

PROCURAÇÃO "AD JUDICIA" E "ET EXTRA"

OUTORGANTE(S): Gerardo Tomé de Sousa,
 brasileiro(a), Solteiro (estado civil), Agricultor (profissão),
 portador (a) da cédula de identificação RG nº 96015035535,
 devidamente inscrito no CPF sob nº 979.097.503-15, residente e
 domiciliado no Padre Vieira
Viçosa do Ceará.

OUTORGADO(S), CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA, brasileiro,
 casado, advogado inscrito na OAB/CE sob o N° 31.972 e NATHANIEL MENDES
 DE VASCONCELOS, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/CE sob o
 nº 34.325, ambos com escritório situado à Rua Padre José Beviláqua, nº 022, Bairro
 Centro, Viçosa do Ceará/CE, CEP 62300-000.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, nomeia e constitui
 seu bastante procurador e advogado, o outorgado acima qualificado, para o fim
 de representá-la com amplos poderes para o foro em geral, com a cláusula "ad
 judícia" e "et extra", em qualquer Fórum ou Tribunal, órgão ou instância
 administrativa Federal, Estadual ou Municipal, podendo propor contra quem de
 direito as ações cabíveis e defendê-la nas contrárias, seguindo umas e outras até
 final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe(s),
 ainda, poderes especiais para confessar, transigir, desistir, firmar compromissos
 ou acordos, receber e dar quitação, podendo ainda, substabelecer esta na pessoa
 de outrem, com ou sem reservas de iguais poderes dando tudo por bom, firme e
 valioso.

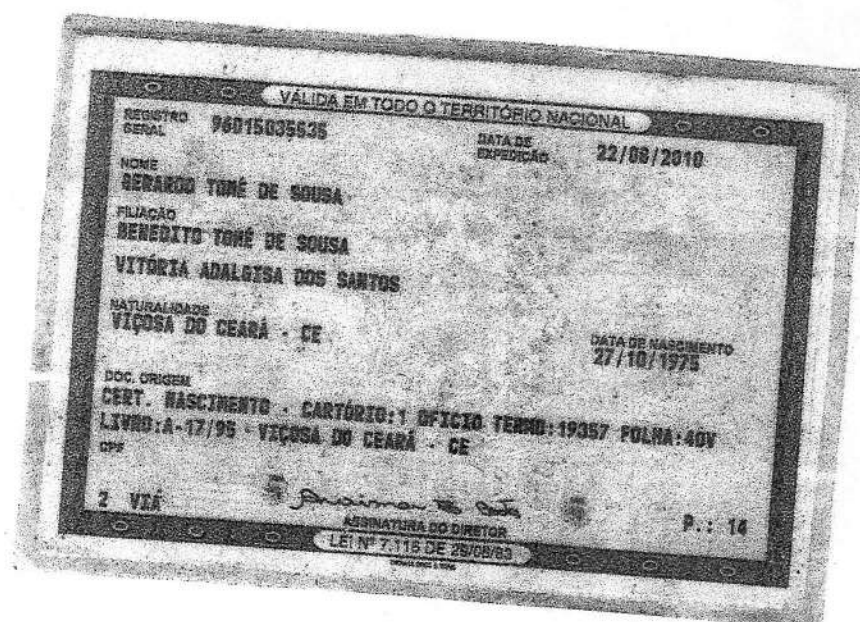
Viçosa do Ceará/CE, 26 de Março de 2018.

