



ADVOCACIA

Dr^a. Diana Carla.
O.A.B./S.P. 277.431



ANEXO

QUESITOS A SEREM RESPONDIDOS PELO SR. PERITO:

1. As seqüelas do(a) autor(a) foram originadas por acidente automobilístico?
2. Pode o Sr. Perito precisar a data da ocorrência do evento?
3. Resultaram do acidente perda ou inutilização de membro, sentido ou função?
4. Qual a debilidade ou deformidade apresentada pelo(a) autor(a) originada pelo acidente?

Rua Capitão Carapeba, nº 36, centro, (ao lado do Cartório de notas) São Benedito – CE, CEP.
62.370-00 E-mail drdianaamaral@hotmail.com, Fone/fax 3626-2620 cel: (88)9910-2622



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

Dr. Gonçalo

TENDIMENTO: ADULTO ☒

ATEND.: 1917760 DT. ATEND.: 6/7/2008 - 04:59
MATER.: 525775 NASCIMENTO.: 5/11/1975
NOME.: ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS
MATER.: MARIA DE FATIMA MARTINS VERAS
OFF...: QIS: SUSFACIL:
ENDER.: RUA NOVA
BAIRRO: CIDADE NOVA - SÃO BENEDITO - CEP: 62370000

NCIAL

CIRÚRGICO ☒

PEDIÁTRICO ☐

ACOLHIMENTO

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: ☐

HORA DA CLASSIFICAÇÃO: 04:57

PROCEDÊNCIA:

☐ PROCUROU PSF: SIM ☐

CAUSAS:

- ☐ ENCAMINHADO
☐ NÃO TINHA FICHA P/ CONSULTA
☐ NÃO TINHA MÉDICO
☐ POSTO ESTAVA FECHADO
☐ NÃO RESOLVEU O PROBLEMA

NÃO ☐

CAUSAS:

- ☐ NÃO É EFICIENTE
☐ É LONGE DE CASA
☐ NUNCA TEM MÉDICO

☐ TRANSFERIDO DE OUTRO HOSPITAL:

Santa Casa de M. de Sobral
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Mariuce Araújo
COORDENADORA

- ☐ SAMU
☐ CARRO
☐ DEAMBULANDO
☐ OUTRAS AMBULÂNCIAS
☐ MOTO, BICICLETA...

DA DO ACOLHIMENTO:

*Última em capotamento, refere dor interna em
lateral esquerda e lombar. Perante, orientada, porém*

A: 110 / 80 PULSO: _____ TEMP.: _____ PESO: _____

TIPO DE ACIDENTE:

- ☐ Acidente c/ objetos corto-contusos ☐ Acidente por arma de fogo ☐ Afogamento
☐ Choque elétrico ☐ Queda. De onde? _____
☐ Ingestão acidental: ☐ Corpo estranho ☐ Produto químicos farmacêuticos
☐ Queimaduras: ☐ 1º Grau ☐ 2º Grau ☐ 3º Grau Por: ☐ Água ☐ Óleo ☐ Álcool ☐ Elétrico
☐ Atropelamento: ☐ Carro ☐ Moto ☐ Bicicleta ☐ Outros
☐ Carro ☐ com cinto ☐ sem cinto ☐ Moto: ☐ com capacete ☐ sem capacete
☐ Mordedura de animais: ☐ Doméstico ☐ Selvagem ☐ Ofídico

LOCAL DO ACIDENTE:

- ☐ Domicílio ☐ Via Pública ☐ Escola ☐ Outros

Gráfica CLEIDE - 3611.3723

TIPO DE TRAUMA

- ☐ TCE ☐ ABDOMINAL ☐ TORÁCICO ☐ ORTOPÉDICO ☐ POLITRAUMA
☐ ESPANCAMENTO ☐ VIOLÊNCIA SEXUAL
☐ PAI ☐ MÃE: ☐ OUTROS ☐ PAI ☐ PADASTRO ☐ DESCONHEC

HORA DO ATENDIMENTO MÉDICO: _____

HDA DO MÉDICO: _____

Capetana de 6 de 10
 Cerrado, 10/06/08
 Regime de 10 dias
 10/06/08 a 20/06/08

CONDUTA: 4 03

DIAGNÓSTICO: Quase

D. Elias + 230

Ass. Médico - CRM

MOTIVO DO ATENDIMENTO

- ☐ CLÍNICO ☐ CARDIOLÓGICO ☐ NEUROLÓGICO ☐ OFTALMOLÓGICO
☐ CIRÚRGICO ☐ TRAUMAT. ORTOPÉDICO ☐ OTORRINO ☐ ODONTOLÓGICO
☐ TENTATIVA DE SUICÍDIO ☐ OUTROS

DESTINO DO ATENDIMENTO: ☐ CONSULTA

☐ COM MEDICAÇÃO

☐ SEM MEDICAÇÃO

☐ ALTA COMPLEXIDADE

☐ INTERNAÇÃO

☐ CLÍNICO

☐ CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO: DESTINO

- ☒ INTERNADO: ☒ CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO
☐ ALTA
☐ TRANSFERÊNCIA ☐ HOSPITAL DE ORIGEM ☐ OUTROS

