

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

elo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: Francisco das chagas oliveira, nacionalidade Brasileiro
estado civil Solteiro, profissão Agricultor, RG nº 20086258848, SP/RECPF nº
3.955.413.16 residente e domiciliado(a) na Rua São José, nº 54, bairro
centro, na cidade de Lucora, e-mail: _____, constituo e nomeo a
bastante procuradora:

OUTORGADA: Dr.^a LORENA FERNANDES DA CUNHA, advogada regularmente inscrito na OAB/CE 23.467-A, com
escritório profissional na Rua Madalena Nunes, 16, eq. MT Quincas Bezerril, Centro, Tianguá - CE, e-mail:
lorenacunha.adv@gmail.com.

OBJETO: representar o Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto,
propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer
juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados,
concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula *ad juditia et extra*, para o foro em geral, especialmente para
propor AÇÃO DE COBRANÇA DE DIFERENÇA DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DE VEÍCULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE - DPVAT em face de SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer
defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar,
providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, sendo o presente instrumento de mandato oneroso e
contratual podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a
fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga aos Advogados acima descritos, os poderes especiais
para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito
sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, dar e receber quitação,
receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de
hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Lucora - CE, 20 de novembro de 20 17

Francisco das chagas oliveira
OUTORGANTE



DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Francisco das chagas oliveira
nacionalidade Brasileiro, estado civil Solteiro
profissão Agricultor, RG nº 20086258848 SSP/ ce
CPF nº 073.999.413.16, residente e domiciliado(a) na
Rua São José, nº 51, bairro centro
na cidade de Lucas, venho por meio desta, Declarar, nos
termos da Lei nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e, para todos os fins de direito, que
não possuo condições financeiras de arcar com o pagamento de custas
processuais, honorários advocatícios e demais cominações legais sem prejuízo próprio
e familiar, vindo requerer perante este Nobre Juízo, os benefícios da Justiça Gratuita
sob as penas da Lei.

Declaro ainda, que tenho conhecimento das sanções penais que estarei sujeito caso
inverídica a declaração prestada, sobretudo a disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

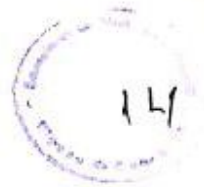
Lucas - ce, 20 de novembro de 20 17

Francisco das chagas oliveira

Assinatura

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)



Eu, Francisco das Chagas Oliveira, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor, portador(a) do RG nº 20086258848 SSP/ce e CPF nº 073.955.413 - 16, filho de pai _____ e mãe Francimone de Jesus Oliveira DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Rua São José, nº 51, bairro Centro, na cidade de Lincosa - ce, ponto de referência (próximo à) _____.

DECLARO ainda ser conhecedor das sanções civis, administrativas e criminais a que estarei sujeito, caso o quanto aqui declarei não porte estritamente a verdade.

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta seus efeitos legais.

Lincosa - ce, 20/11/2017.

x Francisco das Chagas Oliveira



REGISTRO
GERAL 2008625584 . 8 DATA DE
EXPEDIÇÃO 25/07/2010

NOME
FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA

FRANCIMONE DE JESUS OLIVEIRA

NATURALIDADE
VICOSA DO CEARÁ - CE DATA DE NASCIMENTO
04/08/1977

DOE GRUPO
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: 1 OFÍCIO TERMO: 19921 FOLHA: 181V
LIVRO: A-17/95 VICOSA DO CEARÁ - CE

CPF

1 VIA

Assina. S. Costa
ASSINATURA DO DIRETOR

P. : 14

LEI Nº 7.113 DE 28/06/83

16

Tipo de Serviço..... CPF - INSCRICAO
Código de Atendimento.: IF2791961038R
Data e Hora.....: 18/11/2013 10:42:57
CPF do Contribuinte...: 073.955.413-16
Nome Completo.....: FRANCISCO DAS CHAGAS
OLIVEIRA
Data de Nascimento....: 04/08/1997
Sexo.....: MASCULINO
Nome da Mãe.....: FRANCIMONE DE JESUS
OLIVEIRA
Título de Eleitor.....: 000000000000
Naturalidade.....: VICOSA DO CEARA
UF Naturalidade.....: CE
Logradouro.....: RUA SDO
Número.....: 0
Complemento.....
Bairro/Distrito.....: SAO JOSE
Município.....: VICOSA DO CEARA
UF.....: CE
CEP.....: 62300000
Telefone.....

3579237-0

Para regular seu abastecimento, utilize o nº acima sempre que entrar em contato conosco.

