

Hospital Regional Dr. Manoel
Batista de Oliveira

www.saocamiloiगतु.org.br

ADMINISTRAÇÃO
SAOCAMILLO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Leonilda Pereira de Souza
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

- () Retornar ao trabalho.
() Ser dispensado no dia de hoje.

(X) Permanecer afastado do trabalho (60) dias
dias a partir de 14/04.

Observações: Faltas de ordem médica

CID: _____

IGUATU 22 de 9 2018.

Antônio Alberto Bandeira
CRM 2863
Neurologia Traumatologia
ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250

Hospital Regional Dr. Manoel
Batista de Oliveira

www.saocamiloiगतु.org.br

ADMINISTRAÇÃO
SAOCAMILLO

ATESTADO MÉDICO

Atesto para devidos fins que o (a) Sr. (a),

Leocádo P. Silva
Compareceu neste hospital no dia de hoje das ____ h às ____ h por
motivo de doença, devendo:

- () Retornar ao trabalho.
() Ser dispensado no dia de hoje.

(X) Permanecer afastado do trabalho (60) dias
dias a partir de ____.

Observações: _____

CID: SS2

IGUATU 16 de 10 2018.

ASSINATURA E CRM

DR. CARLOS ATILA
CRM 14877
TRAUMATOLOGIA ORTODONTIA

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson Melo Távora s/n
Cocobó
63500-000 Iguatu CE
Tel 55 88 3510 1250



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

do nome Reme Silva

Fisiot. Motore

20 x sessões

1h: 15 de outubro.

IGUATU, 16 DE 10 20

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora s/n
Bairro - Esplanada

DR. CARLOS A. TIL
TRATAMENTO ORTOPEDIA
CRM 14877

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

Impressão: 15/09/2018 19:47

Página 1
v2018001

Guia de atendimento - EMERGENCIA

DADOS DO PACIENTE									
Prontuário 122524	Atendimento 0001	Nome do Paciente LEONARDO PEREIRA DA SILVA			CNS	Guia de Autorização			
Documento(s) CPF: 603.277.793-65		Local SAO PAULO/SP			Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino			
Data de Nascimento 05/05/1992		Pai SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO			Mãe MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA	Idade 26 Ano(s)			
Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48		Bairro BRASILIA	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE	Telefone 88988319243			
Profissão		Empresa		Cônjuge					
Responsável VANESSA		CPF do Responsável	Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48		Município IGUATU	UF CE			
DADOS DO ATENDIMENTO									
Data Atendimento 15/09/2018	Hora 19:46	Convênio SUS	Matrícula		CID				
Profissional do Atendimento FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS			CRM/UF 04592/CE	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA					
Indicador de Acidente			Funcionário LUCIENE GOMES RIBEIRO						
Ocorrência			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)

Paciente vítima de acidente motociclístico (queda), repete uso de capacete, apresenta-se neste momento consciente e orientado, com queixa de dor em MSE. Ao exame, abdome livre - Glasgow 15.

CO- Rx de braço e antebraço esquerdos.
Rx de tórax.

→ Alopurinol 01 Amp IM 20:40
Dipirona 01 Amp + NO1 EV 20:40
Sf. D. 91. 500ml de soro fisiológico
+ Imob. leve com S/O p/pt.
Osteopatia
+ No osteopatia

