SECRETARIA DE VARA
Fl. 06

ELIANE SILVA
Advocacia

PROCURAÇÃO

OUTORGGANTE: Expedito Viana Silva, brasileiro, solteiro, agricultor, portador da cédula de identidade nº 725590-84, SSP-CE, inscrito no CPF/MF sob nº 509.757.493-15, com endereço Rua Quintino Cunha, 115, Alto da Esperança, Senador Pompeu-CE.

OUTORGADO: ELIANE BARBOSA SILVA, brasileira, Advogada OAB/CE 27.940, inscrita no CPF Nº 85994898368, com endereço profissional na Rua Marcionílio Gomes de Freitas, s/n, centro, Senador Pompeu/CE, onde recebe intimações.

PODERES: Por este instrumento o outorgante supra qualificado nomeia e constitui a outorgada acima identificada, sua bastante procuradora, conferindo-lhe amplos poderes para o foro em geral, com clausula "*Ad-judicia Et Extra*", para agir em qualquer juízo, instância e tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defendê-las nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para requerer em juízo ou fora dele como também confessar, desistir, renunciar ao direito a que se funda a ação, firmar acordos ou compromissos, transigir, representar o mesmo perante órgãos públicos, nomear peritos e assistentes, promover reinvindicações e impugnações, prestar lícitos compromissos, receber e dar quitação, levantar, requerer ou receber alvarás, receber cheques decorrentes de condenação judicial, além de outros não expressamente constantes neste mandato. Os poderes aqui descritos poderão ser substabelecidos no todo ou em parte, com ou sem reserva, dando tudo por bom, firme e valioso para o fiel cumprimento deste mandato.

Senador Pompeu, 11 de Setembro de 2017

Outorgante

SECRETARIA DE VARA
Fl. 07

DECLARAÇÃO
(LEI Nº 1.060/50)

Eu Expedito Viana Filho,
Profissão Agricultor,
CPF: 509.757.493-15, RG: 795590-84, residente e domiciliado(a) à Rua Quintino Cunha, 115
Bairro: Alto da Esperança cidade Senador Pompeu, Estado: Ceará,
declaro para os devidos fins de direito e sob as penas da lei que não possuo condições financeiras de arcar com as custas processuais, sob pena de prejuízo de mantença própria e de minha família, nos termos da lei 1.060/50 e alterações supervenientes.

Senador Pompeu, 11 de 09 2017

DECLARANTE

12 DIC

SECRETARÍA DE VARA

SECRETARIA DE VARA
FL. 09

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Expedito Viana Filho, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor, natural de Senador Pompeu, estado Ceará nascido aos 29 / 03 / 1961, filho de Expedito Viana Pereira e Antonia Pionizia do Nascimento, portador(a) do RG nº 795590-84 Órgão Expedidor SSP CE, CPF nº 509.757.293-15, **DECLARO** conforme artigo 1º, da Lei 7.115/83, que resido no seguinte endereço: Rua Quintino Cunha, 115, Alto da Esperança, Senador Pompeu-CE

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

Senador Pompeu - CE., 11 de setembro de 2017.

DECLARANTE

GOVERNO DO ESTADO DO CEARA
SECRETARIA DA SEGURANCA PUBLICA E DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU

SECRETARIA DE VARA
Fls. 10

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 551 - 719 / 2016

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **08/04/2016 09:57:27**
Data / Hora da Ocorrência : **28/03/2016 15:10:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT CATOLE**

ZONA RURAL SENADOR POMPEU /CE
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **EXPEDITO VIANA FILHO**
Nascimento : **12/01/1961**
RG: **72559084** Órgão Emissor: **SSP** UF: **CE** - CPF: **50975749315**
Filiação: **EXPEDITO VIANA PEREIRA**
ANTÔNIA DIONISIA DO NASCIMENTO
Endereço: **R QUINTINO CUNHA 115**
ALTO DA ESPERANÇA 63600000
SENADOR POMPEU CE BRASIL Telefone: **88998165363**