A Tarifa Social de Energia Elétrica foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002

Companhia Energética do Ceará
Rua Padre Vasconcelos, 150
CEP 60138-040 | Fortaleza CE
CNPJ 07047251/0001-70 | CGF 06.105.849-3

enei

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº

487006472

Rota 18 31140 01 041500 - 4

Data de Emissão 26/07/2017

Nome FIRMINA DE JESUS OLIVEIRA

End. Postal RU SAO JOSE 00000

OESTE - VICOSA CEARA - 62300000

Medidor 23531577

Posto 0000 A95L

Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA

Fator de Potência 0,00

RG / CPF / CNPJ 717673803-30

CGF

Nome do Responsável

DATAS

Mês de Referência	Data de Apresentação	Previsão Próxima Leitura
Jul/2017	26/07/2017	28/08/2017

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

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

5061.2176.EC2C.6C35.843F.A84C.11F9.FFF7

ÍNDICE DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO

Veja a legenda no verso desta conta.

Conjunto VICOSA DO CEARA

Mês Mai/2017

EUSD 28,81

Mês	Padrão Individual			Apuração Individual		
	Mensal	Trim.	Anual	Mensal	Trim.	Anual
DIC	5,43	10,86	21,73	0,00	0,00	0,00
FIC	3,36	6,60	13,20	0,00	0,00	0,00
DMIC	0,11			0,00		

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (KWh)	Cons. Ind.	Cons. Fat.	Tarifa (R\$/KWh)	Valor (R\$)
9975	9938	1,00	137	0,00		0,17570 0,30170 0,45181	5,27 21,08 16,79
26/07/17	26/06/17		38 DIAS		137		43,07

DESCRIÇÃO

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VR. CONSUMO DO MES RESIDENCIAL NORMAL	68,77
DESCONTO TARIFA SOCIAL - BAIXA RENDA	-25,70
MULTA MORATORIA REF 06/2017	1,27
JUROS DO MES	0,17
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	12,26
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	1,13
ADICIONAL BANDEIRA AMARELA MES (R\$ 1,56)	

VENCIMENTO

02/08/2017

TOTAL A PAGAR (R\$)

57,90

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO

Energia	20,45
Transmissão	2,04
Distribuição	13,89
Encargos Setoriais	4,81
Tributos (ICMS PIS/COFINS)...	3,01
TOTAL	44,20

HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)

MED	Jul	Jun	Mai	Abr	Mar	Fev	Jan	Dez	Nov	Out	Sep	Ago
	111	137	141	137	122	104	90	90	105	97	78	151

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÃO DE CO₂ (kg/kWh)

Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica.

Emitido kg (CO₂)Compensado kg (CO₂)Consciência Ecológica (%CO₂)

59,21

0,00

0

100

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Consta desta fatura R\$ 3,01 referente a PIS e COFINS. Alíquotas: PIS:0,78% e COFINS:3,61%
 Lei nº 9.250/2006 - ANEEL, de 10 de maio de 2006 e 10.833/07



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1105 / 2017

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **10/07/2017 11:14:12**
Data / Hora da Ocorrência: **22/06/2017 17:45:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO OLARIA**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
Ponto de Referência: **PROXIMO A ENTRADA DA OITICICAS**



Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA**
Nascimento: **04/08/1997** CPF:
RG: **2008625884-8** Orgão Emissor: **SSP** UF: **CE**
Filiação: **FRANCIMONE DE JESUS OLIVEIRA**

Endereço: **RUA SDO**
Bairro: **SAO JOSE** CEP: **62.300-000**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NO LOCAL E DATA SUPRAMENCIONADOS, AO CONDUZIR O VEÍCULO HONDA/CG 150 FAN ESI, ANO E MODELO 2013/2013, COR PRETA, PLACA ORW 4063, CHASSI 9C2KC1670DR502403, DE PROPRIEDADE DE FRANCISCO E BRITO MAGALHAES, ENVOLVEU-SE EM ACIDENTE DE TRANSITO, APÓS FAZER UMA CURVA E DERRAPAR NA AREIA, PERDENDO O CONTROLE DO VEÍCULO, CHEGANDO O MESMO A CAIR AO CHÃO E FICANDO COM LESÕES CORPORAIS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE DE TRANSITO CONFORME OS DOCUMENTOS AMBULATORIAL EM ANEXO. ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

SÉRGIO HENRIQUE OLIVEIRA FERREIRA - MAT.: 300265-1-9

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco das Chagas Oliveira

VISTO DO DELEGADO(A) :

GREGORIO JOSE DE OLIVEIRA NETO - MAT.: 198805-1-6



Louissanna Kelly Pereira Sório
Escrevente Substituta

Buscar no site

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

19

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 3170487309 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO AQUOR CORRETORA DE SEGUROS LTDA - ME