Dr. Jonas Almeida dos Santos
Clínica Geral/Clinica Médica
CRM-CE: 13556

FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS - CRM: 04592

Paciente com Rx

Vanessa E. Lima
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: VANESSA

FUNDAÇÃO DE SAÚDE PÚBLICA DE IGUATU- FUSPI
HOSP. REG. DR MANOEL BATISTA DE OLIVEIRA

Impressão: 17/09/2018 08:34

Página 1
v2018001

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

DADOS DO PACIENTE

Pontuário 122524	Atendimento 0003	Nome do Paciente LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 603.277.790-00	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino		
Data de Nascimento 05/05/1992	Local SAO PAULO/SP	Idade 26 Ano(s)		
Pai SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO		Mãe MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA		
Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Bairro BRASILIA	CEP 63600-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão	Emprego	Cônjuge		
Responsável LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Município IGUATU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 17/09/2018	Hora 08:34	Local de SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento CARLOS ATILA DA SILVA	CRM/CF 14577/CE	Função DANIELLE DE OLIVEIRA NUNES	Tipo Atendimento ATENDIMENTO DE URGÊNCIA	
Observação				
Solu	Data/Hora Liberação	hs.	Tipo de Saída () Alta () Internação () Óbito	
Sinais Vitais				
Pressão (mmHg)	Altura (cm)	T (°C)	F (b/min)	R (b/min)

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

Ex de nódo do ferimento DF: 16/9
C. Solteiro
Solteiro
883/3243

CARLOS ATILA DA SILVA - CRM: 14577

Leonardo Pereira da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LEONARDO PEREIRA DA SI

PET green - CP RA



RECEITUÁRIO MÉDICO

NOME DO PACIENTE

Dr. Manoel Batista de Oliveira

*Ao Ambulatório
de Ortopedia*

IGUATU, 16 DE 10 2018

ASSINATURA E CRM

Hospital Regional Dr. Manoel Batista de Oliveira
Rua Edilson de Melo Távora s/n
Bairro - Esplanada

FICHA DE INTERNAÇÃO E ALTA

3328170041760

fls. 16

DADOS DO PACIENTE

Nome		LEONARDO PEREIRA DA SILVA	
Nascimento	Local	País Nacionalidade	Prontuário/Atendimento
05/05/1992	SAO PAULO	Brasil	122524/0006
Sexo	Raça/Cor	Etnia	Idade
Masculino	Branca		26 Anos
Documento(s)	Estado Civil	Religião	
CPF: 603.277.793-65	Solteiro(a)		
Endereço	Nº	Bairro	CNS
RUA 25 DE MARÇO	48	BRASILIA	70.0905.924.8486-91
Fone	Profissão	Empresa	Município
(88)98831-9243			IGUATU-CE
Responsável	CPF do Responsável	Fone Empresa	CEP
			63500-000
Endereço Responsável	Cônjuge	Fone Responsável	
Mãe	Pai		
MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA	SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO		

DADOS DA INTERNAÇÃO

Data/Hora	Quarto/Leito	Aposento	Clinica	Setor
26/09/2018 15:12	408-0001	ENFERMARIA	CL. CIRURGICA	CLINICA CIRURGICA
Convênio	Matrícula	Autorização	Dias	Gula
SUS			0	
Médico				CRM
PRISCILIANO SOARES DE FRANÇA				025481
CID Principal	CID Complementar			
S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada	S52.9 Fratura do antebraço, parte não especificada			
Observação				
Usuário	Procedimento SUS			
ANA KELE RODRIGUES				
Data Saída	Hora	Condição da Saída	Usuário Saída	Suprenatal
27/09/18	11:00	alta hospitalar		

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO

Autorizo a internação do acima citado, neste Hospital, bem como os tratamentos clínicos, cirúrgicos e realização de necropsia, que se fizer necessário. Outrossim, tomo ciência e submeto-me às disposições gerais contidas no regulamento do Hospital. OBS: O Hospital só se responsabiliza por objetos e valores dos pacientes ou acompanhantes, quando guardados na Tesouraria.

070.3030899(11.005)

IGUATU, 26 de setembro de 2018.

