

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **CICERA MARIA DE MENEZES**

Nº Sinistro: **3180050274**

Vitima: **CICERA MARIA DE MENEZES**

Data do Acidente: **06/10/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO**

**Assunto: AVISO DE SINISTRO**

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180050274**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Carta nº 12312962



Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: CICERA MARIA DE MENEZES

Nº Sinistro: 3180050274

Vitima: CICERA MARIA DE MENEZES

Data do Acidente: 06/10/2016

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO

**Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180050274**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Autorização de pagamento infor. incorretas
- Declaração do Proprietário do Veículo autenticado

A documentação deve ser entregue na **MBM SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

**Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias**, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **CICERA MARIA DE MENEZES**

Nº Sinistro: **3180050274**  
Vitima: **CICERA MARIA DE MENEZES**  
Data do Acidente: **06/10/2016**  
Cobertura: **INVALIDEZ**  
Procurador: **CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO**

**Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL**

Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização cadastrado sob o sinistro **número 3180050274**.

Tendo em vista que a pendência não foi sanada no período de 180 dias, informamos que o seu pedido de indenização foi negado.

Caso deseje dar continuidade ao seu pedido de indenização, procure o ponto de atendimento onde o seu processo foi aberto para apresentar os documentos complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **[www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br)** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13164919





Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO DO SEGURO DPVAT

Nº DO SINISTRO

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Elisena Maria de Menezes  
 PORTADOR(A) DO RG Nº 2460771 EXPEDIDO POR SSDS/PE EM 31 / 01 / 12  
 CPF 065631739-54 / CNPJ 000000000-00000000, PROFISSÃO do lar  
 E RENDA MENSAL DE R\$                      ( \* ) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elisena Maria de Menezes. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

( \* ) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéricas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO                      Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)                      Nº da CONTA (com dígito, se existir)                     

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00165561-7

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Leão Pessoa 16 de Janeiro de 2018 Elisena Maria de Menezes  
 LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

## ! ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



conta poupança.





**BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL**

Livro nº 02/2017

Ocorrência nº. 0624/2017

Aos ONZE dias de ABRIL de DOIS MIL E DEZESSETE, nesta cidade de MAMANGUAPE/PB, na Delegacia de Polícia Civil, sob a responsabilidade do(a) Dr(a). **JAIME JOSÉ CAVALCANTE DE MATOS**, Delegado(a) de Polícia Civil, comigo, escrivã(o) Frederico Figueiredo Brito da Silva, aí, por volta 11h:00min, compareceu a PESSOA a seguir qualificada:

**CÍCERA MARIA DE MENEZES**, conhecido por , Identidade nº 2.460.771-SSP/PB, CPF nº 065.631.734-54, nacionalidade brasileiro, estado civil: casada, profissão: do lar, filho(a) de Rosa Luiz De Menezes E Pai Não Declarado, natural de Mamanguape/PB, nascido(a) em 14/12/1971 (45 anos de idade), do sexo feminino, residente e domiciliado(a) no(a) Rua 7ª Travessa Do Arame, nº 20, bairro: Areal - Mamanguape/PB, tendo como ponto de referência: , na cidade de Mamanguape/PB, fone(s) para contato: (83)99345-0665.

a quem lhe foi esclarecido a respeito das penas cominadas ao crime de FALSIDADE IDEOLÓGICA (CP, art. 299), tendo declarado que compareceu à esta Delegacia de Polícia Civil para narrar/registrar/informar/noticiar conforme segue:

- 1) NATUREZA DO FATO: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**;
- 2) DATA DO FATO: 06 de outubro de 2016;
- 3) HORÁRIO: 08h:45min;
- 4) LOCAL: Próximo ao Instituto Moderno nº , bairro: - Mamanguape/PB;
- 5) UNIDADE DE SAÚDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VÍTIMA CONDUZIA O VEÍCULO? NÃO;
- 7) SENDO O(A) COMUNICANTE CONDUTOR(A) DO VEÍCULO ENVOLVIDO NO ACIDENTE, É ELE HABILITADO? ;
- 8) O VEÍCULO DO(A) COMUNICANTE/VÍTIMA ENCONTRA-SE EM DIA COM AS OBRIGAÇÕES TRIBUTÁRIAS? SIM

**6) DESCRIÇÃO DO(S) VEÍCULO(S) ENVOLVIDO(S) NO ACIDENTE:**

uma motocicleta marca/modelo: HONDA/CG 125 FAN KS, ano: 2012/2013, cor: VERMELHA, placa: NPT 8201/PB, chassi: 9C2JC4110DR404552 em nome de JOSÉ TIAGO DA SILVA

**8) BREVE RESUMO DO FATO:**

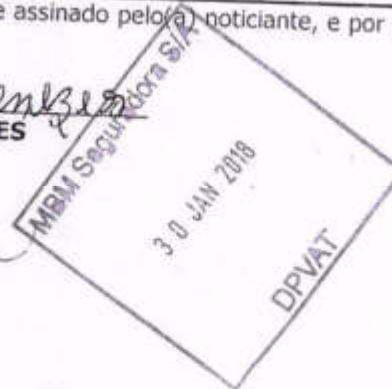
QUE a comunicante estava no local em referência de carona na motocicleta descrita, conduzida pela pessoa de THAÍS MARIA DE MENEZES, sua filha, quando esta perdeu o controle da motocicleta em questão e a mesma estava de capacete, QUE sua mãe a comunicante não estava com o mesmo item de segurança e na queda bateu com a cabeça na calçada, vindo assim a sofrer acidente de trânsito, QUE foi socorrida pelo SAMU e encaminhada ao Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB, QUE segundo laudo deu entrada com quadro de otorragia bilateral e epistaxe, traumatismo intracraniano e hematoma subdural agudo, QUE foi submetida a intervenção cirúrgica, QUE recebeu alta hospitalar no dia seguinte, 26/10/2016

Nada mais a consignar, lido e achado conforme, vai devidamente assinado pelo(a) noticiante, e por mim, escrivã(o) que digitei.

*Cícera Maria de Menezes*  
CÍCERA MARIA DE MENEZES

Comunicante

*[Assinatura]*  
Escrivã(o)/Agente  
Matrícula nº 156.567-2



# DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Cícera Maria Meneses, portador  
da carteira de identidade nº 2460771 e inscrito no CPF/MF sob o nº  
065631734-54, residente e domiciliado na  
Travessa Benedito Joel Cordeiro, 20, Aruael  
Mamanguape, Estado Paraíba, Cidade  
declaro, sob as penas da  
lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os  
fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

☒ Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza  
perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias  
com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT,  
para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via  
terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha  
documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando,  
desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a  
correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do  
art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não  
significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de  
impugná-la, caso discorde do seu conteúdo.