Histórico

Compareceu em cartório desta Delegacia de Polícia Civil, a pessoa acima qualificada, afirmando o seguinte; Que na data, hora e local, acima mencionados, o (a) declarante sofreu um acidente de trânsito quando trafegava conduzindo a motocicleta HONDA/CG 125 FAN ES, ano de fabricação/modelo 2012/2012 cor PRETA, placa OIO-0019 Senador Pompeu/CE, chassi 9C2JC4110CR325256 licenciada em nome de Alcides Barista da Silva; Afirma o (a) declarante que colidiu com uma outra motocicleta de placa não anotada, vindo cair ao solo; Que o (a) declarante informa que foi para o hospital de Senador Pompeu/CE; Que em consequência do acidente o (a) declarante afirma que sofreu luxação do tornozelo direita; Afirma ainda o (a) declarante que não foi socorrido (a) por nenhum órgão de atendimento de emergência tipo: Samu, Corpo de Bombeiro e Anjos do Asfalto Que o (a) declarante procurou esta delegacia para lavrar o presente BO, e foi cientificado que as informações prestadas neste Boletim de Ocorrência são de sua inteira responsabilidade; Que está ciente de no caso das informações inseridas neste procedimento forem falsas, responderá pelo crime de falsidade ideológica de acordo com o artigo 299 do Código Penal Brasileiro. E nada mais disse.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE SENADOR POMPEU
RESPONSÁVEL PELO REGISTRO : _____
MIGUEL ARCANJO FROTA JÚNI[redacted]35490-1-X
RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO : _____
VISTO DO DELEGADO(A) : _____
JEFFERSON LOPES CUSTODIO - MAT.: 404548-1-0

SECRETARIA DE VARA
Fls. 11

Seguradora Líder · DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO _____ CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Expedito Viana Silva
PORTADOR(A) DO RG Nº 785590-84 EXPEDIDO POR SSP CE EM 30/03/84 E
CPF 509.757.493-15 /CNPJ ___.___.___-___, PROFISSÃO AGRICULTOR
E RENDA MENSAL DE R$ 300,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Expedito Viana Silva, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do benefiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- **Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.**

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)
Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0722-6 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 15982-4

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)
Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Sen. Pompeu-CE 01 de AGOSTO de 2016 — maria zilma alves da silva
LOCAL E DATA — ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.**
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

SINISTRO 3160679788 - Resultado de consulta por beneficiário

SECRETARIA DE VARA
Fls. 12

VÍTIMA EXPEDITO VIANA FILHO
COBERTURA Invalidez
SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Comprev Previdência S/A-Filial Fortaleza-CE
BENEFICIÁRIO EXPEDITO VIANA FILHO
CPF/CNPJ: 50975749315

Posição em 02-12-2016 09:32:35

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R$ 2.531,25

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
05/12/2016	R$ 2.531,25	R$ 0,00	R$ 2.531,25

Prova do ato declaratório

SECRETARIA DE VARA
Fls. 13

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação: RG: 725590-84

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 997
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente: Expedito Viana Filho — D.N. 12/01/65

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Agricultor	55a	Pd	M	Solteiro	S. Pompeu	B

Residência: Rua Quintino Cunha nº 19 - Alto da Esperança

Pai: Expedito Viana Pereira

Mãe: Antônia Quinzinha do Nascimento

Responsável: Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- [ ] Andando
- [ ] Regular
- [ ] De Automóvel
- [ ] Passando Mal
- [ ] Ambulância
- [ ] Comatoso
- [ ] Aparentemente bem
- [ ] Com Hemorragia

Atendimento	Data	Hora
SUS	28/03/16	15:10

- [ ] Acidente de Trabalho

Local:

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de Acidente com Motocicleta com Edema de tornozelo Direito além de fratura de 2º e 3º grau

DADOS CLÍNICOS

PRESSÃO ARTERIAL MAX	PRESSÃO ARTERIAL MIN	PULSO	TEMPERATURA AUXILIAR	TEMPERATURA RETAL	PESO
150	100				

DIAGNÓSTICO: Fratura de tornozelo D e Perna

TRATAMENTO: Bengan 1a em esq

L: 15.15

CONFERE COM ORIGINAL
05/07/2016
Responsável - SAME
MHSI
CNPJ 07 802 697/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE

- [x] Residência
- [ ] Internado
- [ ] Em Observação
- [ ] Transferido
- [ ] Encaminhado ao Ambulatório
- [ ] Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
- [ ] Óbito sem tratamento

Medicação Administrada por: Francisca Geovanda do Nascimento Morais
COREN 614719
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico: Dr. Fernando Higor Fayad F. Vieira
CREMEC 12721
MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