ALTA DO PACIENTE

Data 07.06.08

Hora: 05:41

Santa Casa de São Paulo
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL

Santa Casa de São Paulo
 SAME
 CONFERE COM O ORIGINAL
 Matheus Azeiteiro

EVOLUÇÃO MÉDICA	PARECER DO ESPECIALISTA
	traumatologia: 17 de julho de 2011
	paciente 2 pontos 1/1 pontos
	1 - over no 10 pontos
	na postea sobre 14
	PARECER: traumatologia
	alta traumatologia
	Francisco das Chagas Pereira
	ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
	CPF: 330.649.113-66 - CRM: 6011

estino do Paciente: _____

100% Santa Casa de M. de Sobria
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL

ata: 1 / 120

CONFERE COM O ORIGINAL
Marilice Araújo
COORDENADORA

CONFERE COM O ORIGINAL
Marilice Araújo
COORDENADORA

tidia Pyenille PA-100-60
mmhg - fluxo 200mgda 1000-2000
14



LEITOS DE OBSERVAÇÃO

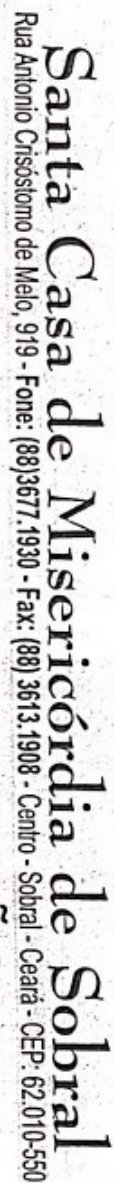
Leito:

Queixas:

DATA	PRESCRIÇÃO MÉDICA	HORÁRIO	HORA	OBSERVAÇÃO DE ENFERMAGEM
				devido, verbalizando, e em falta. Referir ao alívio prático curativo. Iniciar em hidratação suave e suas condições de enferma- gem. PA-120x80mmHg PE-fé- liza - em 06/17 - X - 15:25 Permanece em observação verbalizando e em eliso de colar cervical referindo dor nas es- tas, hidratação venosa mantida, diurese man- tida. Prescrita PA-100x60 mmHg - fluxo 20mg/kg 20354

Item 20 / Gráfica CLEIDE - (88) 3611.3723

EVOLUÇÃO MÉDICA	PARECER DO ESPECIALISTA
	Nº 06/07/08 - 20:20h
	- T.P.M.
	- P.P.A.K.E. F.
	- B.C.I.P.A.M.
	- R.L.O.M.A.R. + R.X. LOMAR = FRACTURA PARTIAL DO CORPO DE L1
	Col: Coluna vertebral Abundante
	R. LOMAR LOMAR LOMAR



LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Matrícula: 525795

Reg.:

-Leito:

Diagnóstico:

Queixas:

[illegible]

Item 20 / Gráfica CLÉIDE - (88) 3611.3723



Santa Casa de Misericórdia de Sobral
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

LEITOS DE OBSERVAÇÃO

Paciente: Infra Evandro Martins Matrícula: Sd 5775 Reg.: _____ Leito: _____

Diagnóstico: _____

Queixas: _____

[illegible]

SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL

Sistema de Tomografia Computadorizada

Isicacao.....: 718074

cula.....: 525775

nte.....: ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS

enio.....: SUS - SIA

co Solic.....: JOAO MARTINS NETO

Data da Solicitacao: 06/07/2008

Idade: 32a 10m 8d



Laudo

es

OGRAFIA DA COLUNA LOMBAR

ICA: TRM.

ICA:

m realizados cortes axiais de 3mm de espessura e espaçamento de 3mm de T12 a L2.

IO:

aturas cominutivas no corpo vertebral de L1 sem recuo do muro posterior.

rnias somáticas de Shimor no corpo vertebral de L1.

nal vertebral com formas, contornos e dimensões normais.

o há sinais de hematoma paravertebral.

CLUSÃO:

uras, conforme descrição acima.

Dr. FRANCISCO SAVIO TEIXEIRA PONTES
CRM - 6463

Santa Casa de M. de Sobra
SAME
CONFERE COM O ORIGINAL
Marilice Araújo
COORDENADORA



ADVOCACIA

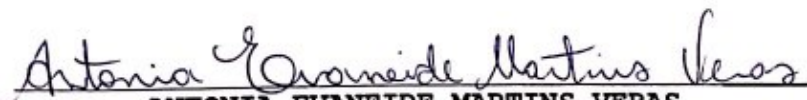
Dr^a. Diana Carla.
O.A.B./S.P. 277.431



PROCURAÇÃO "AD JUDICIA"

ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS, brasileira, solteira, professora, inscrito no CPF sob o nº 829.432.303-91, residente e domiciliado na Rua da Igreja, s/n, Cidade Alta, em São Benedito-CE, pelo presente instrumento de Procuração, nomeia e constitui como sua bastante procuradora a advogada **DR^a. DIANA CARLA DO AMARAL ALMEIDA GONÇALVES**, brasileira, casada, devidamente inscrita na Ordem dos Advogados do Brasil, Seção de Sobral, sob o número 22.603 B, com escritório profissional à Rua Capitão Carapeba, n. 36, na cidade de São Benedito-CE, fone/fax (88) 3626-2620, (88) 9922-7813, (88) 9910-2622 onde normalmente recebem as notificações e intimações judiciais, a quem confere amplos poderes para o foro em geral, inclusive os poderes da cláusula "AD JUDICIA", para em qualquer Juízo, Instância e Tribunal, propor contra quem de direito as ações competentes e defende-la nas contrárias e, ainda pleitear administrativamente, fazendo requerimentos e solicitações como se ela própria fosse seguindo umas e outras até final decisão, usando os recursos legais e/ou administrativos e acompanhando-os, conferindo-lhe, ainda, **poderes especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitação, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso.**