João Pessoa, 22 de dezembro de 2012

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Cícera Maria de Meneses  
Local e data





PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA  
SAMU - 192

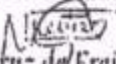


Mamanguape, 08 de Outubro de 2016

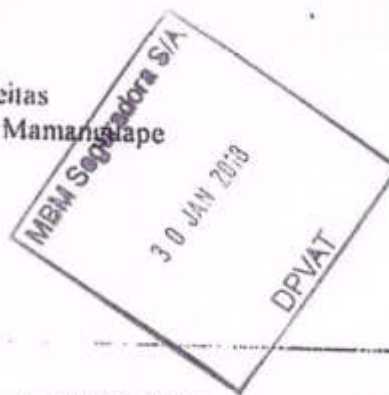
## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Cicera Maria de Menezes, foi atendido pela Unidade de Suporte Básico - USB e Unidade de Suporte Avançado - USA, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192 Mamanguape, no dia 06 de Outubro de 2016, vítima de acidente de moto. A mesma foi conduzida para o Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Atenciosamente

  
Naiany Cruz de Freitas  
Coordenadora do SAMU  
Enfermeira-COREN 294134  
Mamanguape

Naiany Cruz de Freitas  
Coordenadora do SAMU 192 Mamanguape



BR 104 Km 40 S X Sateite Fone 98111-1844

Call your Sales Representative or 1-800-243-8329  
 Call your Sales Representative or 0000 742000

Canal de contato

**Ante**

## Data

1.8  $\text{CaCO}_3$ 

Dental "Denture"

1961E...2...S...

Figure 5. Change

INDUSTRY

Page 4 of 4

1990 24.54

— 1998 —

1992: 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845

2005 487.15

1994年 品評会開催

2420 JOURNAL OF CLIMATE

CCI-Epoxy: 0.2551 g, 0.0018 mol, 1.11 eq, 73.40% yield, 141.10% yield, 58.75% yield, 14.13% yield, 2.91% yield.

Medida climática mensal (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
-------------------------------	------------	---------------

03/10/2017 R\$ 123.40

Historico de Consumo (kWh)

[illegible]

b49f 9976 5aCf 1f9c aa2f 74d0 Cf.a1 0f52

Indicadores de Qualidade

[illegible]

Distributionsart	Wert	%
Bezug der Dividende in bar	16,92	20,51
Einmalige Einlage	17,10	20,81
Einlage der Vermögensbrücke	1,00	1,23
Einlage der Leihwage	2,71	3,35
Einmalige Dividende in Aktien	14,67	18,02
Einmalige Einlage	-0,02	0,00
<b>Total</b>	<b>122,40</b>	<b>100,00</b>

DOI: 10.1002/for

ATENÇÃO

[illegible]

TRANSFERRING 400 CASH

Agosto 17 122,2

MBM Seguredor

30 221 223

DPVAT

0932

**NET**

O MUNDO E DOS NETS



# COMUNICADO IMPORTANTE



CTC RECIFE PE JRA PL9  
CLECIO SOUZA DO ESPIRITO SANTO  
R OTACILIO DE ALBUQUERQUE 22  
TORRE  
58040-720, JOAO PESSOA - PB.

07/02/2008 - 10:04 - 1AV - 000410008



## DECLARAÇÃO

### Circular Susep nº 445/12 - Prevenção à Lavagem de Dinheiro

A Circular SUSEP<sup>1</sup> nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações e documentos requisitados neste formulário não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT. Contudo, por determinação da referida Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

<sup>2</sup>Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Elcio Souza do Espírito Santo portador (a) do

RG nº 2 383 364, expedido por SSP/PB

em 14 / 11 / 2011, CPF/CNPJ nº 009 | 670 | 904 | - | 90, na

qualidade de procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a) Elcira

maria de menezes do sinistro de DPVAT da natureza

invalides da vítima Elcira maria de menezes

e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações

solicitadas: Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$: —

Documentos comprobatórios: OAB/PB

Elcio Souza do Espírito Santo  
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO



# Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Tiago da Silva,  
RG nº 3006464, data de expedição     /    /    ,  
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 07357221458, com  
domicílio na cidade de Memengo, no Estado de  
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)  
Rua Zélei, 898, Santa Joana, nº 898,  
complemento     , declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo  
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a  
vítima Elis Maria de Menezes cujo o condutor era

Veículo: Honda CG 125 I FAN KS  
Modelo: 2013  
Ano: 2012  
Placa: NPT 8201PB  
Chassi: 00506678261  
Data do Acidente: 06 de outubro de 2016  
Local e Data: 22 de dezembro de 2017

José Tiago da Silva  
Assinatura do Declarante

Elis Maria de Menezes

Assinatura do Condutor ( caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro )





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA  
DIVISÃO MÉDICA

## LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 952547 e PRONTUÁRIO nº 97942

PACIENTE: CICERA MARIA DE MENEZES

DATA DE NASCIMENTO: 14.12.71

Data e Hora do Atendimento: 06.10.16

Horário: 10:33h

**MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO:** Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta apresentando quadro de otorragia bilateral e epistaxe. Atendido pelo Dr. Vinicius Andrade CRM 4661, Dr. Rodrigo Marmo CRM 6975.

**DIAGNÓSTICO INICIAL:** TRAUMATISMO INTRACRANIANO + HEMATOMA  
SUBDURAL AGUDO CID 10.S.06.9

**RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):**  
Primeiro atendimento, avaliação da neurocirurgia, Tomografia computadorizada de crânio e tratamento cirúrgico em 08.10.16 com hemicraniectomia descompressiva e drenagem de hematoma subdural agudo.