Assinatura do paciente
Responsável pela impressão: ANA KELE RODRIGUES

Assinatura do responsável

DESCRIÇÃO CIRÚRGICA

fls. 17

NOME DO PACIENTE <i>Leonardo Pereira do S. Jr.</i>		N° DO PRONTUÁRIO	
DATA DA OPERAÇÃO <i>26/03/18</i>	ENF.	LEITO	
OPERADOR <i>Prisciliano Soares</i>		1° AUXILIAR	
2° AUXILIAR	3° AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
ANESTESISTA		TIPO DE ANESTESIA	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura despalada de rádio e</i>			
TIPO DE OPERAÇÃO <i>Artroscopia</i>			
DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO			
RELATÓRIO IMEDIATO DO PATOLOGISTA			
EXAME RADIOLÓGICO NO ATO			
ACIDENTE DURANTE A OPERAÇÃO			

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e Tec. Ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto viscemas.
<i>Ponto em duplo ponto no antebraço</i>
<i>Preparação e limpeza</i>
<i>Diagnóstico de fratura em NSE. Drenagem</i>
<i>por plano</i>
<i>Redução reduzi e pincos de pontos</i>
<i>com plano DCP 5,5 cm</i>
<i>Suturas no plano</i>
<i>curativo</i>
Dr. Prisciliano Soares Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Joelho CRM 33733-TC/CE

Guia de atendimento - TRAUMATOLOGIA

Página
v201600

DADOS DO PACIENTE

Prontuário 122524	Atendimento 0005	Nome do Paciente LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CNS	Guia de Autorização
Documento(s) CPF: 603.277.793-65				
Data de Nascimento 05/05/1992	Local SAO PAULO/SP	Estado Civil Solteiro(a)	Sexo Masculino	Idade 26 Ano(s)
Pai SEVERINO PEREIRA DA SILVA FILHO	Mãe MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA			
Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Bairro BRASILIA	CEP 63500-000	Município IGUATU	UF CE
Profissão	Empresa	Cônjuge	Telefone 88988319243	
Responsável LEONARDO PEREIRA DA SILVA	CPF do Responsável	Endereço RUA 25 DE MARÇO, 48	Município IGUATU	UF CE

DADOS DO ATENDIMENTO

Data Atendimento 26/09/2018	Hora 07:16	Convênio SUS	Matrícula	CID
Profissional do Atendimento PRISCILIANO SOARES DE FRANÇA	CRM/UF 025481/CE	Tipo Atendimento RETORNO		
Indicador de Acidente	Funcionário APARECIDA NEILA BARROS DAS NEVES			
Observação				
Sala	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)

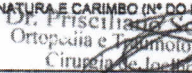
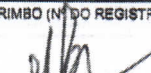
Fratura do pé direito do lado esquerdo.

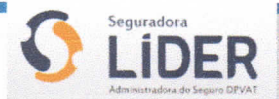
CD: ortopedista

Dr. Prisciliano Soares
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião de Mão
CRM 13.583 TEOD 1774

PRISCILIANO SOARES DE FRANÇA - CRM: 025481

Leonardo Pereira da Silva
Assinatura Paciente/Responsável
Responsável: LEONARDO PEREIRA DA SI

 SUS Sistema da Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	 HOSPITAL REGIONAL IGUATU
Identificação do Estabelecimento de Saúde 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____ 2 - CNEC: _____ 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____ 4 - CNEC: _____		
Identificação do Paciente 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Geonardo Pereira do Silva</u> 6 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____ 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>05/05/1992</u> 9 - SEXO: Masc. ☒ 1, Fem. ☐ 3 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u>Maria Oneide Alexandre da Silva</u> 11 - TELEFONE DE CONTATO: _____ 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>Rua 05 de Marco</u> 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>Iguatu</u> 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: _____ 15 - UF: <u>CE</u> 16 - CEP: _____		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>Fratura exposta do antebraço esquerdo</u>		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Neuromotor de membro</u>		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>Anomalia e exames para + Rx.</u>		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fratura de antebraço</u> 21 - CID 10 PRINCIPAL: <u>S52.3</u> 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>Ortopedia</u> 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: <u>0408020423</u> 26 - CLÍNICA: _____ 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____ 28 - DOCUMENTO: _____ 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>010598849327</u> 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>Marcelino Soares de F.</u> 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>20/09/18</u> 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):  Dr. Marcelino Soares de F. Ortopedia e Traumatologia Cirurgia de Mão		
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: _____ 38 - SÉRIE: _____ 39 - CNPJ EMPRESA: _____ 40 - CNAE DA EMPRESA: _____ 41 - CBOR: _____ 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		
AUTORIZAÇÃO		
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR: _____ 45 - DOCUMENTO: _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>11</u> 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):  [Assinatura]		
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____		