SECRETARIA DE VARA
Fls. 14

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Expedito Viana Silva, portador da carteira de identidade nº 795590-84 e inscrito no CPF/MF sob o nº 509.797.493-15, residente e domiciliado na Rua Quintino Cunha, 115, Cidade Senador Pompeu, Estado Ceará, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

(x) Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda 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.

x maria silma alves da silva

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

Senador Pompeu-CE 01/08/2016

Local e data

SECRETARIA DE VARA
Fls. 15

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Aloides Batista da Silva,

RG nº 1900389-86, data de expedição 07/10/86, Órgão SSP CE, portador do CPF nº 813.411.563-20, com domicílio na cidade de Senador Pompeu, no Estado de Ceará, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada) Rua Quintino Cunha, nº 115, complemento Alto da Esperança declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima Expedito Viana Filho, cujo o condutor era Expedito Viana Filho.

Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/CG 125 Fan
Ano: 2012/2012
Placa: OIO 0012
Chassi: 9C2JC4110CR325956
Data do Acidente: 28/03/16
Local e Data: Senador Pompeu 01/08/2016

Aloides Batista Silva
Assinatura do Declarante

Maria Zilma Alves da Silva
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Cartório do Distrito Judiciário do Bonfim - Distrito de Bonfim
Senador Pompeu - CE - CEP 63500-000
Celular 9926 5264
Reconheço a(s) firma(s) de Aloides Batista da Silva
(Por autenticidade. Por Semelhança. Dou fé.
Em Test.º da verdade.
Bonfim S. Pompeu, 01/08/16
Marta Neiva Pinheiro
Oficiala Interina
Maria Aparecida Andrade de Lima
Escrevente Substituta
Q2 VLQR
CE 421085

SECRETARIA DE VARA
Fls. 16

FICHA DE OCORRÊNCIA

Documento de Identificação: RG: 2655[illegible]-SSP

MATERNIDADE E HOSPITAL SANTA ISABEL
Rua Joaquim F. de Magalhães, 997
Fone: 88 9971 3132
SENADOR POMPEU-CEARÁ

Nome do Paciente: Expedito Viana Teixeira
D.N. 18/0[illegible]

Profissão	Idade	Cor	Sexo	Estado Civil	Naturalidade	Nac.
Aposentado	55a	Pd	M	Solteiro	S. Pompeu	B

Residência: Rua Quintino Cunha nº 14 - Alto da Esperança
Pai: Inocêncio Viana Teixeira
Mãe: Luiza Ribeiro de Nascimento
Responsável:
Telefone:

O Paciente chegou ao hospital

- [ ] Andando
- [ ] Regular
- [ ] De Automóvel
- [ ] Passando Mal
- [ ] Ambulância
- [ ] Comatoso
- [ ] Aparentemente bem
- [ ] Com Hemorragia

Atendimento	Data	Hora
Sus	08/05/16	15:10

- [ ] Acidente de Trabalho

Local:

Queixa principal e Resumo da Doença Atual

Pct vítima de Acidente com Ferimento com Edema de tornozelo Direito além de Hemorragia de 2º e 3º Grau

DADOS CLÍNICOS					
PRESSÃO ARTERIAL		PULSO	TEMPERATURA		PESO
MÁX	MIN		AUXILIAR	RETAL	
[illegible]	[illegible]				

DIAGNÓSTICO: Fratura de tornozelo D e Hemorragia

TRATAMENTO: Encaminhado ao ortopedista
L. 15:15

CONFERE COM ORIGINAL
05/04/2016
Responsável - SAME
MHSI
CNPJ 07 802 697/0002-44

DESTINO DADO AO PACIENTE

- [x] Residência
- [ ] Internado
- [ ] Em Observação
- [ ] Transferido
- [ ] Encaminhado ao Ambulatório
- [ ] Óbito às _____ horas após chegada A.U.E.
- [ ] Óbito sem tratamento

Medicação Administrada por: Francisca Sewaer de Nascimento Aguiar
COREN: 878739
TÉCNICO EM ENFERMAGEM

