

INSTRUMENTO PROCURATÓRIO

OUTORGANTE: Tiago Felipe Nunes Ferreira

(Nome Completo)

Brasileira (o)

Solteiro

recurso

(Nacionalidade)

(Estado Civil)

(Profissão)

portador(a) da Cédula de Identidade nº 8.044.247, inscrito (a) no CPF/MF sob o nº
081.993.734-74

residente domiciliado(a) AV. Agammon

Mangabeiras nº 155, centro, Recife / PE CEP.: 53660-000

OUTORGADO: EWERSON VILAR DE LIMA, brasileiro, casado, advogado, portador, respectivamente, da OAB-PE 28.570, com endereço profissional na Avenida Av. Agammon, endereço eletrônico: evl.advogado@yahoo.com.br

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 ao **OUTORGADO** 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, Tiago Felipe Nunes Ferreira, 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.

Outorgante/Declarante

Tiago Felipe Nunes Ferreira

1





NOTA FISCAL | FATURA | CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA 2a VIA

COMPANHIA ENERGÉTICA
DE PERNAMBUCO
AV. JOSÉ DE BARROS, 111, BOA VISTA,
RECIFE, PERNAMBUCO
CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-08
INSCRIÇÃO ESTADUAL 0005943-83



Tarifa Social de Energia Elétrica - Lei 10.438, de 28/04/02
COMERCIAL 116 | PRONTIDÃO 116
Atendimento ao deficiente auditivo ou de fala: 0800 281 0142
Ouvidoria 0800 282 5599
Agência de Regulação dos Serviços Públicos Delegados do Estado
de Pernambuco-ARPE: 0800-727-0167-Ligação Gratuita de Telefones Fixos
Agência Nacional de Energia Elétrica - ANEEL
167-Ligação Gratuita de telefones fixos e móveis

DADOS DO CLIENTE

MARIA ENEIDA DA SILVA FARIAS
CPF: 040.469.174-60

ENDERECO DA UNIDADE CONSUMIDORA

AV AGAMENON MAGALHAES 155
CENTRO/BEZERROS
56660-000 BEZERROS PE

As condições gerais de fornecimento (Resolução ANEEL 414/2010), tarifas, produtos, serviços prestados e tributos se encontram à disposição, para consulta em nossas unidades de atendimento e no site www.celpe.com.br

DATA DE VENCIMENTO

03/01/2019

TOTAL A PAGAR (R\$)

0,00

DATA EMISSÃO DA NOTA FISCAL

24/12/2018

DATA DA APRESENTAÇÃO

24/12/2018

NÚMERO DA NOTA FISCAL

044207550

CONTA CONTRATO

000634375040

Nº DO CLIENTE

2002488504

Nº DA INSTALAÇÃO

000035881

CLASSIFICAÇÃO

B1 RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Monofásico

RESERVADO AO FISCO

AFB3.7566.C506.EEB9.FD3E.701A.6AF8.147E

DESCRÍÇÃO DA NOTA FISCAL

DESCRÍÇÃO	QUANTIDADE	PREÇO	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)	30,00	0,54556485	16,36
Acréscimo Bandeira AMARELA			0,06
Contrib. Ilum. Pública Municipal			0,81
ICMS Subvenção-CDE-NF 036587831-23/10/18			0,39
Multa por atraso-NF 040462959 - 23/11/18			0,63
Juros por atraso-NF 040462959 - 23/11/18			0,11
Atualização IGPM-NF 040462859 - 23/11/18			0,05
TOTAL DA FATURA			18,31

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

ICMS		PIS		COFINS	
BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPPOSTO
0,00	0,00	16,42	0,79	0,12	16,42
					3,61
					0,59

Tarifas Aplicadas

Consumo Ativo(kWh) 0,52156000

HISTÓRICO DO CONSUMO

		kWh
DEZ	18	30
NOV	18	35
CUT	18	65
SET	18	49
AGO	18	48
JUL	18	58
JUN	18	64
MAI	18	60
ABR	18	71
MAR	18	71
FEV	18	68
JAN	18	79
DEZ	17	57

Faturado pelo mínimo da fase
- Custo de Disponibilidade,
Artigo 88, Resolução ANEEL
414/2010.

