



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Antônio Gonçalves de Lima inscrito no CPF de nº 067.218.904-61 com endereço à Rua Manoel Pereira de Araujo
endereço eletrônico _____.

OUTORGADO: GRASIELE DE LIMA SILVA, brasileira, divorciada, portadora do RG de nº 6.814.023 SDS/PE e CPF nº 055.049.184-80, advogada, inscrição OAB/PE nº 40.421, com escritório à Rua Regina Alves, 43 – Edson Mororó, Belo Jardim – PE, e-mail grasilima1984@hotmail.com.

PODERES: por este instrumento particular de procuração, constituo meus bastantes procuradores os outorgados, concedendo-lhes os poderes da cláusula *ad judicia et extra*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, em qualquer instância, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga à advogada acima descrita, os poderes para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica (conforme o art. 105 do NCPC/15).

Os poderes específicos acima outorgados poderão (ou não poderão) ser substabelecidos.

Belo Jardim, _____.

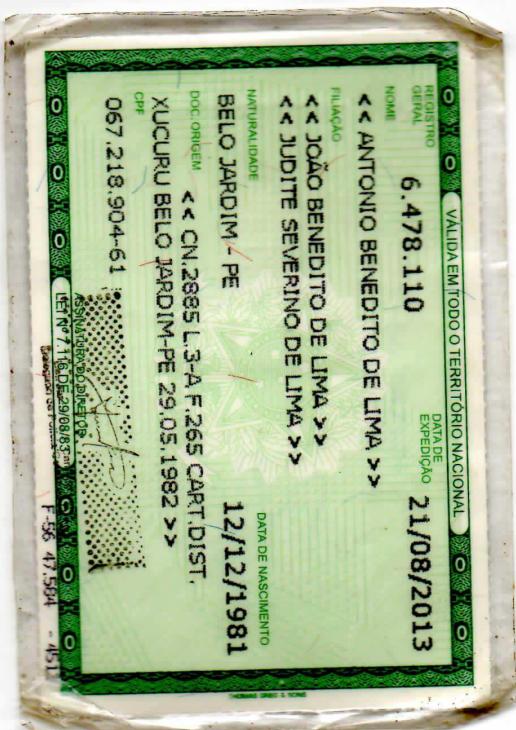
Antônio Gonçalves de Lima
OUTORGANTE





Assinado eletronicamente por: GRASIELE DE LIMA SILVA - 07/01/2020 15:08:53
<https://pje.tje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20010715085345900000055269401>
Número do documento: 20010715085345900000055269401

Num. 56179618 - Pág. 1



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Antonio Benedito de Lima,

RG nº 6.478.110, data de expedição / / , Órgão SDS/PE,

CPF nº 067.218.904-61, 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 manoel Ferreira de Araújo</u>
Número	<u>249</u>
Apto / Complemento	<u>--</u>
Bairro	<u>centro / xucuru</u>
Cidade	<u>Belo jardim</u>
Estado	<u>PE</u>
CEP	<u>55165-970</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3726-4929</u>
E-mail	<u> / </u>

Por ser verdade, firmo-me.

Local e Data: Belo jardim, 15/10/16

Assinatura do Declarante: Antonio Benedito de Lima



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 012382720885

PE Nº 012382720885 BILHETE DE SEGURO DPVAT

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, APENAS TRANSPORTADAS OU NÃO-SEGURADO DPVAT

DETAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VÉHICULO
COD. RENAVAM: 1084922476 ENTRO
EXERCÍCIO: 2016

1 GENILSON SANTOS CRUZ

BELO JARDIM-PE

PLACA

115.994.954-90

PDD3884

PLACA ANTIGA

9C2JB0100GR050793

ESPECIE: 40

GASOLINA



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do (a) Srº: Antônio Benedito de Lima, CPF: 067.218.904-61, RG: 6.478.110, que consta nos registros de ocorrências do **SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANHARÓ – PE**, atendimento realizado por este serviço ao MESMO, no dia 10 de março de 2016, às 20h e 20min, no endereço: Estrada, sentido ao distrito de Xucuru / Sanharó - PE, com queixa de queda de moto, tendo sido enviada a Unidade de Suporte Básico, que prestou atendimento a vítima, transportando-a para Unidade Mista João XXIII, Sanharó – PE.

De acordo com o registro de informações do **SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANHARÓ – PE**, foram realizados no paciente os seguintes procedimentos: Inalação de oxigênio, Imobilização padrão, monitoração cardíaca e remoção para o hospital local.