**ALTA HOSPITALAR:** 26.10.16

Data da Emissão: 06.03.17

DR. GLENNER TERCIO TRINDADE  
AUDITOR CVBHEETSHL  
CRM - 3920

Dr. Glendner Tércio G. G. da Trindade  
Médico Auditor - HETSHL  
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

**ATENÇÃO:** Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar  
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO  
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO

30 JAN 2018

DPVAT



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO /AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

fls. 1/2

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: Thuesb. Trausma 2 - CNES:                     

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE: Eslera Maria de Almeida 4 - Nº DO PRONTUÁRIO: 852597

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS):                      6 - DATA DE NASCIMENTO: 19/12/1971 7 - SEXO: ☐ MASC. ☒ FEM. 8 - RAÇA/COR:                     

9 - NOME DA MÃE: Olivia Luiz de Almeida 10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:                     

11 - NOME DO RESPONSÁVEL:                      12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE:                     

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): Rua do Príncipe nº 20 Bairro Jereal

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: Itauna 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO:                      16 - UF:                      17 - CEP:                     

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:                      19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL:                      20 - QTDE:                     

## PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE

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

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO:                      37 - CID 10 PRINCIPAL:                      38 - CID 10 SECUNDÁRIO:                      39 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:                     

40 - OBSERVAÇÕES: cura anedical - Shemostatic observo - (surgitel) (1)  
Maion - Fresca e Souca Descartavel nº 12 (1)

## SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:                      42 - DATA DA SOLICITAÇÃO:                      43 - DOCUMENTO:                      44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:                      45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO):                     

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:                      47 - Cód. ORGÃO EMISSOR:                      48 - DOCUMENTO:                      49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:                      50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:                      51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO):                      52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC):                      53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC:                     

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE:                      55 - CNES:



## ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)  
Sr.(a) Rebeca Maria Nunez portador(a)  
da identidade RG \_\_\_\_\_, que o(a)  
mesmo(a) foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às  
06.10.16 horas, portador(a) da patologia CID-  
10 S.06, devendo permanecer afastado(a)  
de suas atividades laborativas por um período  
de 90 (noventa) dias, a partir  
desta data.

João Pessoa, 26.10.16

  
Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

### AUTORIZAÇÃO

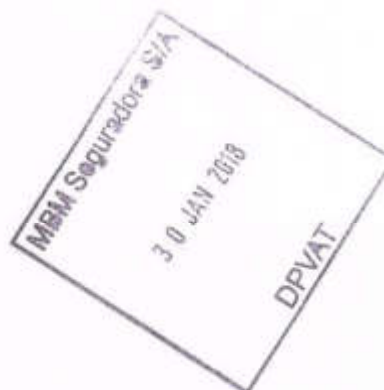
Eu, \_\_\_\_\_,  
autorizo o(a) Dr.(a) \_\_\_\_\_ a  
registrar o diagnóstico codificado CID-10 ou por extenso  
neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO

F(NG).CC.003-1





# Primeiro Atendimento Médico

1001.00780001  
CIC: 4 MARIA DE JANEZES  
DT: 14/12/1971  
NRE: JOSA LUIZ DE NEZES

SE: 952547

## PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

B.E.

END: DO ARANE  
N. 22 - AREAL  
MAYR-SURPS  
PONE: ( )  
CELULAR: (63) 998182030  
IDONE: 44  
DT. ENTRADA: 08/10/2018 10:33:38

## DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Acidente de queda de altura  
apresentando contusão bilateral  
e perfuração abdominal, isolada.  
Todas as funções aparentes.

### EXAME PRIMÁRIO

VIAS

AÉREAS ( ) Pervas ( ) Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: ( ) Sim ( ) Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA ( ) Sim ( ) Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA ( ) Sim ( ) Com dificuldade

( ) VENTILAÇÃO MECÂNICA

( ) APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

HTD: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente  
HTE: ( ) Presente e normal ( ) Rude ( ) Diminuído ( ) Ausente

2- RUJIDOS

HTD: ( ) Sim ( ) Não ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores  
HTE: ( ) Sim ( ) Não ( ) Roncos ( ) Sibilos ( ) Estertores

FR: \_\_\_\_\_ Imp SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ %

### CIRCULAÇÃO

COR DA PELE: ( ) Normal ( ) Pálida ( ) Cianótica

( ) Pletórica ( ) Ictérica

TEMPERATURA DA PELE ( ) Normal ( ) Quente ( ) Fria

PULSO ( ) Normal ( ) Aumentado

( ) Fino ( ) Ausente

AUSCUTA CARDÍACA

RITMO ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Ausente

BULHAS ( ) Normotonéticas ( ) Hipofonéticas

( ) Hipofonéticas ( ) Ausente

SOPRO ( ) Presente ( ) Ausente

BT OU B4 ( ) Sim ( ) Não

FC: \_\_\_\_\_ bpm PA: \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_ mmHg 12: \_\_\_\_\_ °C

ECG:

ABDOMEN:

### DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: ( ) Foto-reagente ( ) Paralisadas ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas (diferença = \_\_\_\_\_ mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR		MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (≤4 anos)		MELHOR RESPOSTA MOTORA	
Espontânea	4	Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5	Obedece aos comandos	6
A solicitação verbal	3	Confuso / Chora, mas é consolável	4	Localiza a dor	5
Ao contínuo estímulo	2	Palavras inapropriadas / Irritado (persistente)	3	Retra o Membro	4
Nenhuma	1	Sons incompreensíveis / Inquieto	2	Flanco anormal (decorticação)	3
		Nenhuma / Nenhuma	1	Extensão Anormal (decerebração)	2
				Nenhuma	1
TOTAL:					

# EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

( ) Não ( ) Sim:

MEDICAMENTOS:

( ) Não ( ) Sim:

IMUNIZAÇÃO

( ) Não ( ) Sim:

PATOLOGIA

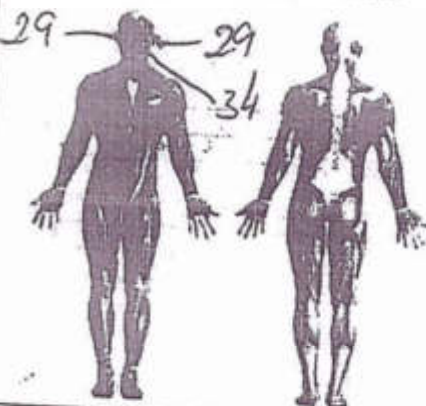
( ) Não ( ) Sim:

ALIMENTOS INGERIDOS:

( ) Não ( ) Sim:

LOCAL DA LESÃO

Identifique o local com o número correspondente ao lado



- |                        |                                 |
|------------------------|---------------------------------|
| 1 Abrasão              | 19 Fratura Óssea Fechada        |
| 2 Amputação            | 20 Fratura Óssea Aberta         |
| 3 Avulsão              | 21 Hematoma                     |
| 4 Contusão             | 22 Ingurgitamento Nervoso       |
| 5 Crepitação           | 23 Laceração                    |
| 6 Dor                  | 24 Lesão Têndinea               |
| 7 Edema                | 25 Luxação                      |
| 8 Empalamento          | 26 Mordedura                    |
| 9 Erisema subcutâneo   | 27 Movimento torácico paradoxal |
| 10 Esmagamento         | 28 Objeto Encravado             |
| 11 Equimose            | 29 Otorragia                    |
| 12 F. Arma Branca      | 30 Paralisia                    |
| 13 F. Arma de Fogo     | 31 Paresia                      |
| 14 F. Contuso          | 32 Parestesia                   |
| 15 F. Cortante         | 33 Queimadura                   |
| 16 F. Corto-Contuso    | 34 Rinorragia                   |
| 17 F. Perfuro-Contuso  | 35 Sinais de Isquemia           |
| 18 F. Perfuro-Cortante | 36                              |