BENEFICIÁRIO FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA

CPF/CNPJ: 07395541316

Posição em 28-09-2017 07:36:02

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 2.362,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
29/09/2017	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

ACESSIBILIDADE



(/Pages/Acessibilidade.aspx)



(/Pages/Atalhos-de-Teclado.aspx)

A A A O

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicas.aspx)

Documentos Invalidez Permanente (/Pages/Documentacao-Invalidez-Permanente.aspx)

Documento Morte (/Pages/Documentacao-Morte.aspx)

Dicas Indispensáveis (/Pages/Dicas-Indispensaveis-Para-Pedir-a-Indenizacao.aspx)

PAGUE SEGURO

Como Pagar (/Pages/Pague-Seguro.aspx)



REGISTRO DE ATENDIMENTO

19930010713 20

Nome: Francisco dos Santos Oliveira
Sexo: M (X) F () DN: 04/08/97 Idade: 19 Raça/Cor: _____
Nome do Pai: NC Nome da Mãe: Leumom de Jesus Oliveira
Estado Civil: solteiro Profissão: Agricultor
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município: _____
Endereço: B. São João Telefone () _____
Cartão do SUS: _____ RG: 2008675584-8
Data do Atendimento: 22/06/17 Hora: 17:45 Recepção: _____

SINAIS VITAIS

Peso: _____ g Temperatura: _____ °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: _____ irpm FC: _____ bpm DX: _____ mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não
Queixa Principal: _____
Há quanto tempo: _____
Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF: _____
Justificativa: _____

TIPO DE ACIDENTE:

- (X) Acidente de Trânsito. Data: 22/06/17 Hora: 17:45 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? _____ () Automóvel - Usando cinto de Segurança? _____
() Atropelamento Local: _____
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda. De onde? _____
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros: _____

Medicações e tempo de uso: _____

Anamnese e Exames Físicos Inicial: _____

Classificação de Risco: ☐

Data: / /

Assinatura do Profissional: _____

REGISTRO DE ATENDIMENTO

19920010713 20

Nome: Francisco dos Santos Oliveira
Sexo: M ☒ F ☐ DN: 09/08/97 Idade: 19 Raça/Cor:
Nome do Pai: NC Nome da Mãe: Francimom de Jesus Oliveira
Estado Civil: solteiro Profissão: Agricultor
Município de Origem: ☒ Viçosa do Ceará ☐ Outro Município:
Endereço: B. São José Telefone:
Cartão do SUS: RG: 200862558 4-8
Data do Atendimento: 22/06/17 Hora: 17:45 Recepção:

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: irpm FC: bpm DX: mg/dL
Classificação da dor: ☐ Sem Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Insuportável

ACOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: ☐ Sim ☐ Não
Queixa Principal:
Há quanto tempo:
Procurou Atendimento na Atenção Básica: ☐ Sim ☐ Não Qual o PSF:
Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

- ☒ Acidente de Trânsito Data: 22/06/17 Hora: 17:45 Alcoolizado: ☐ Sim ☐ Não ☐ Ignorado
☒ Moto - Usando Capacete? ☐ Automóvel - Usando cinto de Segurança?
☐ Atropelamento Local:
☐ Acidente por arma branca ☐ acidente por arma de fogo ☐ acidente de trabalho ☐ Afogamento
☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde?
☐ Ingestão Acidental: ☐ Corpo Estranho ☐ Produtos químicos farmacêuticos
☐ Queimaduras: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
☐ Mordedura de Animais: ☐ Domésticos ☐ Selvagem
☐ Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco: ☐

Data: / /

Assinatura do Profissional:

REGISTRO DE ATENDIMENTO

19930010713/21

Nome: Francisco dos Anjos Oliveira
Sexo: M (X) F () DN: 09/08/97 Idade: 19 Raça/Cor:
Nome do Pai: PC Nome da Mãe: Francimara dos Anjos Oliveira
Estado Civil: Casado Profissão: Agricultor
Município de Origem: Viçosa do Ceará Outro Município:
Endereço: R. São João Telefone:
Cartão do SUS: RG: 2008675684-8
Data do Atendimento: 22/06/12 Hora: 17:45 Recepção:

SINAIS VITAIS

Peso: 70 Temperatura: 36,5 °C Pressão Arterial: 120 x 80 mmHg
FR: 18 irpm FC: 70 bpm DX: 120 mg/dL
Classificação da dor: () Sem Dor () Leve () Moderada () Intensa () Insuportável

AGOLHIMENTO

Deseja Atendimento Ambulatorial: () Sim () Não

Queixa Principal:

Procurou Atendimento na Atenção Básica: () Sim () Não Qual o PSF:

Justificativa:

TIPO DE ACIDENTE:

- (X) Acidente de Trânsito Data: 22/06/12 Hora: 17:45 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? () Automóvel - Usando cinto de Segurança?
() Atropelamento Local:
() Acidente por arma branca () acidente por arma de fogo () acidente de trabalho () Afogamento
() Choque elétrico () Queda De onde?
() Ingestão Acidental: () Corpo Estranho () Produtos químicos farmacêuticos
() Queimaduras: () 1º grau () 2º grau () 3º grau Por: () Água () Óleo () Alcool () Elétrico
() Mordedura de Animais: () Domésticos () Selvagem
() Outros:

Medicações e tempo de uso:

Anamnese e Exames Físicos Inicial:

Classificação de Risco:

Data: 22/06/12

Assinatura do Profissional:

ATENDIMENTO MÉDICO

AVALIAÇÃO CLÍNICA:

Paciente com queixa de dor

abdominal, localizada pela coxilha

EXAME FÍSICO:

sem sinais de urgência

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S):

prolapse

PROCEDIMENTO E CONDUTA:

APRAZAMENTO

1-

2-

3-

4-

5-

6-

Dr. Wellington Lima
 Médico
 CREMEC

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM:

DESTINO:

() Alta () Observação

(x) **TRANSFERÊNCIA PARA:**

Tramitação

Francisco dos Santos Oliveira

Assinatura do Usuário ou Responsável

AVALIAÇÃO CLÍNICA

ATENDIMENTO MÉDICO

23

EXAME FÍSICO

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S)

PROCEDIMENTO E CONDUTA

APRAZAMENTO

1-

2-

3-

4-

5-

6-

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM

DESTINO:

() Alta () Observação

(x) TRANSFERÊNCIA PARA:

Tramanda

Assinatura do Usuário ou Responsável

1001
1002

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
Guia de atendimento - AMBULATORIO

Impressão: 23/08/2017 09:07

Página 1
v2017022

DADOS DO PACIENTE									
Nome do Paciente	FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA								
CNS	208199719450003								
Local	VICOSA DO CEARA/CE								
Estado Civil	Solteiro(a)								
Sexo	Masculino								
Idade	19 Ano(s)								
Mãe	FRANCIMONE DE JESUS OLIVEIRA								
Bairro	SAOJOSE								
CEP	82300-000								
Município	VICOSA DO CEARA								
UF	CE								
Telefone	88 94704776								
CPF do Responsável	RUA SDO, SN								
Endereço	VICOSA DO CEARA								
UF	CE								
DADOS DO ATENDIMENTO									
Horário	09:06								
Convênio	SUS								
Matrícula	CID								
CRM/UF	16409/SP								
Função	ENCAMINHADO P/CONSULTA								
Função	RENARA AGUIAR FONTENELE								
Data/Hora Liberação	às hs.								
Tipo de Saída	() Alta () Internação () Óbito								
Altura (cm)	T (°C)								
P (bpm)	R (mpm)								
PA (mmHg)									

Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Trans p^{te} (E)

L. L. m (E)
(ML)

d. h. k. b. o. t. e

curtis



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRMCE 13403

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

23 08 17

Francisco das Chagas
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCIMONE DE JESUS OL

20 - 02
20 - 02
20 - 02

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
Guia de atendimento - AMBULATORIO

REALIZADO: 03/07/2017 08:00
Página 1/1

DADOS DO PACIENTE

Atendimento: 0002
Nome do Paciente: FRANCISCO DAS CHAGAS OLIVEIRA
CPF: 200869255845
Local: VICOSA DO CEARA/CE
CNS: 208199719450003
Estado Civil: Solteiro(a)
Sexo: Masculino
Idade: 19 Anos(s)
Mãe: FRANCIMONE DE JESUS OLIVEIRA
CEP: 62300-000
Município: VICOSA DO CEARA
UF: CE
Telefone: 88 94704776
Endereço: RUA SDO, SN
Cidade: VICOSA DO CEARA
UF: CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Matrícula: 10017
Hora: 08:05
Convênio: SUS
CRM/UF: 16409/SP
Tipo Atendimento: RETORNO
Funcionário: FAIANE SOUZA DE LIMA
Data/Hora Liberação: / / às hs.
Tipo de Saída: () Alta () Internação () Óbito
Altura (cm): T (°C): P (bpm): R (mpm): PA (mmHg):

do Atendimento e Sumário de Atendimento (Histórico, Diagnóstico, Exames Solicitados e Conduta)

Tornozelo E

Ex m @, m.l

s / dorso

d perimetros medidos

d unhas

hh sobe



Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

14:05

Francisco das Chagas
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: FRANCIMONE DE JESUS OL

ARRUDA - 20-02
ARRUDA - 10-02