Sanharó, 22 de Agosto de 2016.

Regiane Valério da S. Maturá
ENFERMEIRA
COREN: 432 988


Regiane Valério
Coordenadora Técnica

Recebi esta declaração do SAMU REGIONAL AGRESTE, BASE SANHARÓ – PE
em 09/09/16


Ass. do Responsável

Parentesco: O mesmo
CPF:
RG:



FICHA DE ATENDIMENTO

Número do Registro	Data e Hora do Atendimento	Procedimento Local: Prontuário Integrado	Local de Entrada
47778	10/03/2016 20:33	SUS	URGÊNCIA

Informações prestada pelo paciente ou acompanhante:

Paciente: 000025066 ANTONIO BENEDITO DE LIMA	Nascimento: 12/12/1981	Idade: 34	Sexo: Masculino	Cor: Branca
CNS: 898004527993021				Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Solteiro(a)	Profissão: AGRICULTOR	Naturalidade:		
Documento: Identidade 6478110	Filiação: JUDITE SEVERINA LIMA	JOAO BENEDITO DE LIMA		

Endereço (Av., Rua, etc): DISTRITO XUCURU	Complemento:
Bairro:	Cidade: BELO JARDIM
Acompanhante: MESMO	UF: PE Telefone: Celular: (81) 7112-9853
Ocorrência:	Acidente de trabalho: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Procedência: ZONA RURAL	Meio de Transporte:

Local do acidente:	Data: / /	Hora:
Natureza do Acidente:	<input type="checkbox"/> Casual	<input type="checkbox"/> Intoxicação
	<input type="checkbox"/> Agressão	<input type="checkbox"/> Queda
	<input type="checkbox"/> Acidente de Trabalho	<input type="checkbox"/> Tentativa de Suicídio
	<input checked="" type="checkbox"/> Acidente de Trânsito	<input type="checkbox"/> Outras Causas
PA: _____ x	TEMP. _____	PESO: _____

Queixa Principal / HDA:

Rp nf quem me m t 8/capant.
O m m a m k m t v
Resf -

Exame Físico:

AW, RCP, m m
m m
am cl h m m.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA:

CID:

TC E

CARTÓRIO ÚNICO DE NOTAS DE SANHARÓ
Titular: NEIDILANE CAVALCANTI DOS SANTO
Telefone: (87) 3836-1230

Este documento está conforme com o original que me foi
apresentado neste ato. Dou fé.

Selo: 0076877.OLZ08201602.02002 09/09/2016 09:06:11
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital



Dr. Felipe
Clinica
CRM 16.371

Assinatura do Médico







Prefeitura Municipal de Sanharó

Secretaria Municipal de Saúde

ENCAMINHAMENTO PARA ESPECIALISTA

Unidade de Origem: *Unidade de Saúde*

Paciente: *Antônio Ribeiro*

Registro: *11118*

Dados Clínicos: *Pt. A. t. g. a. m. s. t. a. p. i. t. g. h. s. t. r. b.*

Exames complementares/Resultados: *—*

Hipótese Diagnóstica: *FE*

Conduta Adotada: *Monitoramento*

Justificativa do Encaminhamento: *HA*

Encaminhado para: *Dr. Felipe Marques*

CRM 18.377

Data

Nome

Dr. Felipe Marques

Clinica Médica

CRM 18.377

CRM

Unidade Especialista:

Exame Clínico:

Exames complementares:

Parecer do Especialista:

Tratamento Proposto:

LOCAL: Na Unidade de Origem
Na Unidade de Referência
Outros Serviços



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



FICHA DE ESCLARECIMENTO

Nº Atendimento : 1535048

Nome : Antônio Gomes de Lima

Foi atendido às 08:03 hs. do dia 17/03/16

Diagnóstico Próvel : Int. Várias de lesões
de ferimento (moto) 4º Fatura de
encapuz + clavícula (B).

(CD) 1.542

Tratamento Realizado : ① TTO lombada q
desp. fendo em vista à esquerda
de lata e no sublinhado a
TTO amig

Observação : ① Atm. haptalg em 21/03/16.
② Atm. de haptalg de
Dr. Hugo Andrade em 10 dias.