(1)

Buscar no site

A COMPANHIA ▾ SEGURO DPVAT ▾ PONTOS DE ATENDIMENTO (/Pontos-de-Atendimento) CENTRO DE DADOS E ESTATÍSTICAS ▾ SALA DE IMPRENSA ▾ TRABALHE CONOSCO ▾ CONTATO ▾

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

Todos os documentos apresentados, não importando o ponto de atendimento escolhido para a entrega, são encaminhado O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3190076439 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA LEONARDO PEREIRA DA SILVA

COBERTURA Invalidez

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

BENEFICIÁRIO LEONARDO PEREIRA DA SILVA

CPF/CNPJ: 60327779365

Posição em 07-03-2019 09:58:06

O pedido de indenização está em análise na Seguradora Líder-DPVAT. O prazo regulamentar para conclusão do processo é de 30 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/03/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/02/2019	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/xPkChqPZnhzEFohuHPqTRg==api_key=YV4jS8vRQBfNxxqXENt0XyT+QaQZ+jW__NAOjPqmLuIR8=)
01/02/2019	Exigência Documental	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/SoYnWyjPcMGgf1ilUseOoA=api_key=YV4jS8vRQBfNxxqXENt0XyT+QaQZ+jW__NAOjPqmLuIR8=)

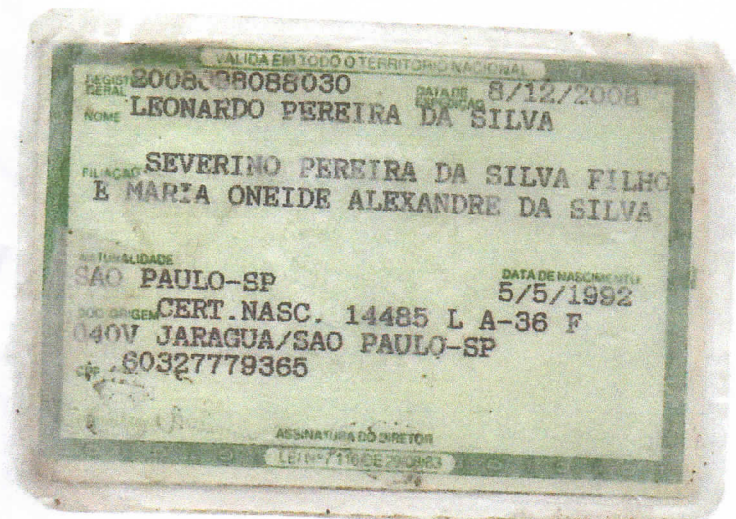
Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT

Disponível na  (https://itunes.apple.com/us/app/seguero-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8)

(https://play.google.com/store/apps/details?id=br.com.seguradoralider.dpvat.plataformadigital)

DISPONÍVEL NO 





SAAE SERVIÇO AUTÔNOMO DE ÁGUA E ESGOTO DE IGUAU
Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, 772 - Prado - Iguaçu/CE
CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.508.138/0001-45
Fone: (88) 3566-7700/195 (p. gratuito)
Site: www.saae.iguacu.ce.gov.br

INSCRIÇÃO 00260723 CLASSE PAR RES RES COM IND PUB OUT MÊS/FAT 07/2018

INDICADOR 01 LOCALIZAÇÃO 00.00.12.0000012030 FATURA 180200911

IDENTIFICAÇÃO DO CONSUMIDOR

MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA
RUA JOÃO GUEDES PEREIRA FILHO 74, AREÍAS II
CEP: 63.500-000 IGUAU-CE

