THIAGO SABOYA PIRES DE CASTRO, brasileiro, solteiro, advogado, devidamente inscrito na OAB-CE sob o Nº 24.156, e MARCELO PEREIRA BRANDÃO, brasileiro, solteiro, advogado devidamente inscrito na OAB-CE 26.103, todos com endereço profissional a Rua São Paulo, 32 2º Andar sala 204 Bairro Centro, CEP – 60.030-100 Fortaleza-CE, DE TODA E QUALQUER RESPONSABILIDADE JURÍDICA (CÍVEL, CRIMINAL, TRIBUTÁRIA, PREVIDENCIÁRIA) E/OU ADMINISTRATIVA, NO QUE TANGE A AUTENTICIDADE, LITISPENDÊNCIA (EXISTÊNCIA DE PROCESSO COM OS MESMOS DOCUMENTOS E/OU DADOS) E VERACIDADE DOS FATOS NARRADOS E DESCRITOS EM MENCIONADOS DOCUMENTOS, ASSUMINDO ÚNICA E EXCLUSIVAMENTE ESTAS RESPONSABILIDADES SOBRE TAIS INFORMAÇÕES.

"AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NO PROCESSO INDENIZATÓRIO DPVAT SÃO DE RESPONSABILIDADE DO BENEFICIÁRIO, SENDO O MESMO INFORMADO QUE A COMUNICAÇÃO DE FATO NÃO OCORRIDO OU INEXISTENTE É CRIME PUNÍVEL NA FORMA DA LEI ART. 339 E 340 DO CPB."

CIENTE DE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES, BEM COMO DA VALIDADE DE MENCIONADO DOCUMENTO, FIRMO O PRESENTE, O QUAL PASSA A VALER A PARTIR DESTA DATA.

FORTALEZA/CE, quarta-feira, 23 de setembro de 2015.


DECLARANTE

TESTEMUNHA

CPF:

TESTEMUNHA

CPF:

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO E REGISTRO CIVIL
SISTEMA DE REGISTRO CIVIL E IDENTIFICAÇÃO BIOMÉTRICA

Placa de Direito

JOSE FRANCINEY BANDEIRA

CARTEIRA DE IDENTIDADE

REGISTRO GERAL 98006023992

DATA DE EXPEDIÇÃO 19/10/2010

NOME JOSE FRANCINEY BANDEIRA

PRINCEIRO

MARIA FRANCISCA BANDEIRA

NATURALIDADE MARCO - CE

DATA DE NASCIMENTO 06/09/1981

DOC. ORIGEM CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 4853 FOLHA: 082V
LIVRO: A-05 MARCO - CE

CPI

2 VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

P. 1



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
927.796.973-34

Nome
JOSE FRANCINEY BANDEIRA

Nascimento
06/09/1981

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO



CÓDIGO DE CONTROLE
979B.6B43.A732.B181

A autenticidade deste comprovante deverá
ser confirmada na Internet, no endereço

www.receita.fazenda.gov.br

Comprovante emitido pela
Secretaria da Receita Federal do Brasil
às 10:35:47 do dia 03/10/2012 (hora e data de Brasília)
dígito verificador: 00

Nº DO CLIENTE
2874943-0

coelce

14 01220 15 02650 - 7 19/01/2015

MARIA ROSANGELA CAVALCANTE
RU MENINO JESUS 00901
PAUPINA - FORTALEZA - 60176395
4892736 1080 1251
01-RESIDENCIAL MONOFASICO 0,00
988910143-20

Mês de Referência	Previsão Próxima Leitura	Mês de Referência	Previsão Próxima Leitura
Jan/2015	19/01/2015	20/01/2015	

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
58,73	2,00	15,00	5,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			3,30	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
			2,94						

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
1487	1375	1,00	112	0,00	112				

Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
10.01.15	19.12.14		21.01.15	112					58,73

VALOR CONSUMO DO MES 58,73
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL 6,83
SEG FAMILIA RES SUP 3 + 1 PLAN01-08006000560 3,66

VENCIMENTO 01/01/2015 **TOTAL PAGO** 0,12

COMPOSICAO DO VALOR DE CONSUMO **COMPOSICAO DE CONSUMO CONSCIENTE**

Item	Valor	Item	Valor
Energia	28,00	Jan	63
Transmissão	0,00	Fev	112
Distribuição	11,25	Marc	95
Encargos Setoriais	1,01	Abr	103
Tributos (PIS, COFINS)	16,42	Mai	91
TOTAL	58,73	Jun	78
		Jul	74
		Ago	80
		Sep	58
		Out	65
		Nov	63
		Dez	69

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSOES DE CO₂ (kg/kWh)

Item	Valor	Item	Valor
Emissões totais	48,41	Compensação	0,00

informações importantes e avisos de vencimento

PRECISAMOS DO SEU PAGAMENTO PARA A SUA CONTA DE LUZ, ATÉ O VENCIMENTO. DEVERÁ SER PAGO, PREFERENCIALMENTE, NAS AGÊNCIAS, CORRESPONDENTES OU OMNIBUS ELETRÔNICOS DOS BANCOS SANTANDER, BRABESCO OU BANCO DO BRASIL.