São Benedito, 11 de setembro de 2011


ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 16

ESTADO DO CEARÁ

SSPDS - Polícia Civil - DRPT

DELEGACIA MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO

Rua Ministro Antônio Coelho, 626 - Centro fone (088) 3626 6212

DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE IML

*BEL. Marcio Fernandes Oliveira Chagas, Delegado de
Polícia Titular, no uso de suas atribuições legais, Etc.*

DECLARO, para fins de direito e efeitos legais, a requerimento da parte interessada, para fazer provas a quem de direito, QUE nesta cidade de São Benedito/CE, não existe IML ou Setor Avançado, da referida Instituição, acrescentando que o núcleo de IML somente instalado na cidade de Sobral/CE, cerca de 150 km, nada mais havendo, deu-se por findo a presente declaração, Delegacia Municipal de São Benedito/CE.

Segue anexo a presente declaração - Tomografia da Coluna Lombar e
receituário medico - ambulatório

São Benedito/CE, 19 de novembro de 2009.

M. Fernandes
Bel. Marcio Fernandes Oliveira Chagas
Delegado de Polícia Civil
Mat. 198383-1-5

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEG. PÚBLICA E DEFESA
SOCIAL.SUPERINTENDÊNCIA DE POLÍCIA CIVIL - S P C
DEPARTAMENTO DE POLÍCIA DO INTERIOR - D P I
UNIDADE POLICIAL DE RERIUTABA-CE

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 14
8

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº DO REG 209/2008 DATA REG. 12 / 09 / 2008- , HORA/REG.12h00
NOME DO REGISTRANTE: ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS
NOME DA MAE: MARIA DE FATIMA MARTINS VERAS
RG: 244977392-SSP-CE CPF 829432303-91
ENDEREÇO: RUA RUA RAIMUNDINHA BELEM NO. 107, CIDADE ALTAS.
BENEDITO-CE.
HORA DA OCORRÊNCIA: 02H00 DO DIA 06.07.03.
LOCAL DA OCORRÊNCIA: CE 366, LOCALIDADE SÃO JOSE DO BADU, TRAJETO
GUARACIABA DO NORTE/RERIUTABA-CE.
TIPO DE OCORRÊNCIA: ACIDENTE TRANSITO.

HISTORICO: A NOTICIANTE DECLARA TER SIDO VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRANSITO, NA DATA, HORA E LOCAL SUPRACITADOS. QUANDO TRAFEGAVA COMO PASSAGEIRA NO VEICULO UNIBUS MON/PROTOTIPO, COR BRANCA, ANO 92, PLACAS HTZ 7539-CE, CHASSI 9EZCE93GCNDT0006, DE PROPRIEDADE DA EMPRESA GALVAO TRANSPORTE E TURISMO, LOCALIZADA NA RUA NOEME AMARAL,195,BAIRRO CIDADE NOVA, SÃO BENEDITO-CE; QUE O REFERIDO QUEBROU A CAIXA DE MARCHIA, FICANDO SEM FREIOS E CAPOTOU NA LADEIRA; QUE A NOTICIANTE SOFREU ESCORIAÇÕES NA REGIAO LOMBAR E FRATURA NA REGIAO LOMBAR L1; QUE A MESMA ESTÁ AFASTADA DE SUAS ATIVIDADES HABITUAIS, DESDE A DATA DO ACIDENTE, ATÉ A PRESENTE DATA; QUE ESTA USANDO UMA FAIXA DE IMOBILIZACAO.E NADA MAIS DISSE.

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO

[Assinatura]
06.07.03

REGISTRANTE

Ant. Evaneide M. Veras



SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

Filiada à Confederação das Misericórdias do Brasil

RECEITUÁRIO MÉDICO - Ambulatório



PlAnto: Evaneide Maria Vem

Soluto.

① Sissões famiparles

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
Dr. Claudio Henrique S. Moreira
NEUROCIRURGO
CRM 5642
29/02/10

CÓD. 1983

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908

CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0

Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74

GRÁFICA CLEIDE - 3511 3723



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Praça Monsenhor Eufrásio, 419 - Fone: 3677.1930 - Fax: 3613.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF.: 06.322.262-0
Sobral - CE. - CEP.: 62.020-580

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 19
7

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Ant^o Francisco Martins Viana

Necessita de 90 (Noveenta) dias de Licença para
tratamento de Saúde.

Devido:

- Lombelgia crônica pós-traumática
- Repetição dos sintomas
- Encontra-se em tratamento alternativo
- Uso de fisioterapia ocupacional

C.I.D. M54.0

Sobral, 24 / 10 / 10

Dr. Claudio Henrique S. Moreira

NEUROCIRURGO

CRM 5643

Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfica CLEIDE - 3611.3723



São Bedito
mais feliz

Governo Municipal

GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO BEDITO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fis. 20

Receituário Médico

Nome Matrícula:

Antônio Fernando Mantis

CONTRIBUIÇÃO

Versus

Atos feitos 14/10/03

Atos feitos para os devidos fins
que a Sr. Antônio Fernando
Mantis. Versus receita de
15 (quinze) dias de a partir
da tuberculose por uso de
doença - U.D. 532.0

Data:

14/10/2003

M.ª Denise V. Pottola
MÉDICA - CRM 2050
CPF 403970493 68

Médico - CRM

Fumar faz mal à Saúde

RELATÓRIO DE ALTA

42700 6270

ME: Antônia Carneide Martins Viana IDADE: 32
DO PRONTUÁRIO: 52575 ENFERMARIA: 1 LEITO: 3 CLÍNICA: Neuro
PERÍODO DE INTERNAÇÃO: 7, 7, 8 a 11, 7, 8

RESUMO DA HISTÓRIA CLÍNICA:

Vítima de acidente de ônibus - capotamento - internado, evoluiu com dor lombar intensa. Realizou Rx e TC da coluna lombar, que evidenciou fratura de L1, submetida a tratamento conservador; evoluiu em alta hospitalar em uso de cinta-péte alta.