Cópia de : ③ Atm. de Dr. Hugo Andrade
por 60 dias

21/03/16

Médico - CRM Nº

Hanesson R. P. Cruz
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE 24.207
Hannesson R. P. Cruz
Ortopedista / Traumatologista
CRM-PE 24.207

ATENÇÃO : Este documento destina-se a comprovação de atendimento hospitalar ou ambulatório para INSS, Empresas, Escolas, Ministério do Trabalho, Continuidade do tratamento ambulatorial, segundo a recomendação Nº 04/2002 do Ministério Públco do Estado de Pernambuco.

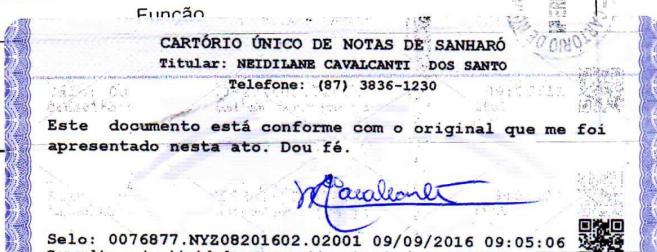
Cód. 0086





REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	Município de Notificação Sanharó - PE			Geres	
	Unidade Sentinelá UNIDADE MISTA JOAO XXIII		CNES 2638851	Vítima Nº	
	Data do atendimento 10/03/2016 às 2000-01-01 20:33:00 -0200		Número de Registro/Prontuário 000025066		
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	Nome ANTONIO BENEDITO DE LIMA				
	Sexo <input checked="" type="checkbox"/> 1 Masculino <input type="checkbox"/> 2 Feminino <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Data de nascimento 12/12/1981 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
	Idade 34 <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Ocupação AGRICULTOR <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			
	Município de residência Belo Jardim - PE		Código IBGE 260170		
Raça/cor <input checked="" type="checkbox"/> 1 Branca <input type="checkbox"/> 2 Preta <input type="checkbox"/> 3 Amarela <input type="checkbox"/> 4 Parda <input type="checkbox"/> 5 indígena <input type="checkbox"/> 9 ignorada					
DADOS DO ACIDENTE	Município onde ocorreu o acidente				
	Zona de ocorrência <input type="checkbox"/> 1 Urbana <input type="checkbox"/> 2 Rural <input type="checkbox"/> 9 Ignorada				
	Endereço do acidente				
	Data do acidente				Hora do acidente
	Dia da semana do acidente <input type="checkbox"/> 1 DOM <input type="checkbox"/> 2 SEG <input type="checkbox"/> 3 TER <input type="checkbox"/> 4 QUA <input type="checkbox"/> 5 QUI <input type="checkbox"/> 6 SEX <input type="checkbox"/> 7 SAB	Type de Vítima <input type="checkbox"/> 1 Condutor <input type="checkbox"/> 2 Pedestre <input type="checkbox"/> 3 Passageiro conduzido adequadamente <input type="checkbox"/> 4 Passageiro conduzido inadequadamente <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Meio de locomoção da vítima no momento do acidente <input type="checkbox"/> 1 A pé <input type="checkbox"/> 2 Automóvel <input type="checkbox"/> 3 Motocicleta <input type="checkbox"/> 4 Bicicleta <input type="checkbox"/> 5 Coletivo <input type="checkbox"/> 6 Veículo Pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 8 Outro _____		
	Acidente relacionado ao trabalho? <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Type de acidente <input type="checkbox"/> 1 Colisão/abaloamento <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 2 Atropelamento <input type="checkbox"/> 3 Tombamento/capotamento <input type="checkbox"/> 8 Outro _____	Outra parte envolvida no acidente <input type="checkbox"/> 1 Automóvel <input type="checkbox"/> 2 Motocicleta <input type="checkbox"/> 3 Bicicleta <input type="checkbox"/> 4 Coletivo <input type="checkbox"/> 5 Objeto fixo <input type="checkbox"/> 6 Animal <input type="checkbox"/> 7 Veículo pesado <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica <input type="checkbox"/> 8 Outro _____		
	Fatores relacionados ao acidente Excesso de velocidade <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de sinto de segurança pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	Avanço de sinal <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de capacede pela vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	
	Uso de celular pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Uso de bebida alcoólica pelo condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Sono do condutor <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado	Condutor tem habilitação <input type="checkbox"/> 1 Sim <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado <input type="checkbox"/> 88 Não se aplica	
	Outro fator relacionado ao acidente				
	Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinelá <input type="checkbox"/> 1 Veículo particular <input type="checkbox"/> 2 Vialura policial <input type="checkbox"/> 3 SAMU <input type="checkbox"/> 4 Resgate/Bombeiro <input type="checkbox"/> 5 Ambulância <input type="checkbox"/> 6 Coletivo <input type="checkbox"/> 7 A pé <input type="checkbox"/> 8 Outro <input type="checkbox"/> 9 Ignorado				
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinelá <input type="checkbox"/> 1 Consciente <input type="checkbox"/> 2 Inconsciente <input type="checkbox"/> 5 Morto <input type="checkbox"/> 9 Ignorado			Transferência da Vítima <input type="checkbox"/> 1 Sim - Para onde? _____ <input type="checkbox"/> 2 Não <input type="checkbox"/> 9 Ignorado		
NOTIFICADOR	<p>Responsável pelo preenchimento</p> <p>Obsevações</p>				