Exames Complementares

Diagnóstico Definitivo

Assinatura do Paciente ou Responsável

Ass. do Médico
Dr. Fernando Hugo Fayad F. Vieira
CRMEC - 12721
MÉDICO

BOLETIM DE EMERGÊNCIA HOSPITALAR

SECRETARIA DE VARA
Fls. 17

ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu

Receituário Médico

Nome: Expedido Vieira Filho
cna ocl

1) Gabapentina 300 — 01cp
1 cp 01vl

2) Dipirona 500 — 01cp
1 cp 8/8

28/03/16

Dr.Fernando Higor Fayad F. Vieira
CREMEC - 12721
MEDICO

COD 1003

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

ESTADO DO CEARÁ
PREFEITURA MUNICIPAL DE SENADOR POMPEU
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu

SECRETARIA DE VARA
Fls. 18

ATESTADO

Atesto para os devidos fins, que Expedito Viana filho. recebeu atendimento médico em: 19/05/16 com diagnóstico de: Entorse de Tornozelo D. + perda de Substância. CID: S93.4 S90.1

o(a) mesmo(a) está necessitando de: 90 (noventa) dias de licença do trabalho, a parti da data do atendimento.

Senador Pompeu-Ce, 19/05/2016.

MÉDICO/CRM
Dr. Guilhermino Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CREMEC 3448

COD. 1044

ESTADO DO CEARÁ
Prefeitura Municipal de Senador Pompeu
Secretaria de Saúde e Saneamento
Sistema Único de Saúde

Senador Pompeu

Receituário Médico

Nome: Expedito Viana Filho.

Solicito.

Fizio 12 sessões do Tornozelo D. 3x semana

H.D Entorse do Tornozelo + perda de sensibilidade

Dr. Guilherminio Neto
ORTOPEDIA TRAUMATOLOGIA
CREMEC 4646

19.05.16

A saúde é sua maior riqueza. Cuide dela com carinho

SECRETARIA DE VARA
Fls. 19

Dr. Guilhermino Neto

CREMEC 8448 - CE

Ortopedia /Traumatologia

Paciente: Expedito Viana Filho *Idade:*

Endereço: *Telefone:*

SECRETARIA DE VARA Fls. 20

Formulação Manipulada

Quant.		Quant.	
	Cetoprofeno 100mg + Ciclobenzaprina 5mg + Hidroxicobalamina 1.000mcg + Famotina 10mg		Meloxican 10mg + Carisoprodol 150mg + Tiamina 100mg + Piridoxina 100mg + Hidroxicobalamina 1.000mcg

Posologia

	Glucosamina sulfato 1.500mg + Silício Quelato 50mg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água, 1 hora antes do almoço)	X	Glucosamina sulfato 1.500mg + Silício Quelato 50mg+Meloxican 10mg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água, 1 hora antes do almoço)
	Glucosamina 1.500mg + Condroitina 1.200mg + Silício 50mg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água, 1 hora antes do almoço)		Glucosamina 1.500mg + Condroitina 1.200mg + Silício 50mg + Meloxican 10mg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água, 1 hora antes do almoço)
	Glucosamina 1.500mg + Condroitina 1.200mg + MSM 100mg + Vit. E 20mg + Vit. C 200mg + Zinco 20mg + Selênio 50mcg + Silício 50mg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água, 1 hora antes do almoço)		Glucosamina 1.500mg + Condroitina 1.200mg + MSM 100mg + Vit. E 20mg + Vit. C 200mg + Zinco 20mg + Selênio 50mcg + Silício 50mg + Meloxican 10mg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água, 1 hora antes do almoço)
	UC II 40mg + Selênio 50mcg + Silício 50mg + Zinco 20mg + Vit. C 200mg + Vit. E 20mg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água, 1 hora antes do almoço)		UC II 40mg + Selênio 50mcg + Silício 50mg + Zinco20mg + Vit. C 200mg + Vit. E 20mg + Glucosamina 1.500mg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água, 1 hora antes do almoço)

Sachê dia 4 meses -

Posologia

	Cálcio Quelato 1.500mg + Vit. D3 800UI + Risedronato 5mg + Vitamina K2 50mcg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água durante o café da manhã)		Cálcio Quelato 1.500mg + Vit. D3 800UI + Risedronato 5mg + Vitamina K2 50mcg + Isoflavona Soja 75mg (Sachês diluir em 1/2 copo d'água durante o café da manhã)

Posologia

	Orlistat 100mg + Picolinato de Cromo 1000mcg (Tomar 1 cápsula durante refeição gordurosa)		Spray dor/Artrose (Salicilato de metila 5%/Cânfora 5%/ Tintura de Capsaicina 5% / DMSO 5% (Uso tópico aplicar 1 a 2 vezes ao dia)

Posologia Posologia

19/05/16

Dr. Guilhermino Neto

CREMEC 8448 - CE