EXAMES REALIZADOS:

Rx e TC da Coluna Lombar:
fratura do corpo de L1.

PEUTICA UTILIZADA:

Alta com:

Sylase 30mg - 1cp. 6/6h. ~~pad~~

SECRETARIA DE VARANIGA
FIS 22

GNÓSTICO FINAL

Tratamento conservador do JRMF

CONDIÇÕES DE ALTA:

☒ Melhorado

☐ Curado

☐ Encaminhado ao Ambulatório

Retorno ____/____/____

RECOMENDAÇÕES:

⊕ Uso de cinta guta por 90 dias.

Sobral

11 de julho

de 8

Cláudio Henrique S. Moreira
CPE: 246.123.123-53 CRM 5643
NEUROCIRURGIA
Carimbo / Ass. Médico

GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO MÉDICO LEGAL Dr. GUARANY – SOBRAL-CE

Registro: 1902 Digitado em: 3/10/2008
Livro: 01-A Pág: 236 Digitado por: Verônica

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fis. 23

AUTO DE EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)

Em 03 de outubro do ano de 2008 nesta cidade de Sobral, e na sede do Instituto Médico Legal, pelo Diretor Dr. Raymundo Pimentel Gomes Neto, foram designados os Peritos: **André Xenofonte Cartaxo Sampaio e Leila Carla da Cunha Silva**, para procederem a exame de Corpo de Delito (**Lesão Corporal**) em: **ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS** a fim de ser atendida a requisição de Nº 553-2240/2008 da Delegacia Regional de Sobral-CE / Reriutaba descrevendo com a verdade e com todas as circunstâncias, o que encontrarem, descobrirem e observarem, responderem aos seguintes quesitos: **PRIMEIRO** – Se há ofensa à integridade corporal ou à saúde do paciente; **SEGUNDO** – Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa; **TERCEIRO** – Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou tortura ou por outro meio insidioso ou cruel; **QUARTO** – Se resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias; **QUINTO** – Se resultou em perigo de vida; **SEXTO** – Se resultou debilidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido ou função; **SÉTIMO** – Se resultou incapacidade permanente para o trabalho, enfermidade incurável ou deformidade permanente. Em consequência, passaram os peritos a fazer o exame ordenado e as investigações que julgarem necessárias findo os quais declaram:

Histórico: Pericianda informa que sofreu acidente de trânsito em 06/07/2008, segundo relata estava em ônibus que sofreu capotamento. Trouxe atestado médico firmado pelo Dr. João Martins Neto – neurocirurgião – CRM 6656, onde consta: ter sido a pericianda vítima de trauma raquimedular com fratura da primeira vértebra lombar. Ter sido realizado tratamento conservador e esta a paciente intacta neurologicamente. **Ao Exame:** Observamos paciente usando órtese (cinta lombar ortopédica), ausência de alterações de força ou sensibilidade.

RESPOSTAS DOS QUESITOS:

1º) SIM;

2º) CONTUNDENTE (SEGUNDOR RELATÓRIO MÉDICO);

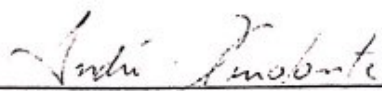
3º) NÃO;

4º) SIM;

5º) NÃO;

6º) RETORNAR PARA EXAME COMPLEMENTAR APÓS CONCLUIR TRATAMENTO MÉDICO;

7º) RETORNAR PARA EXAME COMPLEMENTAR APÓS CONCLUIR TRATAMENTO MÉDICO.#


André Xenofonte Cartaxo Sampaio
1º Perito – CREMEC 7767


Leila Carla da Cunha Silva
2º Perito – CREMEC 8162





SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 24

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA DA CIDADANIA
SUPERINTENDÊNCIA DA POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA REGIONAL DE POLÍCIA CIVIL DE TIANGUÁ
UNIDADE POLICIAL DE GUARACIABA DO NORTE
AUTO DE EXAME DE CORPO DE DELITO (LESÃO CORPORAL)

Aos oito, (08), dias do mês de julho do ano de dois mil e nove (2009), nesta cidade de Guaraciaba do Norte/Ce, na sede da Unidade Policial de Guaraciaba do Norte, onde presente se achava o Sr. José Williams de Oliveira Gurgel-Cap PM, Encarregado da Unidade Policial de Guaraciaba do Norte, comigo o Escrivão Ad-Hoc de seu cargo ao final assinado, foram nomeados os peritos abaixo firmados, Drs. ambos do hospital Municipal de Gba. Do Norte e aceito o encargo, prestaram o compromisso legal de bem e fielmente desempenharem as funções, declarando com a verdade e com todas as circunstâncias o que encontrarem e o que suas consciências entenderem, encarregando-se de proceder ao exame de corpo delito na pessoa do (a) Senhor (a), ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS, brasileiro (a), filho(a) de Francisco Martins de Azeiteiro e de Maria de Fátima Martins Veras, solteira (a), professora, com 33 anos de idade, portadora da RG nº 2449772-02 SSP-Ce residente na Raimunda Belém, 107 bairro cidade alta, na cidade de São Benedito Ceará, sabendo ler e escrever.