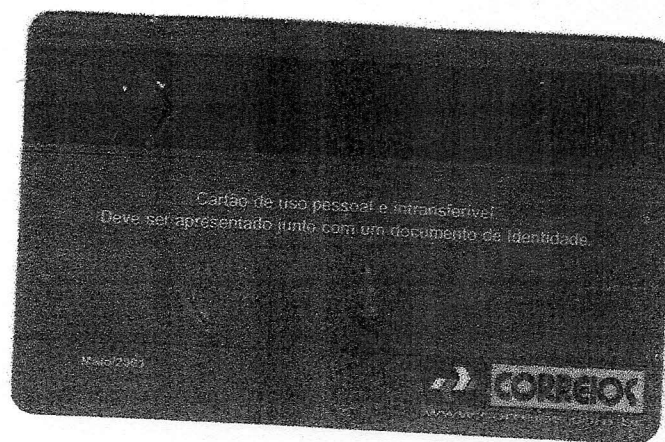
CPF nº 979.097.503-15

OBS: TENDO EM VISTA O OUTORGANTE SER PESSOA ANALFABETA, SEGUE ASSIM A
 PRESENTE PETIÇÃO COM ASSINATURA A ROGO, DEVIDAMENTE COMPROVADA POR
 MEIO DE DUAS TESTEMUNHAS INDICADAS PELA OUTORGANTE.

x Maria de Fátima da Silva
 TESTEMUNHA 1
 NOME: Maria de Fátima da Silva
 CPF: 967.123-843-20

Paulo Ricardo de Araújo
 TESTEMUNHA 2
 NOME: Paulo Ricardo de Araújo
 CPF: 053.124.583-76





Nº DO CLIENTE
4370442-5
Para agilizar seu atendimento, utilize o nº edma 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.

contos
Rua Padre Valdevino, 150
CEP 60135 040 Fortaleza CE
CNPJ 07.047.251/0001-70 CGF 06.105.848-3

CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA | GRUPO B | SÉRIE B-4 | Nº
445407768

Rota 26 31143 02 092800 - 0 Data de Emissão 09/09/2016
Nome MARIA DE FATIMA DA SILVA
End. Postal VL PDE VIEIRA 00000
- VICOSA CEARA - 62300000
Medidor 6931384 Poste 0000 0000
Classe 01-RESIDENCIAL MONOFASICO BAIXA RENDA Fator de Potência 0,00
RG / CPF / CNPJ 967123843-20 CGF
Nome do Responsável

DATAS
Mês de Referência Data da Apresentação Previsão Próxima Leitura
Set/2016 09/09/2016 11/10/2016

INDIC. DE QUALIDADE DO FORNECIMENTO
Veja a legenda no verso desta conta.
Conjunto VICOSA DO CEARA
Mês 09/2016 ELES 5,37

Base de Cálculo (R\$)	Alíquota	Valor do Imposto	Padrão Individual			Apuração Individual			
			Mensal	Trím.	Anual	Mensal	Trím.	Anual	
ISENTO			DIC	10,73	21,46	42,92	0,99	0,00	0,00
			FIC	7,59	15,19	30,39	1,00	0,00	0,00
			DMIC	5,70			0,99		

ÁREA RESERVADA AO CONTROLE FISCAL

INFORMAÇÕES SOBRE O FATURAMENTO DO CONSUMO

Leit. Atual	Leit. Anterior	Const.	Consumo (kWh)	Cons. Ind.	Cons. Pat.	Tarifa (R\$/kWh)	Valor (R\$)
10400	10000	1,00	400	0,00	0,00	0,11	44,00

09/09/16 09/09/16 21,46 0,00 15,23

DESCRIÇÃO	VALOR (R\$)
VALOR CONSUMO DO MES	15,23
MULTA MORATORIA REF 06/2016	0,36
JUROS DO MES	0,09
ILUMINACAO PUBLICA MUNICIPAL	5,83
PIS-COFINS COMPLEMENTAR-TARIFA BAIXA RENDA	0,86

VENCIMENTO 11/10/2016 **TOTAL A PAGAR (R\$)** 27,37

COMPOSIÇÃO DO VALOR DE CONSUMO **HISTÓRICO DE CONSUMO (últimos 12 meses)**

	06	07	08	09	10	11	12	01	02	03	04	05
Energia	2,82	2,82	2,82	2,82	2,82	2,82	2,82	2,82	2,82	2,82	2,82	2,82
Transmissão	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20	0,20
Distribuição	3,23	3,23	3,23	3,23	3,23	3,23	3,23	3,23	3,23	3,23	3,23	3,23
Encargos Setoriais	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66
Tributos (ICMS PIS-COFINS)	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66	1,66
TOTAL	10,57	10,57	10,57	10,57	10,57	10,57	10,57	10,57	10,57	10,57	10,57	10,57