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%)

% Graus de queimadura:

( ) 1º grau

( ) 2º grau

( ) 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

( ) Radiografias

( ) Ultrassonografia (FAST)

( ) Tomografia computadorizada

( ) Lavado peritoneal

( ) Gasometria arterial

( ) Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

CONDUTAS E PROCEDIMENTOS

		CÓDIGO	
1	Atendimento		
2			
3			
4			
5	Sedação p/VMT		
6			
7	Fratura ORFA		
8			
9	Med. de anal. e anal. > 20mg 8h e 20mg 16h		
10			

SOLICITAÇÃO DE PACIENTE MÉDICO

Solicito parecer de

Solicito parecer de

DESTINO DO PACIENTE

DATA

DA

SAÍDA

HORAS:

( ) Centro cirúrgico

( ) Transferência (unidade de saúde)

( ) Internado (setor)

( ) Alta hospitalar

( ) Óbito

( ) Decisão médica

( ) Até 48 hs.

( ) Após 48 hs.

( ) A pedido

( ) A reavalia

( ) Família

( ) JML

( ) Desistência

( ) SVO

ASSIN

ASSIN

ASSIN



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE

1000000700001  
CICERA MARIA DE MENEZES  
DT. NASC.: 14/12/1971  
MÃE: ROSA LUIZ DE MENEZES  
END.: DO ANHE  
N. 20 - AREIAL  
NOMINQUAPE  
FONE: (1)  
CELULAR: (83) 988102020  
IDADE: 44  
DT. ENTRADA: 06/10/2016 10:33:38

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
	06/10/16	NEURO
		TE (924): EVOLUÇÃO EM RELACJÃO ANTECED.
		PULSO: 50, MIOFEM
		SIN VAGA NO CT P/ MPIC
18-10-2016		Serviço Social Assinado o Termo de Responsa- bilidade para Pacientes Maiores e Capazes, anexado ao prontuário.
		Dr. [Assinatura] NE: [Assinatura] CRM 5975
		Elisabete Alves da S. Continho ASSISTENTE SOCIAL CRESS - 13ª REGIÃO - PB - 068
		154 med. intensiva 20/10/16. Espaul. vent. Espontânea A.A. Boa oximetria hemodinâmica estável. fez 1º pico febril. com Manopressão + Amoxicilina cd -> desmudar + programa mi. por via exclusiva oral
		Dr. [Assinatura] CRM 8588 Data: 20/10/16

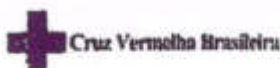


CAMPUS VERMELHO  
BRASÍLIA

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
21.10.16		<p>Sonoaudiologia</p> <p>Paciente acordada, Espiratória Ventiladora espontânea, cooperativa, fala, Normotensa, Normocárdica. 93/58/11.</p> <p>Condute: Exercício Físico Passivo nos OTRAS.</p> <p>: clamping da língua</p> <p>: Estimulação da lgg oral e receptiva.</p> <p>Sugestão: Alente de 150g / 500g frutose.</p> <p>93/58/11.</p>
24.10.16	alameda	<p>Sonoaudiologia</p> <p>Paciente acordada, Espiratória Ventiladora espontânea, cooperativa, fala, 500g, Normotensa, Normocárdica.</p> <p>Condute: Exercício Físico Passivo nos OTRAS.</p> <p>: clamping da língua</p> <p>: Estimulação da lgg oral e receptiva.</p> <p>: clamping na mm. orofacial.</p> <p>Sugestão: Alente de 150g / 500g + v.e. amido e ferro + frutose.</p> <p>93/58/11.</p>



Cruz Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma  
Senador Humberto Lucena



GOVERNO  
DA PARAÍBA

ACOLHIMENTO, an -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 952547



Identificação do paciente

ID 1090481	Nome CICERA MARIA DE MANEZES	Sexo Feminino
Data de nascimento 14/12/1971	Idade 44 anos 9 meses 22 dias	Estado civil CASADO(A)
Mãe ROSA LUIZ DE MENEZES	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)	
DDD Móvel 83	Fone Móvel 988102020	DDD Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2480771	Fone Fixo
Local de procedência MAMANGUAPE	Nº Cns	
Email	Tipo MUNICIPIO	UF PB
	Naturalidade MAMANGUAPE	CBO/R

Endereço

CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB
Número 20	Logradouro DO ARAME	Bairro AREIAL

Admissão

Data e Hora 06/10/2016 10:33:38	Número da pulseira 1000005799991	Convênio SUS
Especialidade CLINICA GERAL	Clinica CLINICA TRAUMA E GERAL	
Classificação de risco	Origem do paciente RUA	
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Data do acidente QUEDA / OUTROS

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		

Sinais Vitais

PA	mmHg	Pulso	Temperatura
----	------	-------	-------------

Exames complementares

Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]	Liquor [ ]	ECG [ ]	Ultrassomografia [ ]
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

Queda de moto (sic). GCS: 3-4-5

Diagnóstico

Atendimento por  
JORDA VAPOLARIO FIGUEIREDO

Imprimir

TOMOGRAFIA  
CRANIO  
DATA: 06/10/16

TOMOGRAFIA  
TC CRANIO E CERVICAL  
e FACE  
DATA: 06/10/16

06/10/2016 11



CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

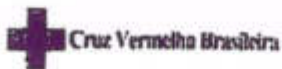
Cilene Maria de Menezes 952547

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/10/16	20:45	<p># URPA #</p> <p>Paciente no Pós-operatório imediato de drenagem de Hematoma Subdural agudo, encefalo grave, em TOT sob sedação analgésica (contínua 20ml/h), VAC, humo e náusea estável, em DVA, Baa diurese.</p> <p>Apresenta quadro de Brucelose por prontamente reverteido com hidrocontingência Bricanyl e MDZ em Regeste e Shant.</p> <p>CD: ① manter Neuroprotec.</p> <p>② Aguardar vaga em UTI.</p>
08/10/16	08:30	<p># C.R.P.A. Amestriologia</p> <p>Paciente em 2º de crânio tomia descampração. Encefalo grave em TOT, sedação analgésica (20ml/h) e MDZ (40mg/ml) VAC; estável hemodinamicamente, DVA, SNG, SVD.</p> <p># Parâmetros: PA: 102/62 mmHg; FC: 118bpm; SpO2: 97%; Diurese: 500ml.</p> <p># Conduta: ① Continuar sedação analgésica</p> <p>② Cuidado com</p> <p>③ Aguardar vaga em UTI e conduta de neuro</p>
09.10.2016	Nenhuma	<p>Pós Operatório Hemissectomia</p> <p>Descompressão; P.A. 12 Tax</p> <p>Conduta TC Controle</p> <p>Laboratório; Gase</p>