SERVIÇOS E TARIFAS

COD	DESCRIÇÃO	PAR	VALOR
01	ÁGUA		
16	MULTA POR ATRASO - 05/2018		28,00
17	ENCARGOS (05/2018) 17 DIAS		0,59
42	CONTRIBUIÇÃO A P A E		0,17
			1,00

HIDROMETRIA

LEITURA	DATA
ANTER OR.: 1302	14/06/18
ATUAL: 1302	16/07/18
CONSUMO.: 00	DIAS: 32
LEITURISTA: 02	ODO: 00

ÚLTIMOS CONSUMOS

MÊS	CONSUMO (m³)
JAN	0
FEV	0
MAR	3
ABR	1
MAI	0
JUN	0

MÉDIA: 0 m³

PARÂMETROS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA

RESERVATÓRIO (MÉDIA COC/05)	PERÍODO 15/05/18 A 15/06/18
PARÂMETRO	TOTAL ANÁLISE
COR	01
PH	01
CLORO	01
1. RÍDEZ	01
FLUOR	01

VALOR MÉDIO

12,58
7,58
3,00
1,10
0,11

DÉBITO(S):
EXISTE(M) 001 FATURA(S), TOTALIZANDO EM R\$ 29,00

VENCIMENTO 27/07/2018 VALOR R\$ 29,76

CONSUMIDOR

Serviço Autônomo de Água e Esgoto de Iguaçu
Rua Engenheiro Wilton Correia Lima, 772 - Prado - Iguaçu/CE
CEP: 63502-108 - CNPJ: 07.508.138/0001-45
Fone: (88) 3566-7700/195 (p. gratuito)
Site: www.saae.iguacu.ce.gov.br



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 479 - 7697 / 2018

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
 Data / Hora da Comunicação: **12/12/2018 10:53:22**
 Data / Hora da Ocorrência: **15/09/2018 19:45:00**
 Endereço da Ocorrência: **RUA ANTONIO MENDONÇA**
 Complemento:
 Bairro:
 Município: **IGUATU/CE**
 Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **LEONARDO PEREIRA DA SILVA**
 Nascimento: **05/05/1992** CPF:
 RG: Orgão Emissor: UF:
 Filiação: **MARIA ONEIDE ALEXANDRE DA SILVA**
SEVERINO PEREIRA DA SILVA
 Endereço: **RUA JOÃO GUEDES PEREIRA SILVA**
 Bairro: **AREIAS II**
 Município: **IGUATU/CE** CEP:
 País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98831-9243**

Histórico

Compareceu a esta delegacia o DECLARANTE e informado de que falsa comunicação de crime e contravenção penal Art 340, do CPB, informou que no local e horário supracitado, trafegava de garupeiro, na moto acima cadastrada, tendo como CONDUTOR JOSE RONALDO ALVES ANDRADE, que sofreu só escoriações; Que o condutor perdeu o controle da moto vindo a cair e sendo socorrido por populares para o Hospital Regional de Igatu, e sendo atendido pelo Dr. FRANCISCO VILMAR FELIX MARTINS; Que segundo o laudo médico, teve FRATURA DE RADIO NO BRAÇO ESQUERDO PASSANDO POR CIRURGIA; Que veio registrar o fato para dar entrada no seguro DPVAT.
 Vale salientar que as informações prestadas são de inteira responsabilidade de DECLARANTE.

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA REGIONAL DE IGUATU

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO:

ROBÉRIO GOMES DO SANTOS - MAT.: 300074-1-7

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Leonardo Pereira da Silva.

VISTO DO DELEGADO(A):

WESLEY ALVES DE ARAUJO - MAT.: 300549-1-1

OUT-2012