Em seguida responder aos quesitos: Primeiro) Se há ofensa a integridade corporal ou a saúde do paciente? Segundo) Qual o instrumento ou meio que produziu a ofensa? Terceiro) Se foi produzida por meio de veneno, fogo, explosivo, asfixia ou outro meio ou por outro meio insidioso ou cruel? Quarto) Se resultou incapacidade para ocupações habituais por mais de trinta dias? Quinto) Se resultou perigo de vida? Sexto) Se resultou debilidade ou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? Sétimo) Se resultou incapacidade permanente para trabalho, ou enfermidade, ou deformidade permanente. Em consequência, passaram os peritos a fazerem o exame solicitado e as investigações que julgarem necessárias, tendo os quais declaram:

Responderam aos quesitos pela forma seguinte:

PRIMEIRO: SIM	SEGUNDO: Não sei
TERCEIRO: Não	QUARTO: SIM
QUINTO: SIM	SEXTO: Não
SÉTIMO: Não do go. Sim	

E nada mais havendo a lavrar foi encerrado o presente Auto que vai devidamente assinado

AUTORIDADE POLICIAL:

José Williams de Oliveira Gurgel-Cap PM
Encarregado da Unidade Policial
Mat. Nº 016.418-1/6 PMCa

PERITO RELATOR:

José Norões Parente Camelo
ENFERMEIRA
COREN: 90984

PERITO REVISOR

Francisco J. Mesquita
MEDICO - CRM 16140
OROLOGISTA

ESCRIVÃO AD-HOC:



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

Número 050581 Série 00048



Antônia Evande Martins
ASSINATURA DO PORTADOR

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fis. 26

QUALIFICAÇÃO CIVIL

Nome Antônia Evande Martins Veras

Loc. Nasc. Independência Est. Ceará Data 05.11.75

Filiação Francisco Martins de Araújo e Maria de Fátima Martins Veras

Doc. n.º R.6.2449773-92 SSP CE D. Exp. 19.09.92

ESTRANGEIROS

Chegada ao Brasil em Doc. Ident. n.º

Exp. em Estado

Obs.

Data Emissão 25.05.99 DRT Ceará

Assinatura do Funcionário
Maria Goretti Cavalcante
Responsável pela Emissão CTPS

ALTERAÇÕES DI
(Com relação nome, e

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
5. Fls. 27
6



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Fone: (88)3677.1930 - Fax: (88) 3613.1908
Certificado Filantrópico - Proc. 242.442/74 - e-mail: stacasa@sobralnet.com.br
CNPJ: 07.818.313/0001-09 - CGF: 06.322.262-0
Centro - Sobral - Ceará - CEP: 62.010-550

ATESTADO MÉDICO

Atesto que Anto= Evandro de Alencar

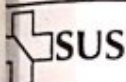
Necessita de 90 (Noveenta) dias de Licença para tratamento de Saúde.

Devido: Transtorno depressivo do
tipo L1 - Hambúrguer
crônico

C.I.D. M54.4 Sobral, 29, 09, 11

[Assinatura]
Assinatura do Médico e Carimbo

Item 03 / Gráfico CLEIDE - 3611.3723



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2
CARTÃO DE VARIANTE

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

9 - NOME DA MÃE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - DATA DE NASCIMENTO

7 - SEXO

Masc. ☐

Fem. ☒

2 - CNES

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

8 - RAÇA/COR

10 - TELEFONE DE CONTRATO

12 - TELEFONE DE CONTRATO

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE.

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE.

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE.

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

37 - CID10 PRINCIPAL

38 - CID10 SECUNDÁRIO

39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS

40 - OBSERVAÇÕES

Lesão articular por trauma E

SOLICITAÇÃO

1 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS

() CPF

2141611331 11131 F531

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. Órgão Emissor

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

48 - DOCUMENTO

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

() CNS

() CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

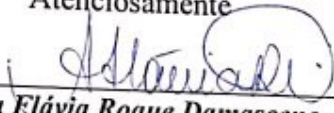
55 - CNES



CENTRO DE ATIVIDADES FÍSICAS - C. A. F.
"SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA EM PRIMEIRO LUGAR"
CONSELHO REGIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA: 002637-G/CE
INFORMAÇÕES: 88-9905-4468

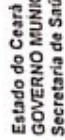
Venho através deste declarar que ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS, realiza reabilitação motora e fortalecimento muscular, proveniente de seqüela de fratura na L1, por consequência provocando uma lombalgia crônica, no CENTRO DE ATIVIDADES FÍSICAS. Sem mais esclarecimentos, assino.

Atenciosamente


Antônia Flávia Roque Damasceno
CREF: 002637-POS-G/CE

São Benedito, 20 de maio de 2011.