Dr. João Batista Virgolino  
Médico  
CRM 2040

Dr. Igor Lima de Faria  
Médico  
CRM 2114

Dr. Cristiano Santana Patrão  
Neurocirurgião  
CRM 6808



ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 952547



<b>Identificação do paciente</b>			
ID 1090481	Nome CICERA MARIA DE MANEZES	Sexo Feminino	
Data de nascimento 14/12/1971	Idade 44 anos 9 meses 22 dias	Estado civil CASADO(A)	Religião NAO INFORMADA
Mãe ROSA LUIZ DE MENEZES	Pai NAO DECLARADO		
Escolaridade NAO INFORMADO	Responsável (Parentesco) A MESMA - O MESMO(A)		
DDD Móvel 33	Fone Móvel 988102020	DDD Fixo	Fone Fixo
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2460771	Nº Cns	
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB
E-mail	Naturalidade MAMANGUAPE	CBOR	
<b>Endereço</b>			
CEP 58260000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro DO ARAME
Número 20	Complemento	Bairro AREAL	
<b>Admissão</b>			
Data e Hora 08/10/2016 10:33:38	Número da pulseira 1000005799991	Convênio SUS	
Especialidade CLINICA GERAL	Clínica CLINICA TRAUMA E GERAL		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento URGÊNCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	
<b>Indicadores e Transporte</b>			
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		
<b>Sinais Vitais</b>			
PA	mmHg	Pulso	Temperatura
<b>Exames complementares</b>			
Raio X [ ]	Sangue [ ]	Urina [ ]	TC [ ]
Liquor [ ]			
Dados clínicos			
Queda de moto (sic). GCS: 3-4-5			
Diagnóstico			
Atendimento por			
JORDY APOCALIPTARIO FIGUEIREDO			
Imprimir			

**TOMOGRRAFIA**  
CRÂNIO  
DATA: 22/10/16


08/10  
De  
NS/02  
SA

**TOMOGRRAFIA**  
CRÂNIO  
DATA: 9/10/16

**TOMOGRRAFIA**  
TC CRÂNIO E CERVICAL  
e FACE  
DATA: 06/10/16

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		Nº 06/10/16 15h
		VIC GNR, APAS OL/GR
		DE MOTO
		ADMITIDO C/ GLASSER/
		DIAGNÓSTICO + EPISÓDIO
		SHOW C/ REDUZIDA
		DE NIVEL DE CONSCIENTIA
		FOI: INUBAÇÃO
		NO MOMENTO, RAMSAY 6
		ISOCON
		IC (crânio 12h): CONTUSÃO
		DE FRAQUILHA + FRAQUEZA A DADA
		C/ DISCARTO OLM
		CD: SÓCIEDADE MORTUÁRIA
		Reportar VIC APÓS
		6h
		
		Emerson Bonfácio Neurocirurgião CRM 1003

# RELATÓRIO DE CIRURGIA

8

Nome: RIBEIRA MARIA DE MENEZES BE/Pron: 7  
Idade: 44 Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino Cor: 126  
Clínica/Setor: NEUROLOGIA EMP: LR:  
Cirurgia: HIGIENIZACAO DE SORMESES  
Cirurgião: RODRIGO MATO 1º Assistente: MAURO OLIVEIRA  
2º Assistente: 3º Assistente:  
Instrumentador: SMILE Anestesista: MILTON HILTON  
Tipo de Anestesia: GEN Horário: Início 03:30 Término 11:00

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>127.97.92 EUSQUIN + OTITIS SWELLING</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>HIGIENIZACAO DE SORMESES</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: ( ) Sim ( ☒ ) Não. Descrição: \_\_\_\_\_

Biopsia de Congelação: ( ) Sim ( ☒ ) Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

( ) Enfermaria ( ☒ ) Terapia Intensa ( ) Residência ( ) Óbito durante Ato Cirúrgico

João Pessoa, 08 / 10 / 16

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

# RELATÓRIO DE CIRURGIA



## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Posição de decúbito dorsal

Devido a dor e a dor no lado esquerdo do corpo

Incisão:

Em T + retirada do pericárdio

Histopatológico descrevendo a lesão + diagnóstico de HSD + HSD + HSD

Achados:

Duodenal em C

Presença de hemorragia

Conduta:

Síntese por pontos

Curativo

Assinatura do Cirurgião  
Cirurgião  
CRM 5075

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM: \_\_\_\_\_

João Pessoa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Nota de Sala Cirúrgica

BF 952547

NOME DO PACIENTE

IDADE

SEXO

PROFISSIONAL

INFORMAÇÃO

LUGAR

CIRURGIÃO

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

ANESTESISTA

INSTRUMENTADOR

DATA

TEMPO CIRÚRGICO

ANESTESIA: INÍCIO

FIM

CIRURGIÃO: INÍCIO

FIM

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS)

ASA 1 ( ) ASA 2 ( ) ASA 3 ( ) ASA 4 ( ) ASA 5 ( )

GRAU DE CONTAMINAÇÃO: ( ) LIMPA ( ) CONTAMINADA ( ) INFECTADA ( ) POTENCIALMENTE CONTAMINADA

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS QTD.

MATERIAIS CONZ.

QTD.

FIOS

QTD.

ALFENTANIL

BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA

BUPIVACAÍNA PESADA

CETAMINA

DROPERIDOL

ETOMIDATO

FENOBARBITAL

FENTANIL

FLUMAZENIL

FLURANO

LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO

LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO

LIDOCAÍNA C/ VASO

LIDOCAÍNA S/ VASO

MIDAZOLAM

MORFINA

NIMBRIUM

PANCURÔNIO

PETIDINA

PROPÓFOL

RAMIFENTANIL

ROCURÔNIO

SEVOFLURANO

SUXXAMETÔNIO

TIOPENTAL

MEDICAÇÕES

QTD.