Paciente:

Cód.: 1535048 Nome: ANTONIO BENEDITO DE LIMA
fone: 91707052

Data Nasc.: 12/12/1981 Sexo: MASC.

e-mail:

Agenda:

27889

Nr do protocolo: 166091

Agendado para: 21/07/2016

TIAGO RIBEIRO JUSTO

Código:

Médico:

Recurso:

Setor:

Convênio

Plano:

Unidade de Atendimento:

Endereço da Unidade:

Itens Agendados:

~~12024~~ CONSULTA EM AMBULATORIO

ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

PRIMEIRA CONSULTA

Agendado Por MAYARASM em 02/06/2016

13.00

HR - HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

.....: 12/04/2016 12:40Hr
O.....: TRAUMATOLOGIA OMBRO
Mico.....: 388 - TIAGO RIBEIRO JUSTO
Agenda.....: 27300

Informações do Paciente

Paciente.....: 1535048 Same.....:
Nome.....: ANTONIO BENEDITO DE LIMA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (87) - 91707052 / Celular: (87) - 971129853 Nasc.....: 12/12/1981
Endereço.....: RUA MANOEL PEREIRA DE ARAUJO, 1 - CENTRO - SANHARO - PE - Cep: 55250000
Cidade.....: SANHARO

Agendado por: VANDERSONASN



HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO
Central de Agendamento Ambulatorial
COMPROVANTE DE AGENDAMENTO



Informações do Atendimento

Consulta.....: 02/06/2016 13:00Hr
Serviço.....: ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
Médico.....: 388 - TIAGO RIBEIRO JUSTO
Agenda.....: 27899

Informações do Paciente

Paciente.....: 1535048 Same.....: 839352
Nome.....: ANTONIO BENEDITO DE LIMA
Sexo.....: MASCULIN
Fone.....: Residencial: (87) - 91707052 / Celular: (87) - 971129853 Nasc.....: 12/12/1981
Endereço.....: RUA MANOEL PEREIRA DE ARAUJO, 1 - CENTRO, SANHARO - PE - Cep: 55250000
Cidade.....: SANHARO

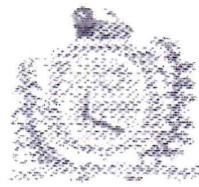
Agendado por: TERESARSF

Retorno em 30 dias

encarte.

*Dr. Tiago Ribeiro Justo
Ortopedia - Traumatologia
Cirurgia Ombro e Cotovelo
CRM - 10590*





GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 110ª CIRCUNSCRIÇÃO - SANHARÓ - DP110ºCIRC
DINTER1/15ºDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA N.º 17E0200000014

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 18/01/2017 às 14:20

Complementa o BO Número: 16E0200000395

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culpado (Consumado) que aconteceu no dia 10/12/2016 às 20:00

Fato ocorrido no endereço: MUNICIPIO DE SANHARO, 1, BR 232 , PRÓXIMO A ENTRADA DESTA CIDADE - Bairro: CENTRO - SANHARO/PERNAMBUCO/BRASIL
Local do Fato: VIA PÚBLICA

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO AUTORIA (BATEU EM UM ANIMAL) (AUTOR / AGENTE)
EDUARDO JOÃO DE LIMA (OUTRO)
GENILSON SANTOS CRUZ (OUTRO)
ANTONIO BENEDITO DE LIMA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Outros motivos) , que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BENEDITO DE LIMA