CONSUMO CONSCIENTE - EMISSÕES DE CO₂ (kg/kWh)
Compense suas emissões pelo consumo de energia elétrica através do Ecoelca.
Emitido kg(CO₂) 27,66 Compensado kg(CO₂) 0,00 Consciência Ecológica (% CO₂) 0

INFORMAÇÕES IMPORTANTES E AVISOS DE VENCIMENTO

Declaração de Residência

(Lei nº 7.115/53)

Eu, Genardo Tomé de Sousa, abaixo assinado, brasileiro(a), estado civil Solteiro, profissão Agricultor portador(a) do RG nº 96015035535 SSP/ce e CPF nº 979.097.503-15, filho de pai Benedito Tomé de Sousa e mãe Vitória Adalgisa dos Santos, DECLARO, para os devidos fins, conforme artigo 1º da Lei 7.115/83, que sou residente e domiciliado na Padre Vieira, nº SN bairro Zona Rural na cidade de Quipasa do Ceará e 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.



Quipasa do Ceará - ce 26/03/2018.

DECLARAÇÃO DE POBREZA

Eu Gerardo Tomé de Sousa
nacionalidade Brasileiro, estado civil Solteiro
profissão Agricultor, RG nº 96015035535 SSP/ ce
CPF nº 979.097.503-15, residente e domiciliado(a) na
Padre Vilva, nº 5N, bairro Zona Rural
na cidade de Quilosa do Ceará, 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 à disciplina no art. 299 do Código Penal.

Por ser verdade, firmo o presente.

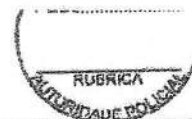
Quilosa do Ceará - ce, 26 de Março de 2018.



Assinatura



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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 570 - 1582 / 2015

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **29/09/2015 14:10:51**
Data / Hora da Ocorrência: **30/08/2015 19:00:00**
Endereço da Ocorrência: **SITIO ASSIMIN**
Complemento:
Bairro: **ZONA RURAL** Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
Ponto de Referência: **PX, AO CHICO BIDÓ**



Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **GERARDO TOMÉ DE SOUSA**
Nascimento: **27/10/1975** CPF: **979.097.503-15**
RG: **96075035535** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **VITÓRIA ADALGISA DOS SANTOS**
BENEDITO TOMÉ DE SOUSA
Endereço: **SITIO PADRE VIEIRA** CEP: **62.300-000**
Bairro: **ZONA RURAL**
Município: **VICOSA DO CEARA/CE**
País: **BRASIL** Telefone:

Histórico

O NOTICIANTE AFIRMA QUE NA DATA E HORÁRIO SUPRACITADOS, ESTAVA CONDUZINDO A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 ES, COR VERMELHA, 2011/2011, CHASSI 9C2JC4820BR014364, PLACA OCH-8947/CE E REGISTRADA EM NOME DE LIDUINA TOME DE SOUSA; QUE EM DETERMINADO MOMENTO DA VIAGEM, UM CACHORRO ATRAVESSOU A VIA E NO INTUITO DE EVITAR A COLISÃO, O NOTICIANTE BATEU EM UM BURACO; QUE EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE, O CONDUTOR TEVE UM FRATURA NO BRAÇO DIREITO E DIVERSAS ESCORIAÇÕES, CONFORME FICHA DE ATENDIMENTO MÉDICO EM ANEXO; QUE ESTE B.O. É PARA FINS DE DPVAT; QUE NADA MAIS DISSE E NEM LHE FOI PERGUNTADO, DANDO-SE ESTE TERMO POR ENCERRADO.////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE VICOSA DO CEARA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

DANILO DE ANDRADE SILVA FEITOSA - MAT.: 404724-1-X

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

VISTO DO DELEGADO(A):