ADRENALINA

ÁGUA DESTILADA

ATROPINA

DEXTRA

FAZOLINA

DEXAMETASONA

DIFENHIDRAMINA

EFEDRINA

FUROSEMIDA

GLICOSE 50%

GLUCONATO DE CÁLCIO

HIDROCORTISONA

LIDOCAÍNA GELÉIA

ONDASINTRONA

PLASL

PROSTIGMINE

PROTAMINA

TEOXICAN

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

TETRA

JELCO Nº 18

JELCO Nº 20

JELCO Nº 22

JELCO Nº 24

KIT SIST. DREN. TORÁCICA Nº

LÂMINA BISTURI Nº 11

LÂMINA BISTURI Nº 15

LÂMINA BISTURI Nº 23

LÂMINA BISTURI Nº 24

LÂMINA DE DERMATOMO

LÂMINA DE ENOCERTO

LUVA DE PROCEDIMENTO PAR

LUVA ESTÉRIL Nº 7,5

LUVA ESTÉRIL Nº 7,5

LUVA ESTÉRIL Nº 8,0

LUVA ESTÉRIL Nº 8,5

MÁSCARA CIRÚRGICA

MULTIVIAS

PERFURADOR DE SORO

SCALP Nº 19

SCALP Nº 21

SERINGA 3ML

SERINGA 5ML

SERINGA 10ML

SERINGA 20ML

SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 8

SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 10

SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 12

SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 14

SONDA ASP. TRAQUEAL Nº 16

SONDA FOLEY 2VIAS Nº 12

SONDA FOLEY 2VIAS Nº 14

SONDA NASOG. CURTA

SONDA NASOG. LONGA

SONDA URETRAL Nº

TORNUEIRINHA

TUBO ENDOTRAQUEAL Nº

TUBO ENDOTRAQUEAL Nº

TUBO ENDOTRAQUEAL Nº

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

TUBO SILICONE (LATEX)

FIO CAT GUT CRÔMADO Nº

FIO CAT GUT CRÔMADO Nº

FIO DE AÇO Nº

FIO DE AÇO Nº

FIO DE NYLON Nº 8,0

FIO DE NYLON Nº

FIO DE NYLON Nº

FIO POLILACTINA Nº 20

FIO POLILACTINA Nº

FIO POLILACTINA Nº

FIO POLIPROPILENO Nº 8,0

FIO POLIPROPILENO Nº

FIO POLIPROPILENO Nº

FIO POLIGLECAPRONE Nº

FIO SEDA Nº

PITA CARDÍACA

MATERIAL ESPECIAL

QTD.

CATETER DE PIC

CIMENTO CIRÚRGICO

CLIP TITÂNIO LIGADURA

FIO DE KIRSCHENNER Nº

FIO DE KIRSCHENNER Nº

FIO STEINMAN Nº

FIO STEINMAN Nº

GRAMPADOR CIRÚRGICO

HEMOST. ABSORVÍVEL

KIT. DERIVA. VENTRICULAR

PRÓTESE VASCULAR

KIT. PAM

FIXADOR EXTERNO

EMPRESA

PARAFUSOS CORTICAI

PARAFUSOS CORTICAI

PARAFUSOS ESPONIOSO

PARAFUSOS ESPONIOSO

PARAFUSOS MALBOLAR

PARAFUSOS MALBOLAR

PLACA

PLACA

EQUIPAMENTOS

ASPIRADOR

60 BISTURI ELÉTRICO

60 CAPNÓGRAFO

60 CÁRDIOMONITOR

( ) DESFIBRILADOR

( ) FOCO AUXILIAR

60 FOCO CENTRAL

( ) MICROSCÓPIO

60 OXÍMETRO DE PULSO

60 P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA

60 PERFURADOR ELÉTRICO

( ) REURA

60 REURANTE

60 REURANTE

60 REURANTE

60 REURANTE

Jana Celias Oliveira

CRUZ VERMELHA  
BRASILEIRA

# FICHA DE ANESTESIA

TCBC Anest. - ...  
Hematomas subcutâneos  
Admissão TOT 1/10/16  
Alcornoque 22  
Cirurgia de Hematomas subcutâneos  
Admissão 10/10/16  
Admissão com data 10/10/16

COMANDO ANESTESIA / MILTON  
F. 18 m/s

PACIENTE: CICERA MARIA DE MENEZES PRONTUÁRIO: 7 COR: 1 IDADE: 44

PRESSÃO ARTERIAL 120/80 PULSO 70 RESPIRAÇÃO 18 TEMPERATURA 36,5 PESO 60 GRUPO SANGÜINEO B  
ESTADO GERAL ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO RISCO CIRÚRGICO ( ) BOM ( ) REGULAR ( ) MAU ( ) PÉSSIMO

EXAMES COMPLEMENTARES  
AP. RESPIRATÓRIO TOT AP. CIRCULATÓRIO OK  
AP. DIGESTIVO OK ESTADO MENTAL RAM 6 DROGAS EM USO OK

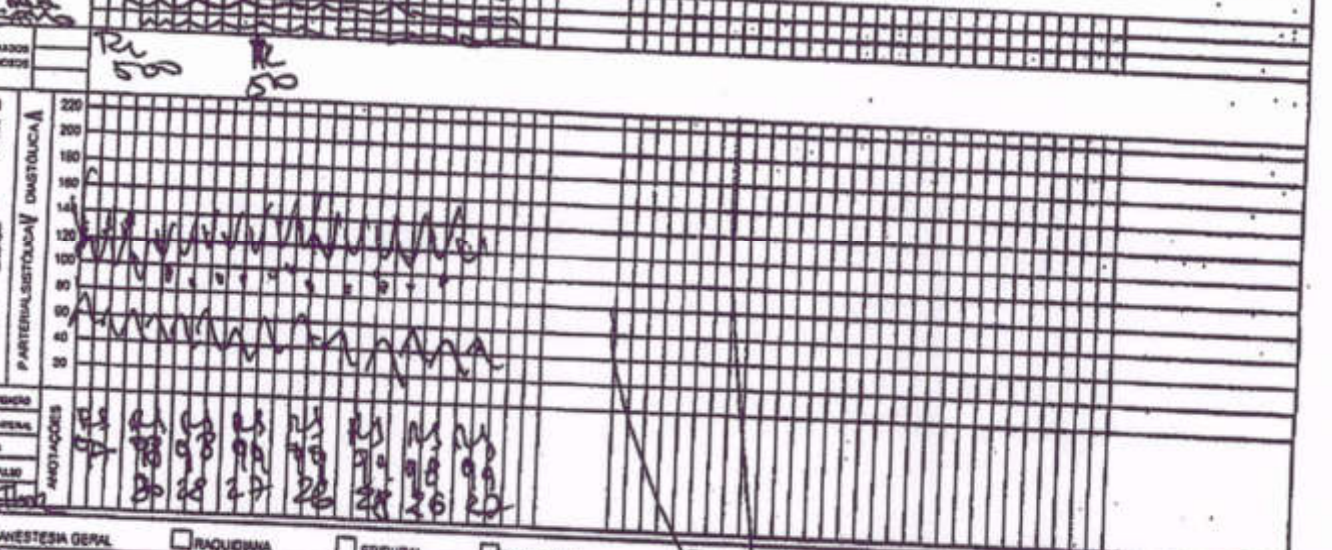
PRÉ-ANESTÉSICO OK DOSE/HORA OK DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO Hematomas subcutâneos ESTADO FÍSICO (ASA) 1