09.026.398/0001-00
Centro de Atividades Físicas CAF
A. F. Roque Damasceno - ME



São Benedito
UM NOVO TEMPO

Receituário Médico

Nome Matricula: _____
CONTRIBUIÇÃO

AGN taking EVALUE ID= AG-116

Reaction (50)

30 SCISSORS
COLLENA LOWBON

Date: 09, 05, 11

65
62

Dr. J. C. McElroy

Fumar faz mal à Saúde

Clinical

Fls. 30
8



Estado do Ceará
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO
Secretaria de Saúde do Município

São Benedito
UM NOVO TEMPO

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 31



SUS
Sistema
Único
de Saúde

Autorização
Nº

65

Autorização de Atendimento Ambulatorial

Unidade Controladora do SIA / SUS

Encaminha

Nome:

Antonio Ernandes Mortui Vitor

Idade:

35 anos

Sexo:

M ☐

F ☐

Ocupação:

Procedência

Cid. Ator

Residente no Município

☐

Outro Município

☐

Para o:

Triciteopra

2011

Motivo do Encaminhamento:

GRUPO DE ATENDIMENTO:

☐

Gestante

Puerpera

☐

Outros

☐

Data

10.05.11

Assinatura do Responsável

SECRETARIA DE SAÚDE
S.Fis. 32

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL**
CNPJ: 07.818.313/0001-09
Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 -
Centro - Sobral - Ceará

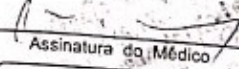
NOTIFICAÇÃO DE RECEITA

UF **CE** NÚMERO
85-7-805171

Medicamento ou Substância
Alprazolam 95mg
Quantidade e Forma Farmacológica
02 CX.
Dose por Unidade Posológica
0,5mg
Posologia
uma a cada 12h

29 de **04** de **11**

Paciente: **Antônio Evandro**

Assinatura do Médico: 

Endereço: **CANTORNI**

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR
Nome: _____
Endereço: _____
Telefone: _____
Identidade Nº: _____

Órgão Emissor: **CLEIDA FURTADO - CNPJ: 41.407.479/0001-62 - CGF: 06.901.759-0**
Rua Floriano Peixoto, 265 - Centro - Sobral - Ceará

CARIMBO DO FORNECEDOR
Nome do Vendedor: _____
Data: _____

Aut. VISA nº 460/2011 Emissão em 18/02/2011 DE: 85-7-804.791 até 85-7-805.290



RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

SECRETARIA DE VASA UNICA
FIS. 33

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____
CRM: _____ UF: _____ N°. _____
Endereço Completo: _____
Telefone: _____ Cidade: _____ UF: _____

Paciente: Ant = Evandro Alente

Endereço:

Prescrição:

1 Trombador 50g — 02 cx
Ter 01 comp 6/6
re dr

Data

29/04/11

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____
Ident.: _____
Org. Emissor: _____
End.: _____
Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____

Carimbo e Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____
ASSINATURA DO FARMACÊUTICO _____

1ª VIA - Retenção da Farmácia ou Drogeria
2ª VIA - Orientação ao paciente

4/2/07-

MÊS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Janeiro																															
Fevereiro																															
Março																															
Abril																															
Maio																															
Junho																															
Julho																															
Agosto																															
Setembro																															
Outubro																															
Novembro																															
Dezembro																															

CLÍNICA DE FISIOTERAPIA E ESTÉTICA

34

3. Zúñiga 4/2/07.

Fisioterapeuta

898002300979534
- 5/11/75.



Clínica de Fisioterapia e Estética
da Ibiapaba Ltda.

Av. Tabajara, 213 - Centro - São Benedito - CE.
CNPJ 63.472.260/0001-80

4. - FB + 9 eps +
Mucosa +
cicatrização

5. - JU + US (0.85) +
Dental (parcial) +
cicatrização

→ repete 1º ou 2º

Frequência de Fisioterapia

33/3 - 1x de 15 min

Nome: Antônia Gomezi de
Justina Neres
Diagnóstico: Sy. post-traumático;
Matrícula: 303
Tratamento: ex + fisioterapia +
cicatrização (parcial) +
ex + fisioterapia +

Art. Gracia Lima

04/02/09

MES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Janeiro																															
0 Fevereiro																															
0 Março																															
0 Abril																															
0 Maio																															
0 Junho																															
0 Julho																															
0 Agosto																															
0 Setembro																															
0 Outubro																															
0 Novembro																															
0 Dezembro																															

ARIA DE VARA UNICA

5 Benedito-09/02/10

Elaine Soares Ribeiro
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 11954
CPF 03.458.962-0

898002300479534
06/11/75



Clínica de Fisioterapia e Estética
da Ibiapaba Ltda.

Av. Tabajara, 213 - Centro - São Benedito - CE.
CNPJ 63.472.260/0001-80

34 Anos Frequência de Fisioterapia
Unidade Alta

Nome: Antônia Guanaide
Martins Viana
Diagnóstico: Sq. fratura lombar
Matrícula: - SUS -
Tratamento: Chiropraxia +
Acupuntura

Art. Gráfica Lima



DECLARAÇÃO

Declaramos para devidos fins que a paciente, ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS, deu entrada Nesta Unidade Hospitalar, Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no dia 07/07/2008, para tratamento clínico com o diagnóstico CID.: S34.6 (traumatismo do(s) nervos(s) periférico(s) do abdome, do dorso e da pelve), sendo atendido pelo Dr. Othelino José de Castro Alves. Paciente recebeu alta hospitalar no dia 11/07/2008.

Sobral-ce, 03 de Outubro de 2008.



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Maria do Socorro Firmo
COORDENADORA RECEPÇÃO

Recep: Antº Juscelino.