GILK DA SILVA SANTOS - MAT.: 198400-1-8

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 3170350204 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA GERARDO TOME DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO UNIÃO (CTG) SEGURADORA S/A - VIDA E PREVIDÊNCIA-Filial Fortaleza-CE

BENEFICIÁRIO GERARDO TOME DE SOUSA

CPF/CNPJ: 97909750315

Posição em 06-10-2017 08:18:17

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 4.725,00

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 Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/10/2017	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00

ACESSIBILIDADE

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

▲ ▲ ▲ ○

COMO PEDIR INDENIZAÇÃO

Documentos Despesas Médicas (/Pages/Documentacao-Despesas-Medicinas.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)



Hospital e Maternidade Municipal de Viçosa do Ceará
Governo Municipal de Viçosa do Ceará
Secretaria da Saúde



REGISTRO DE ATENDIMENTO

Nome: Gerardo Tome de Sousa
Sexo: M () F () DN: / / Idade: Raça/Cor:
Nome do Pai: Benedito Tome de Sousa Nome da Mãe:
Estado Civil: Profissão:
Município de Origem: (X) Viçosa do Ceará () Outro Município:
Endereço: Rod. Viçosa Telefone ()
Cartão do SUS: RG:
Data do Atendimento: 30 / 08 / 15 Hora: 21 : 09 Recepção: Uline

SINAIS VITAIS

Peso: g Temperatura: °C Pressão Arterial: 11 x 08 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: 30 / 08 / 15 Hora: 21 : 09 Alcoolizado: () Sim () Não () Ignorado
(X) Moto - Usando Capacete? SIM () 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: () 1° grau () 2° grau () 3° 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: / /

PROTECTOR GENERAL DE LOS INDIOS DE LA CORONA

EXAME FÍSICO:

HIPÓTESE (S) DIAGNÓSTICA (S): Provável fratura de punho d.

PROCEDIMENTO E CONDUTA: Observação

APRAZAMENTO

- | | | |
|----|------------------------------|------------|
| 1- | SRL 1000ml EV | 500 |
| 2- | Urethane & anapala IM agoxi. | 21.25° |
| 3- | Salinto Raso x de pundo | A P - Pupa |
| 4- | | |
| 5- | | |
| 6- | | |

~~Marcela Lopes Lima~~

Medica
CREME 16696

MÉDICO

Assinatura e Carimbo

to 20:25h

30.08.15

OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM: Paciente vítima de acidente de trânsito, deu entrada nesta unidade apresentando ferimentos em MMII. Braço direito contuso em tornozelo @, lateral do pé @, e dor em região torácica. Traqueia fragilizada // Sinais vitais: Pálidos @, Tachicardi. 05/06/2018 15:00h Paralelo, consciente, ENFERMAGEM CUREN-001/2018. O mesmo relata ser diabético, DX 285mg/dL. PA=120/80.

DESTINO:

() Alta () Observação () TRANSFERÊNCIA PARA:

Assinatura do Usuário ou Responsável

FICHA DE REFERÊNCIA



15/23

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS / CEARÁ

Unidade de Origem: _____

Distrito Sanitário: _____

Município: _____

Nome: Guarabá Tami de Sousa

Prontuário Nº: _____

Sexo: ☒ M ☐ F Data de Nascimento: ____/____/____ Ocupação: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Município: _____

Fone: _____

Motivo do Encaminhamento: _____

Parto normal a termo de 40 semanas apresentando fatura fechada de rádio e punho @

Resultado do(s) Exame(s): _____

Conduta já Realizada: _____

Raquel Brito de Araújo
CPF: 000.000.000-00
Secretária de Saúde

Impressão Diagnóstica: Fratura de rádio - punho @

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

AGENDAMENTO

Encaminhamento para Atendimento: _____

☐ Ambulatorial

☒ Hospitalar

☐ Auxílio Diagnóstico

Procedimento: Análise

Profissional: Transtelegrafista

Unidade de Referência: _____

Assinatura do Encaminhante - Nº Registro

Função

Data

Hora

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA(*)