CIRURGIA REALIZADA CRANIOTOMIA CIRURGIÃO DR. MARCOS AUXILIARES DR. MARCOS

INÍCIO DA ANESTESIA 10:15 TÉRMINO DA ANESTESIA 11:35 DURAÇÃO DA ANESTESIA 1h 20m

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 01.01.00 QUANT. DE CH. 11.35 VALORES RS OK

ANESTESISTA FERNANDO CRM-PB MILTON



ANESTESIA GERAL ☒ RAQUIDIANA ☐ EPIDURAL ☐ BLOQUEIO ☐ BLOQUEIO ☐ OUTROS ☐

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO	
1	FENTANIL 200mcg
2	ROCURÍO 50mg
3	PROPOFOL 25mg
4	AMIDA 100mg
5	PROPOFOL 200mg
6	PROPOFOL 100mg
7	PROPOFOL 100mg
8	PROPOFOL 100mg
9	PROPOFOL 100mg
10	PROPOFOL 100mg

ASSINATURA DO ANESTESISTA: F. 18 m/s  
F. 18 m/s  
CRM-PB

Nome: <i>Cicera Maria Mendes</i>			N de BE: <i>952547</i>	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: <i>06.10.16</i>		Alta: <i>01 NOV 26.10.16</i>		
Diagnóstico de Internação:			Tempo de Permanência:	

Diagnóstico Definitivo:

MSDA

Diagnóstico Secundário:

Principais exames:

Cranectomia Decompressiva FTP (10)

Cirurgia realizada - data e equipe:

Biópsias:

Anatomia patológica:

Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )

Resultado bacteriológico:

Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) À pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) À Revelia ( )

Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

ECC: 14

Intubando 4mm

Permanece pela CM

para AEB

Dieta:

Dieta conforme Orientação Pós Alta

Repouso:

Relativo em casa por, 90 dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em, 90 dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve, dias e com maior em, dias.

Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Htop.

Medicações para casa: Analgésicos

Retorno:

À posto de saúde em 07 dias para retirada de ponto.

À ambulatório NCR Htop em 30 dias para revisão.

João Pessoa: 20 de 10 de 16

Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.

Ass. Médico CRM



GOVERNO DO ESTADO DA PARÁ  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA  
SENADOR HUMBERTO LUCENA

LAUDO MÉDICO /  
ALTA

RESUMO DE

NOME  
CÍCERA MARIA DE MENEZES

REGISTRO  
952547

IDADE 44 SEXO F COR B CLÍNICA CM

URF. 22 LEITO 4

DATA DE ADMISSÃO  
06/10/2016

DATA DE ALTA  
31/10/2016

TEMPO DE PERMANÊNCIA  
25

DIAGNÓSTICO CLÍNICO

TCE

DIAGNÓSTICO DE TCE

HSDA

DIAGNÓSTICO DE HSDA

ITU

DIAGNÓSTICO DE ITU

PRINCIPAIS EXAMES

EXAMES LABORATORIAIS + RADIOGRAFIAS + TC DE CRÂNIO

EXATIDÃO REALIZADA - DATA E EQUIPE

TRATAMENTO A SEGUIR

SUORTE CLÍNICO + SINTOMÁTICOS + ANTIBIOTICOTERAPIA

TRATAMENTO PATOLÓGICO

INDICAÇÃO DE ☐ SIM ☐ NÃO ☐ NÃO ☐ SIM ☒ NÃO

INDICAÇÃO DE TUBEROSIDADE

CONDIÇÃO DE ALTA ☒ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO

COMO CENÁRIO

PACIENTE ADMITIDA DEVIDO TCE-HSDA, EVOLUIU COM ITU APRESENTANDO MELHORIA CLÍNICA APÓS ANTIBIOTICOTERAPIA E MEDIDAS DE SUORTE NO MOMENTO ESTÁVEL, COM QUADRO CLÍNICO MANEJO PORTANTO, SEGUE AOS CUIDADOS DOMICILIARES

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA: CONFORME ACEITAÇÃO

REPOUSO:

Retorno às atividades sem esforço físico em \_\_\_\_\_ dias,  
Retorno às atividades com esforço físico leve em \_\_\_\_\_ dias e com esforço maior em \_\_\_\_\_ dias

CUIDADOS COM A ÚLCERA DE PRESSÃO: MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/3H

MEDICAÇÕES PARA CASA:



RETORNO Ao posto de saúde PARA ACOMPANHAMENTO

31/10/16

DATA

Italla Neri  
Médica  
CRM-PB 758

Este documento é de uso exclusivo do Hospital Est. de Emergência e Trauma, não deve ser utilizado para fins de cobrança de honorários médicos, nem para fins de litigância judicial.

 <b>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA</b> <b>SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE</b> <b>HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA</b> <b>SENADOR HUMBERTO LUCENA</b>		<b>LAUDO MÉDICO /</b> <b>ALTA</b>		<b>RESUMO DE</b>	
<b>Nome:</b> CÍCERA MARIA DE MENEZES				<b>Registro:</b> 952547	
<b>Idade:</b> 44	<b>Sexo:</b> F	<b>Cor:</b> B	<b>Clinica:</b> CM	<b>BNF:</b> 22	<b>Leito:</b> 4
<b>Data de Admissão:</b> 06/10/2016		<b>Data de Alta:</b> 31/10/2016		<b>Tempo de Permanência:</b> 25	
<b>Diagnóstico Clínico:</b> TCE				<b>CID</b>	
<b>Diagnóstico Definitivo:</b> HSDA					
<b>Diagnóstico Secundário:</b> ITU					
<b>Exames Laboratoriais + Radiografias + TC de Crânio</b>					
<b>Cirurgia Realizada - Data e Equipe</b>					
<b>Terapêutica Medicamentosa</b>					
<b>Suporte Clínico + Sintomáticos + Antibioticoterapia</b>					
<b>Infecção F.O.</b> <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO <b>Coleta de Material</b> <input type="checkbox"/> SIM <input checked="" type="checkbox"/> NÃO					
<b>Condição de Alta</b> <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO					
<b>Resumo Clínico:</b> PACIENTE ADMITIDA DEVIDO TCE-HSDA, EVOLUIU COM ITU APRESENTANDO MELHORA CLÍNICA APÓS ANTIBIOTICOTERAPIA E MEDIDAS DE SUPORTE. NO MOMENTO ESTÁVEL, COM QUADRO CLÍNICO MANTIDO. PORTANTO, SEGUE AOS CUIDADOS DOMICILIARES.					
<b>ORIENTAÇÕES PÓS ALTA</b>					
<b>DIETA:</b> CONFORME ACEITAÇÃO					
<b>REPOUSO:</b> Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
<b>CUIDADOS COM A ÚLCERA DE PRESSÃO:</b> MUDANÇA DE DECÚBITO DE 2/H					
<b>MEDICAÇÕES PARA CASA:</b>					
<b>RETORNO:</b> Ao posto de saúde PARA ACOMPANHAMENTO					
<b>DATA:</b> 31/10/16					

Este documento tem validade de acompanhamento de atendimento hospitalar para 15 dias. EXCEPCIONALMENTE, SE O PACIENTE NÃO FOR ENVIADO PARA O LOCAL DE TRATAMENTO.