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

NÚMERO DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO kWh
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
00000003140123543	CAT	23/11/2018	4.264,00	24/12/2018	4.264,00	31	1.00000	0,00	0,00

DATA PREVISTA PARA A PRÓXIMA LEITURA: 23/01/2019

DURAÇÃO E FREQUÊNCIA DAS INTERRUPÇÕES

DESCRÇÃO	CONJUNTO	VALOR APURADO	META MENSAL	META TRIM.	META ANUAL
out/2018					
DIC-No. de horas sem Energia	BEZERROS	0,00	5,79	11,58	23,18
FIC-No. de vezes sem Energia		0,00	3,36	6,72	13,45
DMIC-Duração média da Interrupção contínua		0,00	3,37	0,00	0,00
DICR-Duração de Interrupção em dia crítico				Límite DICR: 12,22	
EUSD-Valor do Encargo de Uso = R\$ 8,25					
Todo Consumidor pode solicitar a apuração dos Indicadores DIC, FIC, DMIC e DICR a qualquer tempo.					

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Pague no ponto mais perto de você! ag correios biritinga: rua martins junior centro / dioni ateliê: av prof amaral 80 sao sebastiao lista completa em www.celpe.com.br. Na data da leitura a bandeira em vigor é a Verde. Mais informações em www.aneel.gov.br. O cliente é compensado quando há violação na continuidade individual ou do nível de tensão de fornecimento. Pagto, em atraso gera multa 2% (Res414/ANEEL), Juros 1% a.m.(Lei 10.438/02) e atualização monetária no próx. mês. Isenção do ICMS conforme Art.9, XLVIII, a, 21, do RICMS-PE. O Cliente é compensado quando há descumprimento do prazo definido para os padrões de atendimento comercial.

NÍVEIS DE TENSÃO

TENSÃO NOMINAL(V)	LIMITE DE VARIAÇÃO(V)	
	MÍNIMO	MÁXIMO
220	202	231

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

DESTAQUE AQUI

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO	TOTAL A PAGAR(R\$)	VENCIMENTO	TALÃO DE PAGAMENTO
000634375040	12/2018	0,00	03/01/2019	Evite dobrar, perfurar ou rasurar. Este canhoto será usado em leitora ótica.

FATURA PAGA



SINISTRO 3170201761 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA TIAGO FELIPE NUNES FERREIRA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CIA EXCELSIOR DE SEGUROS

BENEFICIÁRIO TIAGO FELIPE NUNES FERREIRA

CPF/CNPJ: 08199373474

Posição em 04-01-2019 11:49:22

Seu processo foi analisado por nossa equipe técnica e, como identificamos a existência de irregularidades, o seu pedido de indenização foi negado.

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
27/05/2017	Negativa Técnica - Irregularidade	
18/04/2017	Aviso de Sinistro	





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091^ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91^ªCIRC
DINTER1/14^ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 17E0181000569

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/03/2017 às 16:57

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposo (Consumado) que aconteceu no dia 1/1/2017 às 14:30

Fato ocorrido no endereço: RODOVIA PE 97, NESTA CIDADE DOS BEZERROS-PE, DEFRONTE AO BNB CLUBE - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE BEZERROS, 1 - Bairro: SAO PEDRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: RODOVIA ESTADUAL

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

(AUTOR \ AGENTE)
TIAGO FELIPE NUNES FERREIRA (VITIMA)

Objeto(s) envolvida(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): TIAGO FELIPE NUNES FERREIRA

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

TIAGO FELIPE NUNES FERREIRA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: MARIA INEZ NUNES FERREIRA Pai: JOSÉ ANTÔNIO FERREIRA IRMÃO Data de Nascimento: 27/1/1988 Naturalidade: BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 8044247/SDS/PE (RG), 08199373474 (CPF) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 1º. GRAU INCOMPLETO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Telefones Celulares: - 993035672

Residencial: AV. AGMENON MAGALHÃES, Nº 155, CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL Próximo a: MUNICIPIO DE BEZERROS, 155 - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL

- Ramo de Atividade: NAO INFORMADO

Nome do Representante: - Cargo do Representante: - Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: - Telefone de Contato: -

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

MOTOCICLETA (VEICULO), que estava em posse do(a) Sr(a): TIAGO FELIPE NUNES FERREIRA
Categoria/Marca/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/NXR150 BROS Objeto apreendido: Não
Cor: PRETA - Quantidade: 1 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: KKV1099 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 174126479 Chassi: 9C2KD04209R045325
Ano Fabricação/Modelo: 2009/2009 Combustível: GASOLINA
Descrição: MOTOCICLETA HONDA / NXR 150 BROS ES.