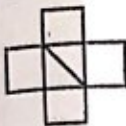
Praça Monsenhor Eufrásio, 419 Centro CEP: 62020-580 Fone: 3677 1930 FAX: 3613 2271
CNPJ 07.818.313/0001-09 C.G.F. 06.322.262-0 E-mail: recepção@stacasa.Com.br
Sobral-Ceará



Estado do Ceará
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO
Secretaria de Saúde do Município

São Benedito
UM NOVO TEMPO

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
37



SUS Sistema
Único
de Saúde

Autorização
Nº 015

Autorização de Atendimento Ambulatorial

A Unidade Controladora do SIA / SUS Sub

Encaminha
Nome: Antonio Ezequiel Martins Vasos
Idade: 35 anos Sexo: M ☐ F ☐ Ocupação: _____
Procedência Cid. Alto Residente no Município ☐ Outro Município ☐
Para o: Lixisteneira
Motivo do Encaminhamento: 20M

GRUPO DE ATENDIMENTO: ☐ Gestante ☐ Puerpera ☐ Outros ☐

Assinatura do Responsável

[Assinatura]
Secret. de Saúde - São Benedito - CE
Ed. 1230-4

Data
02.03.11

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
S. Fis. 38
8

São Benedito
UM NOVO TEMPO

Estado do Ceará
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO
Secretaria de Saúde do Município

HOSPITAL MUNICIPAL DR. BUENO BANHOS
SÃO BENEDITO - CE

RECEITUÁRIO

NOME:

Polivit M. Oliveira Fernandes
Wlaxton Soares:

* T.C. de negação
(laureado portadora de
sequela de fratura
em L4)

DATA:

28.08.2011



Dr. Ricardo Rolim Ricarte
OBSTETRICA
CRM 3566

Ass. MÉDICO - CRM

DOE QUE NÃO DOI! SEJA UM DOADOR DE SANGUE E DE ÓRGÃOS.

CGRAF

São Benedito
UM NOVO TEMPO

Estado do Ceará
GOVERNO MUNICIPAL DE SÃO BENEDITO
Secretaria de Saúde do Município

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 37

HOSPITAL MUNICIPAL DR. BUENO BANHOS
SÃO BENEDITO - CE

RECEITUÁRIO

NOME:

Enunciado a parcer
Autoria: Enunciado a parcer
Vias: 11/ Instrumentos
Vinculados

20/02/2011

Dr. Ricardo Rolim Ricarte
OBSTETRÍCIA
CRM 3580

DATA:

28, 02, 2011

Ass. MÉDICO - CRM

DOE QUE NÃO DOI! SEJA UM DOADOR DE SANGUE E DE ÓRGÃOS.

Grat



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL



DECLARAÇÃO

Declaramos para devidos fins que a paciente, ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS, deu entrada Nesta Unidade Hospitalar, Santa Casa de Misericórdia de Sobral, no dia 07/07/2008, para tratamento clínico com o diagnóstico CID.: S34.6 (traumatismo do(s) nervos(s) periférico(s) do abdome, do dorso e da pelve), sendo atendido pelo Dr. Othelino José de Castro Alves. Paciente recebeu alta hospitalar no dia 11/07/2008.

Sobral-ce, 03 de Outubro de 2008.



Santa Casa de Misericórdia de Sobral

Maria do Socorro Firmo
COORDENADORA RECEPÇÃO

Recep: Antº Juscelino.

Praça Monsenhor Eufrásio, 419 Centro CEP: 62020-580 Fone: 3677 1930 FAX: 3613 2271
CNPJ 07.818.313/0001-09 C.G.F. 06.322.262-0 E-mail: recepção@stacasa.Com.br
Sobral-Ceará

Scanned with CamScanner



ADVOCACIA

Dr^a. Diana Carla.
O.A.B./S.P. 277.431

SECRETARIA DE VARA UNICA
5^{as} Fis. 42
8

FARMÁCIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

L. R. DE MEDEIROS - ME

Rua Aristides Barreto, 583 - Loja A - Centro
Cep 62.370-000 - São Benedito-Ce

Nota Fiscal de Venda ao Consumidor

Série D

Nº 000244

CNPJ: 10.453.267/0001-98
CGF: 06.370.467-6

Data da Emissão: 01/10/10

Nome: Antonia Carneide Martins Olias

Endereço: Rua da Igreja (sem n.º) CA

QTDE	UNID.	DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL R\$
03	cx	Ubi profenid	32,00	96,00
03	cx	Volaren 50 mg	22,00	66,00
03	cx	Tylen 30	20,00	60,00
03	cx	Catapan	12,00	36,00
02	va	Salompa aerosol	24,00	48,00
03	cx	Melexicam 15 mg	20,00	60,00

Erika Campos dos Santos Grafica-ME - São Benedito-Ce. - CNPJ 07.637.918/0001-95 - CGF 06.187.420-5 - Insc Municipal 31.394
AIDF 2009/40327 - Aut. 29/07/2009 - Val. 29/07/2012 - 10 BIs. 25x2 - 101 a 350 - 1ª Via Destinatário - 2ª Via.