A COELCE AGRADECE E PARABENIZA PELA PONTUALIDADE NOS SEUS PAGAMENTOS.

Bandeira Tarifária: VERMELHA

Consta desta fatura R\$ 0,57 referente a PIS e COFINS.

Em 2015 entrou em vigor o sistema de bandeiras tarifárias. A bandeira verde não implicará cobrança adicional. As bandeiras amarela e vermelha, quando acionadas, implicarão tarifas de maior valor, devido ao maior custo de geração. Mais informações em www.aneel.gov.br.

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por MARCELO PEREIRA BRANDAO e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 13/02/2016 às 17:44, sob o número 01115543620168060001. Para conferir o original, acesse o site <http://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do>, informe o processo 0111554-36.2016.8.06.0001 e código 1F38CFFB.

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Jose Francisco BandeiraRG nº 98006023532, data de expedição 19/10/10, Órgão SSI-CE

CPF nº 927.796.973-8 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>Rua Wenceslau Sales</u>
Número	<u>305</u>
Apto / Complemento	
Bairro	<u>Paupina</u>
Cidade	<u>Fortaleza</u>
Estado	<u>Ceara</u>
CEP	<u>60.136-395</u>
Telefone de contato	<u>(85)3483-2904</u>
E-mail	<u>serange-segures@hotmail.com</u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Fortaleza-CE 16-03-15

Assinatura do Declarante: JOSE FRANCISCO BANDEIRA



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 166 - 4102 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: ACIDENTE DE TRANSITO
Data e Hora da Comunicação: 04/05/2015 10:38:26
Data e Hora da Ocorrência: 17/12/2014 12:00:00
Endereço da Ocorrência: R. JOSÉ PAULO SOBRINHO

COACU FORTALEZA /CE

Ponto de Referência: CASAS FREITAS

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: JOSÉ FRANCINEY BANDEIRA
Nascimento: 06/09/1981
RG: 98006023992 Órgão Emissor: SSP UF: CE - CPF:
Etnia: NC
Mãe: MARIA FRANCISCA BANDEIRA
Endereço: R. MANOEL ARRUDA 59
MESSEJANA
FORTALEZA CE BRASIL

Telefone:

Histórico

Informa a vítima que na hora e data supracitada, estava guiando a motocicleta de marca/modelo HONDA/CB 125 FAN-
KS, de cor PRETA, de placa NUS-3920, classi 9CZJC4119BR433511, de propriedade de ISAIAS LEITE GOMES, per-
Rua José Paulo Sobrinho, bairro Coaçu, quando nas proximidades da loja CASAS FREITAS, uma criança cruzou a via
consequentemente e para evitar o atropelamento, a vítima tentou desviar, perdeu o controle da motocicleta e bateu em um muro.
Que, a vítima foi socorrida por populares e levada para o UFF CENTRO. E nada mais disse.//////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA DO 6. DISTRITO POLICIAL

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

SAULO DAVID DE LIMA - MAT.: 198319-1-4

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

X JOSÉ FRANCINEY BANDEIRA

VISTO DO DELEGADO(A):

OSMAR BERTO SILVA TORRES - MAT.: 132621-1-X

Saulo David de Lima
Escrivão de Polícia Civil
Mat 198.319-1-4



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"24 horas de proteção à vida"

Fortaleza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME DO PACIENTE:

Joné Inameiney Bandeira

IDADE:

34

SEXO:

Masculino

EST. CIVIL:

solteiro

FONE:

8989211576

ENDEREÇO:

Rua: Memino Jesus Nº 901

MUNICÍPIO:

FORTALEZA

UF:

CE

1. SOLICITO AO INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA O(S) DOCUMENTO(S) ASSINALADO ABAIXO:

☒ DECLARAÇÃO CIRCUNSTANCIADA SOBRE O ATENDIMENTO E/OU INTERNAMENTO;

☐ OUTROS: _____

COM DATA DE ENTRADA NESSE HOSPITAL, EM 17 / 12 / 14 E ALTA EM 27 / 12 / 14

PARA FINS DE _____

Fortaleza, _____ de _____ de _____

x Joné Inameiney Bandeira
Assinatura do Requerente

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

NOME:

Maria Jilda Cavaleante

IDADE:

67

SEXO:

Feminino

EST. CIVIL:

solteira

FONE:

8989525262

ENDEREÇO:

Rua: Guimaran Cavaleante Nº 26

MUNICÍPIO:

Fortaleza

UF:

CE

☐ PRÓPRIO PACIENTE

☐ PAIS DE MENOR 16 ANOS

☐ OUTRO P/ PROCURAÇÃO

☐ PAI/MAE DE INCAPAZ

(Anexar Doc. 1)

(Anexar Doc. 1, 2 e 3)

(Anexar Doc. 1, 3 e 4)

(Anexar Doc. 1, 2, 3 e 5)

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES:

- ⇒ Em caso de paciente já falecido qualquer informação (declaração, atestado, resumo de alta ou cópia parcial ou total de qualquer documento) somente poderá ser liberada por decisão JUDICIAL, para análise do perito nomeado em juízo ou requisição do CFM ou CRM;
- ⇒ Em caso de paciente absolutamente incapaz por enfermidade (transitória ou não) ou doença mental, que não puder exprimir sua vontade, anexar atestado médico com firma reconhecida.
- ⇒ Em caso do paciente vivo capaz qualquer informação somente poderá ser liberada por solicitação do mesmo ou se expressa por procuração registrada em cartório com fim específico, destinado ao IJF em firmas reconhecidas do paciente e do procurador.

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. Cópia de documento de identificação com foto do paciente (igual ou maior de 16 anos).
2. Cópia da Certidão de Nascimento (menores de 16 anos e incapazes por enfermidade).
3. Cópia de documento de identificação com foto do representante legal (pai ou mãe de menor de 16 anos ou de incapaz por enfermidade ou do representante indicado na procuração).
4. Procuração com firmas reconhecidas em cartório do outorgante e do outorgado, com fins específicos expressos e dirigida ao IJF.
5. Cópia autenticada do atestado médico com firma reconhecida do emitente.

ASSINATURA DO REQUERENTE

☐ O REQUERENTE

☐ PESSOA AUTORIZADA COM PROCURAÇÃO SIMPLES E CÓPIA DA IDENTIDADE

Fortaleza - CE em _____/_____/_____

Joné Inameiney Bandeira
Assinatura do Receptor



**Prefeitura de
Fortaleza**

Secretaria Municipal de Saúde

Instituto Dr. José Frota

LAUDO MEDICO

PRONTUÁRIO: 5342491

NOME: JOSE FRANCINEY BANDEIRA

DATA DE NASCIMENTO: 06/09/1981

DATA DE ATENDIMENTO: 19/12/2014

SAIDA: 22/12/2014

MOTIVO: PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE DE MOTO, SENDO ADMITIDO NO IJF EM 19/12/2014, ÀS 14h29min, COM FRATURA DE TIBIA ESQUERDA.

EVOLUINDO SEM INTERCORRENCIAS, TRANSFERIDO PARA HOSPITAL DE APOIO PSA NO DIA 22/12/2014.

"DECLARAÇÃO DIGITADA EM 06/06/2015

Dr. Osmar Azevedo Aguiar Filho
Neurocirurgia - Clínica de Dor
CRM 5463

**MÉDICO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES
CONTIDAS NO PRONTUÁRIO/BE**

ASS PACIENTE OU RESPONSÁVEL



PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS

Av. Desembargador Moreira, 2283 – CEP 60170-002 – Dionísio Torres
Fortaleza-Ce Tel. 244 – 2144 Fax 224-7225
e-mail psahosp@baydenet.com.br - C.G.C 07.272.297/0001-93

Registro de Atendimento Médico Hospitalar

Atesto e declaro que JOSE FRANCINEY BANDEIRA, deu entrada neste Hospital dia 23/12/14, Prontuário N.º 155.266 aos cuidados médico de DR. JOSE NEWTON MACEDO. Paciente internado com laudo médico de FRATURA DA TIBIA ESQUERDA CID S 82.2 submetido a tratamento cirúrgico recebeu alta hospitalar dia 28/12/14. Paciente encontra-se em tratamento ambulatorial incapacitado de exercer suas atividades com previsão de 90 dias.

Fortaleza, 11 de fevereiro de 2015.