29/3/2017 16:5



Complemento / Observação

ALEGA A VÍTIMA, QUE TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA PELA PE 97, QUANDO FOI FAZER O RETORNO DEFRONTE AO BNB CLUBE, PERDEU O CONTROLE DA REFERIDA MOTOCICLETA E CAIU NO ASFALTO, FICANDO LESIONADO COM ESCORIAÇÕES PELO CORPO, SENDO SOCORRIDO DE INÍCIO POR TERCEROS PARA UNIDADE MISTA LOCAL, AONDE RECEBEU OS PRIMEIROS SOCORROS E EM SEGUITA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGreste NA CIDADE DE CARUARU-PE., DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO DAS RESPECTIVAS UNIDADES HOSPITALARES.

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

Tiago Felipe Nunes Ferreira

TIAGO FELIPE NUNES FERREIRA
(VITIMA)

B.O. registrado por: JOSE MANOEL DOS SANTOS JUNIOR - Matrícula: 221483-0





Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



AUTORIZAÇÃO PARA INTERNAÇÃO REFERENCIADA

PACIENTE: Tiago Felipe Nunes Ferreira

PRONTUÁRIO: _____

DATA: 01 / 01 / 17 HORA: 15:30

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA: _____

Fratura da clavícula (F) após queda de motocicleta há + 30min

AO EF crepitacão na região clavicular (F) + dor local.

Solicito avaliação do ortopedista.

HOSPITAL REFERENCIADO: HRA

SENHA AUTORIZADA: 5074324

ASS. / CARIMBO DO MÉDICO REGULADOR *Dr. Heitor de Medeiros
Enfermeiro 24.109*

OBS.: A transferência para o Hospital referenciado só deverá ser realizada após estar assegurado o leito para a internação.





HOSPITAL REGIONAL DO AGreste EMERGÊNCIA

HR-4

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: TIAGO FELIPE NUNES FERREIRA Atendimento: 288259 Prontuário: 290077
 Data Nasç.: 27/01/1986 Idade: 28 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: 08199373474 RG: 8044247 CNS: 704201731757889 Nº: 4
 Endereço: TRAVESSA AGAMENON MAGALHAES Estado: PE
 Bairro: CRUZEIRO Cidade: BEZERROS Profissão: ARMADOR DE CONCRETO ARMADO
 CEP: 55660000 Fone:
 Nome da Mãe: MARIA INEZ NUNES FERREIRA
 Acompanhante:
 Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
 Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

2 - ATENDIMENTO Data: 01/01/2017 16:26 Médico: MEDICO PLANTONISTA
Queixa Principal / HDA: *Doente com dor de estômago. Necessita de exames.*

Exame Físico: **Palpável, subentado, doloroso, e**
extremamente sensível ao toque. PA: _____ FC: _____ FR: _____
Diag. Provisório: **Obstrução intestinal.**

Diag. Pruvista

intend the Blackwells. (15)

Prescrição

Data

Bisturi

Horario

1 de 2



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE
EMERGÊNCIA



3 - Evolução / Exames

<input checked="" type="checkbox"/>	1º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	2º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	3º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	4º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	5º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	6º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	7º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	8º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	9º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	10º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	11º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	12º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	13º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	14º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	15º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	16º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	17º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	18º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	19º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	20º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	21º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	22º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	23º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	24º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	25º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	26º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	27º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	28º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	29º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	30º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	31º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	32º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	33º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	34º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	35º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	36º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	37º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	38º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	39º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	40º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	41º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	42º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	43º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	44º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	45º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	46º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	47º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	48º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	49º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	50º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	51º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	52º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	53º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	54º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	55º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	56º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	57º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	58º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	59º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	60º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	61º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	62º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	63º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	64º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	65º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	66º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	67º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	68º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	69º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	70º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	71º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	72º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	73º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	74º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	75º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	76º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	77º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	78º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	79º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	80º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	81º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	82º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	83º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	84º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	85º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	86º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	87º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	88º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	89º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	90º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	91º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	92º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	93º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	94º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	95º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	96º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	97º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	98º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	99º dia
<input checked="" type="checkbox"/>	100º dia