RS

366,00

FARMÁCIA NOSSA SENHORA DE FÁTIMA

L. R. DE MEDEIROS - ME

Rua Aristides Barreto, 583 - Loja A - Centro
Cep 62.370-000 - São Benedito-Ce

Nota Fiscal de Venda ao Consumidor

Série D

Nº 000246

CNPJ: 10.453.267/0001-98
CGF: 06.370.467-6

Data da Emissão: 02/12/10

Nome: ANTONIA EVANGELIS

Endereço:

QTDE	UNID.	DESCRIÇÃO DAS MERCADORIAS	PREÇO UNITÁRIO	TOTAL R\$
3	cx	BIOFENAC 2P.	25,00	75,00
3	cx	BIPROFENID	32,00	96,00
3	cx	TYLEN	20,00	60,00
3	cx	PACO	17,00	51,00
3	cx	MELOXICAM 15	20,00	60,00
2	v	SALOMPA AER	24,00	48,00

Rua Capitão C
62.370-00 E-m

Erika Campos dos Santos Grafica-ME - São Benedito-Ce. - CNPJ 07.637.918/0001-95 - CGF 06.187.420-5 - Insc Municipal 31.394
AIDF 2009/40327 - Aut. 29/07/2009 - Val. 29/07/2012 - 10 BIs. 25x2 - 101 a 350 - 1ª Via Destinatário - 2ª Via.

RS

390,00

L. R. de Medeiros - ME
Rua Aristides Barreto, 583 - Cep 62.370-000
Fone: 3626-2110 - Cel.: 9635-2919- Centro
São Benedito-Ce
CNPJ: 10.453.267/0001-98

Sr. (a) Antônia Brancide
End: Rua da Igreja - Cidade Alta
Data: 03.01.11

Quant.	Descrição das Mercadorias	P. Unit.	P. Total
04 ex	6 ^a preferid	32,00	128,00
04 ex	voltaren 50mg	22,00	88,00
04 ex	tylex 30	20,00	80,00
04 ex	eatalan 50mg	22,00	88,00
04 ex	mexicanam 15 mg	20,00	80,00
04 med	massagel	20,00	80,00
02 ex	alprazolam 0,5mg	15,00	30,00
02 ex	pamelor 10mg	16,00	32,00
02 ex	tiatadenon 50mg	27,00	54,00
		TOTAL	660,00

Graph

L. R. de Medeiros - ME
Rua Aristides Barreto, 583 - Cep 62.370-000
Fone: 3626-2110 - Cel.: 9635-2919- Centro
São Benedito-Ce
CNPJ: 10.453.267/0001-98

Sr. (a) Antônia Buaride M. Peres
End.: Rua da Igreja (S/N) Viçosa Alta
Data: 03.02.11

Quant.	Descrição das Mercadorias	P. Unit.	P. Total
04 ex	bispropionia	32,00	128,00
04 ex	voltaren 50mg	22,00	88,00
04 ex	tylex 30	20,00	80,00
04	cataflan	12,00	48,00
03 rod	salompas aeromax	24,00	72,00
04 ex	mexicam 15mg	20,00	80,00
02 ex	tramaden comp	17,00	34,00
02 ex	alprozelon 0,5mg	15,00	30,00
02 ex	pamelor 10mg	16,00	32,00
		TOTAL	622,00

Graph

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fis. 44
8

FARMÁCIA N. SENHORA DE FÁTIMA

L. R. de Medeiros - ME
Rua Aristides Barreto, 583 - Cep 62.370-000,
Fone: 3626-2110 - Cel.: 9635-2919- Centro
São Benedito-Ce
CNPJ: 10.453.267/0001-98

Sr. (a) Antônia Carmide Martins Dias
End.: Rua da Cidade Alta (514) Cidade Alta
Data: 03/03/11

Quant.	Descrição das Mercadorias	P. Unit.	P. Total
04 ca	Acipensac L.P	25,00	100,00
04 ca	Luprofenida	32,00	128,00
04 ca	Tafel	20,00	80,00
04 ca	prce	17,00	68,00
04 ca	melexican 15mg	20,00	80,00
02 ca	salompa aurox	24,00	48,00
02 ca	alpraxolm 0,5mg	15,00	30,00
02 ca	amador 10mg	27,00	54,00
02 ca	pamelon 10mg	16,00	32,00

TOTAL 620,00

Assinatura

Graf



Clínica de Fisioterapia e Estética da Ibiapaba Ltda.

Av. Tabajara, 213 - Centro - São Benedito - Ce

Nome: _____

Declaro para os devidos fins
 que Antônia Evanilde Martins
 Dantas tem sequela de fratura
 lombar (L5) com lombalgia
 crônica. Realiza tratamento
 fisioterápico contínuo para
 alterações posturais e
 fortalecimento paravertebral
 por tempo indeterminado.

Data: 26/05/2019


 Eliene Soares Ribeiro
 FISIOTERAPEUTA
 CRÉDITO 11.954
 FISIOTERAPEUTA
 CRÉDITO 11.954

"Ética e dedicação de mãos dadas Reabilitando"

Cadastrar Petição

Tipo de Petição
Originária

Número do Processo/Petição

6322-10.2011.8.06.0163

Número Recurso

Data Protocolo

12/09/2011

Hora Protocolo

17:20

Número Volumes que acompanham o processo

0

☐ Custas Pagas Fermoju

Objeto da Petição de Acompanhamento

Observação

AÇÃO DE COBRANÇA

Partes do Protocolo

Dados das Partes

Incluir na Lista

Enviar

Parte

☒ Requerente: ANTONIA EVANEIDE MARTINS VERAS

☒ Requerido: BRADESCO AUTO/RE COMPANHIA DE SEGURO

Quantidade de Linhas:2

Gravar

Consultar

Limpar

SECRETARIA DE VARA ÚNICA
Fls. 17