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

ANTONIO BENEDITO DE LIMA (presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: JUDITE SEVERINO DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 12/12/1981 Naturalidade: BELO JARDIM / PERNAMBUCO / BRASIL Documento(s): 6478110/SDS/PE (RG) Estado Civil: SOLTEIRO(A) Escolaridade: 3º GRAU INCOMPLETO Endereço Residencial: MUNICIPIO DE BELO JARDIM, 249, RUA MANOEL PEREIRA DE ARAÚJO ,DISTRITO XUCURÚ - CEP: 56000-000 - Bairro: CENTRO - BELO JARDIM/PERNAMBUCO/BRASIL

NÃO AUTORIA (BATEU EM UM ANIMAL) (não presente ao plantão) - Sexo: Desconhecido Mês: DESCONHECIDO Pai: DESCONHECIDO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

GENILSON SANTOS CRUZ (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: NÃO INFORMADO Pai: NÃO INFORMADO Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO

EDUARDO JOÃO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mês: JUDITE SEVERINA DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 16/1/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO /



EDUARDO JOÃO DE LIMA (não presente ao plantão) - Sexo: Masculino Mãe: JUDITE SEVERINA DE LIMA Pai: JOÃO BENEDITO DE LIMA Data de Nascimento: 16/1/1991 Naturalidade: NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL Estado Civil: CASADO(A) Escolaridade: 1º, GRAU INCOMPLETO Endereço Residencial: MUNICÍPIO DE SANHARO, 1, RUA MANOEL PEREIRA DE ARAÚJO - CEP: 66000-000 - Bairro: CENTRO - SANHARO/PERNAMBUCO/BRASIL

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

MOTOCICLETA (VEÍCULO) de propriedade do(a) Sr(a): GENILSON SANTOS CRUZ, que estava em posse do(a) Sr(a): ANTONIO BENEDITO DE LIMA
Câmbio/Marcas/Modelo: MOTOCICLETA/HONDA/POP 100 Objeto apreendido: Não
Quantidade: 0 (UNIDADE NÃO INFORMADA)

Placa: PUD3884 (PERNAMBUCO/NÃO INFORMADO) Renavam: 108492247 Chassi: 9C2JB0100GR050793
Ano Fabricação/Modelo: 2016/2016 Combustível: GASOLINA
Cor: Branca HONDA / POP 1101

Complemento / Observação

SENHOR DELEGADO, COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA O SENHOR ANTONIO BENEDITO DE LIMA PARA INFORMAR QUE SEU IRMÃO ESTAVA VINDO PARA ESTA CIDADE CONDUZINDO A MOTOCICLETA, QUANDO UM CÃO PASSOU NA FRENTES DA MOTOCICLETA, VINDO A BATER NO MESMO, E, POR CONTA DISSO, PERDEU O CONTROLE DO VEÍCULO CAINDO NA PISTA DE ROLAMENTO. LOGO APÓS O OCORRIDO, AS VÍTIMAS FORAM LEVADAS PELO SAMU PARA O HOSPITAL DESTA CIDADE, CONFORME N° DA FICHA DE ATENDIMENTO 47770. SENHOR DELEGADO, COMPARCEU NESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, MAS UMA VEZ, O SENHOR ANTONIO BENEDITO DE LIMA PARA PROCEDER COM A COMPLEMENTAÇÃO DESTE BOLETIM, SENDO ADICIONADAS AS PESSOAS DE GENILSON SANTOS CRUZ (DONO DA MOTOCICLETA) E EDUARDO JOÃO DE LIMA (CONDUTOR).

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

ANTONIO BENEDITO DE LIMA
(IRMÃO)

X Antonio Benedito de Lima

6.º G. registrado por: VENANCIO GOMES DE OLIVEIRA JUNIOR - Matrícula: 320262-3



16/3/2017 14:32





Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO



Paciente:	<u>Wesley</u>	Registro:	
Clinica:		Box/Leito/Enfermaria:	

Urgente

① Marcação de Ortopedia
Oftalmologia

~~Anderson Ribeiro F. V. da Cunha
Ortopedia/Trumatologia
CRM-PE 84.207~~

Data: 1/1

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0189



Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RECEITUÁRIO MÉDICO PERNAMBUCO



Paciente:	<u>Wesley</u>	Registro:	
Clinica:		Box/Leito/Enfermaria:	

S/lt

① Marcação de Odontologia

~~Wesley~~

~~Anderson Ribeiro F. V. da Cunha
Ortopedia/Trumatologia
CRM-PE 84.207~~

Data: 1/1

Ass. Carimbo/Médico/CREMEPE

COD. 0189