SAME: SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E ESTATÍSTICA

JEFSON ROCHA
RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

Paciente: Francisco Francisco Brandão Idade: 30 Município: Fortaleza - CE
 Enfermaria: R-111 Leito: Causa do Internamento: Acidente de Trânsito
 Acomp.: Maria Fátima Idade: 30 Vínculo: Primo
 Enfermaria: Leito: Enfermaria:
 Acomp.: Idade: Vínculo:
 Acomp.: Idade: Vínculo:

De: 19/12 a 20/12/14

Assist. Social Responsável
Auto dos Santos
 CRESS 3036

De: a

Assist. Social Responsável

DIREITOS E DEVERES

- Tratar e ser tratado com respeito por todos no hospital;
- Ter condições mínimas de higiene e conforto na sua permanência no hospital;
- Cuidar do seu paciente, permanecendo junto dele;
- Observar e cumprir os horários definidos de refeição e troca de acompanhante;
- Respeitar o tratamento, a dieta do paciente e todos que trabalham no hospital;
- Receber informações e orientações do tratamento médico e refeições diárias; (horário no verso);
- Saber o nome dos profissionais - Médicos Enfermeiros e Assistentes Social, Auxiliares e Outros;

Horários a serem observados

Desjejum - 06:00 às 06:30h
 Almoço - 13:00 às 13:30h
 Jantar - 18:00 às 18:30h

Horários de acompanhante

Manhã - 07:00 às 09:00h
 Tarde - 12:00 às 14:00h
 Noite - 17:00 às 19:00h

REFEIÇÕES/DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Desjejum (6:00 às 6:30)																															
Almoço (13:00 às 13:30)																															
Jantar (18:00 às 18:30)																															



RECÉITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo: <u>José Newton Macedo</u>	
CRM: <u>CREMEC</u>	UF: <u>CE</u> Nº <u>3113</u>
Endereço completo e telefone: <u>Av. Desembargador</u> <u>Moreira, nº 2283 - (85) 3244.2144</u>	
Cidade: <u>Fortaleza</u>	UF: <u>CE</u>

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

Paciente: José Newton Macedo

Endereço: Av. Desembargador

Prescrição: 1 (um) ano

Data: 28/12/14

[Handwritten signature]

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

NAME: John Francisco Amato

Diagnóstico: Pr - KKK - AITTC
MTTB

Solicito 30 SS de fisioterapia motora.

04/07/15

Data

Assinatura e carimbo do Médico

Retornos:

Dia: ____/____/____ Hora: ____:____ Dia: ____/____/____ Hora: ____:____
Dia: ____/____/____ Hora: ____:____ Dia: ____/____/____ Hora: ____:____

PRONTO SO' ALFO DE ACIDENTADOS

[illegible]

Paciente: FRANCINEZ

Diagnóstico: FRA. A. L. A. 151

Cirurgia: TT. C. H. C. Data: 26/12/15

RECOMENDAÇÕES E ORIENTAÇÕES MÉDICAS

1) Fazer curativo diariamente

2) Retirar os pontos cirúrgicos em 15/1/16 no posto

☒ SENTAR	☒ NÃO PISAR
☐ PISAR COM APOIO AO RETIRAR OS PONTOS	☐ USAR MOLETAS
☐ ANDAR	☒ NÃO ANDAR
☒ ELEVAR MEMBRO INFERIOR <u>15 dias</u>	☐ USAR TIPÓIA
☐ DOBRAR O JOELHO	

3) Ao retorno trazer esta parte da receita para facilitar o atendimento.

Retornos:

Dia: 27/12/15 Hora: 08:00 Dia: 1/1 Hora: : :
 Dia: 06/01/16 Hora: 13:00 Dia: 1/1 Hora: : :

PRONTO SOCORRO DE ACIDENTADOS
 Av. Desembargador Moreira, 2283 - Aldeota - CEP: 80170-002 - Fortaleza-Ce
 PABX: (85) 3244.2144 - Fax: (85) 3224.7225

[Imprimir](#)[Fechar](#)

Regdata - Comunicação de pagamento do processo 56557 para vítima Jose Franciney Bandeira

De: **Regdata** (controle@regdata.com.br)
Enviada: terça-feira, 22 de setembro de 2015 17:35:06
Para: Nazareno Gomes de Sousa - ALTERNATIVA SEGUROS
(soraya_seguros@hotmail.com)
Cc: Regdata (controle@regdata.com.br)

8959-7302
~

Prezado cliente,

segue abaixo o andamento realizado no seu processo na Regdata:

Processo: 56557
Sinistro: 3150762609
Natureza: Invalidez
Vítima: Jose Franciney Bandeira

{ o cliente vem ainda
hoje no escritório
23/09

Andamento:
Pagamento previsto para 23/09/2015 no valor de R\$ 2.362,50. Banco: 104 / Ag.: 04420- / Conta: 3086-0

Atenciosamente,

Regdata.

Essa é uma mensagem automática, por gentileza não há necessidade de respondê-la..