Unidade de Referência: _____

Município: _____

Prontuário Nº _____

Data da Alta: ____/____/____

Resumo Clínico / Cirúrgico: _____

Resultado do(s) Exame(s): _____



Diagnóstico: Principal _____

CID: _____

Secundário 1 _____

CID: _____

Secundário 2 _____

CID: _____

Proposta de Consulta para seguimento: _____

O problema justificou a referência? Sim ☐ Não ☐ O motivo da referência coincide com o diagnóstico? Sim ☐ Não ☐

Assinatura do Consultante - Nº Registro

Função

Data

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA e Tribunal de Justiça do Ceará, protocolado em 15/10/2019 às 16:03, sob o número 00500948220198060182. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050094-82.2019.8.06.0182 e código 54BFF7C.

SOCIEDADE BENEFICENTE SAO CAMILO
HOSPITAL E MATERNIDADE MADALENA NUNES
TIANGUA - CE
Guia de atendimento - RECEPÇÃO PARTICULAR

fls. 24

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 172144	Atendimento 0003	Nome do Paciente GERARDO TOME DE SOUSA	CNS 160339459490007	Guia de Autorização
Documento(s) Identidade: 96015035535			Estado Civil Outro	Sexo Masculino
Data de Nascimento 27/10/1975		Local VICOSA DO CEARA/CE	Idade 39 Ano(s)	
Pai BENEDITO TOME DE SOUSA			Mãe VITORIA ADALGIZA DOS SANTOS	
Endereço SITIO PADRE VIEIRA, SN		Bairro ZOAN RUIRAL	CEP 62300-000	Município VICOSA DO CEARA
Profissão AGRICULTOR	Empresa	Cônjuge		
Responsável GERARDO TOME	CPF do Responsável	Endereço SITIO PADRE VIEIRA, SN	UF CE	Telefone 86 9802
		Município VICOSA DO CEARA		

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 04/09/2015	Hora 07:27	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento DANILLO CONSERVA ARRUDA			CRM/UF 16409/SP	Tipo Atendimento RETORNO
Indicador de Acidente			Funcionário RENARA AGUIAR FONTENELE	
Observação				
Saia	Data/Hora Liberação / / às hs.		Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Peso (kg)	Altura (cm)	T (°C)	P (bpm)	R (mpm)
PA (mmHg)				

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



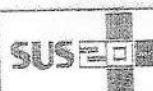
Dr. Danilo Conserva Arruda
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM/CE 16409

MATERIAIS E MEDICAMENTOS

DANILLO CONSERVA ARRUDA - CRM: 16409

Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: GERARDO TOME

Este documento é cópia do original, assinado digitalmente por CARLOS ANTONIO BRITO DE OLIVEIRA e Tribunal de Justiça do Estado do Ceará, protocolado em 15/10/2019 às 16:03, sob o número 00500948220198060182. Para conferir o original, acesse o site https://esaj.tjce.jus.br/pastadigital/pg/abrirConferenciaDocumento.do, informe o processo 0050094-82.2019.8.06.0182 e código 54BFF7C.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

Hospital e Maternidade Madalena Nunes

2 - CNES

4 - CNES

2 5 6 0 8 9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Gerardo T. de Souza

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

27/10/1975

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

17219

9 - SEXO

Masc. ☒ 1

Fem. ☐

DDD

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Vitória Adalgiza dos Santos

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Sítio Padre Vieira

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Tejosa do Ceará

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

queda no solo há ± 15 dias
dor + limitação ATB D.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Hx cirúrgica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Rx + exame físico

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

fr. diafragma + hne

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

osteossíntese

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

04 08 02 04

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS

() CPF

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

14/09/2015

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)

Dr. Danilo Consórcio
ORTOPEDIA E TRAUMA
CRM 16409

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SE ENQUADRA

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

Jose Elmeida Nóbrega

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HC

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

63589788877

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO)

Dr. Jose Elmeida Nóbrega
CRM 1255