Termo de Responsabilidade de Alta a Pedido

Paciente Familiar

Responsabilizo-me pela imediata retirada do paciente desse nosocomio, bem como tenho absoluto conhecimento sobre todas as consequencias que esse ato possa acarretar.

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura

Autorização de Procedimento

Paciente Familiar

Nome: _____ RG: _____

Endereço: _____ Tel.: _____

Procedimento: _____

Assinatura

Diag. Definitivo:

infarto do Miocárdio (S)

Destino do Paciente

() Alta () Cirurgia () Óbito () Evadiu-se () Termo de Alta a Pedido
() Transferência: _____ () Internamento: _____

Condição de Alta

() Curado () Melhorado () Inalterado () Óbito

Data: ____ / ____ / ____ Hora: ____ : ____ Médico: _____ CRM: _____

11/2017 6:26:03 PM

2 de 2

Usuario do Atendimento

REJANESS



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO

HOSPITAL REGIONAL DO AGreste - HRA

RESUMO DE ALTA

Nome: Tiago Folke Nunes Fernandes

Prontuário: 200077

Data: 01 / 01 / 17

Hora: 19:15

DIAGNÓSTICO:

Defeitura da clínica. gengivite.

AMBULATÓRIO DE EGRESO - INFORMAÇÕES ADICIONAIS:

Mudanças de humor

TRATAMENTO REALIZADO:

1) Domiciliar

2) Unha curta

3) Estudo de hérnias

4) Mudanças de humor

5) Unhas curtas

Alta Hospitalar: Data: 01 / 01 / 16 | Hora: 19:15



Ass. do Médico e CRM
Carimbo





**GOUFRNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
HOSPITAL REGIONAL DOA GRESTE**

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que se fizerem necessário que o Sr.(a) Thiago Felipe Nunes Ferreira Esteve internado nesta Unidade Hospitalar, no dia, 01/01/2017 a 01/01/2017

Registro Hospitalar: 290077

Diagnóstico :Fratura da Clavícula Esquerda.

Tratamento: Imobilização.

OBS: Vítima de Acidente de Trânsito CID: s42

ESSAS INFORMAÇÕES ESTÃO CONTIDAS NO PRONTUÁRIO DO PACIENTE

40-794-975/0200 27
FUSAM - 115-1001 Legislat
69-100-1
BR 275, 115-100
Indianapolis - 115-55001 40
Caribou - PE

Caruaru, 03 de Janeiro 2017

Alexsandro da Silva Araújo
Setor de Arquivo - SAME do HRA
Matrícula: 12450

Setor de Arquivo(SAME)





PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Pl. Trajano Freire Nunes ferreiro
RECEITUÁRIO

Laudo médico

Declaro para os devidos fins que o paciente é portador de fratura de clavícula esquerda, vítima de acidente de veleiro há 3 dias. Se encontra fazendo tratamento.

CID: S42.0.

DATA: 03/01/2017

Dra. Olivia Roque Lopez
RMS PE 2900526
C. Of. mg
Médico/CRM



Paciente: _____

Medicamento: _____ Quant.: _____

Medicamento: _____ Quant.: _____

Medicamento: _____ Quant.: _____

DATA: ____ / ____ / ____

Médico/CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DE BEZERROS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



RECEITUÁRIO

Thiago Felipe Nunes Ferreira

Atendido em surfeles no
dia 01.01.2017, Hosp. Regional
do Agreste, fratura de clavicula,
processo em tratamento
com escovas.

010 5420.

Dr. Wilson Carneiro
Ortopedia
CREMEPE-3150

DATA:

960117

Médico/CRM



Paciente:

Medicamento:

Quant.:

Medicamento:

Quant.:

Medicamento:

Quant.:

DATA:

Médico/CRM