Nome: <u>Cícera Maria Menezes</u>		N de BE: <u>952547</u>	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.:   Leito:
Data de admissão: <u>06.10.16</u>		Alta: <u>07.10.16</u>	Tempo de Permanência: <u>10.16</u>
Diagnóstico de Internação: <u>TCE</u>			
Diagnóstico Definitivo: <u>MSGA</u>			
Diagnóstico Secundário:			
Principais exames: <u>Craniotomia Decompressiva FTP (D)</u>			
Cirurgia realizada - data e equipe:			
Biópsias:			
Anatomia patológica:			
Infecção: sim ( ) não ( ) Coleta de material: sim ( ) não ( )			
Resultado bacteriológico:			
Condições de alta: Melhorado ( ) Removido ( ) A pedido ( ) Curado ( ) Óbito ( ) À Revelia ( )			
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>ECG: 14</u> <u>Intubando 4cm</u> <u>Permanece pela CM</u> <u>para AER</u>			
Dieta: <u>Diet. Conforme Prescrição</u> Orientação Pós Alta			
Repouso:			
Relativo em casa por, <u>90</u> dias.			
Retorno às atividades sem esforço físico em, <u>90</u> dias.			
Retorno às atividades com esforço físico leve, <u>90</u> dias e com maior em, <u>90</u> dias.			
Cuidados com a ferida operatória: lavá-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o H-top.			
Medicações para casa: <u>Analgésico</u>			
Retorno:			
Ao posto de saúde em <u>07.10.16</u> para retirada de ponto.			
Ao ambulatório <u>NCR H-top</u> em 30 dias para revisão.			
João Pessoa: <u>26</u> de <u>10</u> de <u>16</u>			
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.			
			Ass. Médico/CRM



# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



HEKESHL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Roberto de Oliveira Neto  
CRM 7650 UF SP Nº         
Endereço: Av. Paulista 1561  
SIN - FFLC (condom.)  
Cidade: WATERLOO UF SP  
Telefone:       



Carimbo do Médico

Paciente: Clara Maria de Almeida  
Endereço: 7ª Travessa, Burgo Mar, Americana  
Prescrição: NOBITINA 200 - 010  
2x ao dia

Data: 11/01/11

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:         
RG:        UF        Nº         
Endereço:         
Cidade:        UF         
Telefone:       



Carimbo do Médico

Data:        /        /       



# RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



HEKESHL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: Roberto de Oliveira Neto  
CRM 7650 UF SP Nº         
Endereço: Av. Paulista 1561  
SIN - FFLC (condom.)  
Cidade: WATERLOO UF SP  
Telefone:       



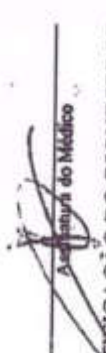
Carimbo do Médico

Paciente: Clara Maria de Almeida  
Endereço: 7ª Travessa, Burgo Mar, Americana  
Prescrição: NOBITINA 200 - 010  
2x ao dia

Data: 11/01/11

## IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:         
RG:        UF        Nº         
Endereço:         
Cidade:        UF         
Telefone:       



Carimbo do Médico

Data:        /        /



Receituário Médico



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome completo: PSF ALTO DO CEMITÉRIO  
CNPJ: 08.674.396/0001-64 UF: PB  
Endereço: Rua Irineu Dias, s/n - Alto do Cemitério  
Cidade: Mamanguape UF: PB  
TEL.: (83) \_\_\_\_\_

1ª Via retenção da Farmácia ou Drogaria  
2ª Via orientação do Paciente

Assinatura e Carimbo do Médico

Data: 17/11/16

PACIENTE: Evania Maria de Jesus  
ENDEREÇO: Rua do Prato  
PRESCRIÇÃO: uso oral

O Hidral 100mg 2x1  
1cp vo 8/8h

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: \_\_\_\_\_  
Ident./CPF: \_\_\_\_\_  
Org. Exp.: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Drogaria/Farmácia  
Carimbo/CNPJ  
Ass. do Fornecedor/Farmacêutico  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Médico - CRM



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL



Receituário Médico



IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo:

CRM 1267 UF RJ Nº

Endereço: Rua dos Reis Católicos

Cidade: Rio de Janeiro UF RJ

Telefone:

1ª Via - Retenção da Farmácia ou Drogaria  
2ª Via - Orientação ao Paciente

Dr. Otávio Rodrigues Sales  
CRM - 17617 PRO

Carimbo do Médico

Paciente: Sra. Maria Aparecida  
Endereço: Av. Almeida, 20 - Nicópolis  
Prescrição: 1 comprimido 100 mg 2x ao dia

Dr. Otávio Rodrigues Sales  
CRM - 17617 PRO  
Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

RG: UF Nº

Endereço:

Cidade: UF

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Data: 21/10/16

Carimbo do Médico

Data: / /

Paciente Maria Aparecida

24

soluto

Fusotona 1760

Data: 26/10/16

Dr. Otávio Rodrigues Sales  
CRM - 17617 PRO  
Assinatura do Médico

Médico - CRM



UNIVERSIDADE  
FACULDADE

## Receituário Médico

REC-1234

Rx 1/ Ceto Rep. 700mg 1x 1x

1x 1x

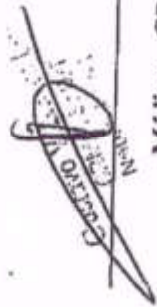
01- Ceto Rep. 700mg 1x 1x

Tomar 1x 1x 1x 1x

02- Omeprazol 20mg 1x 1x

Tomar 1x 1x 1x 1x

Data: 19/09/17

  
Médico - CRM



UNIVERSIDADE  
FACULDADE

## Receituário Médico

REC-1234

Ceto Rep. 700mg 1x 1x

1x 1x

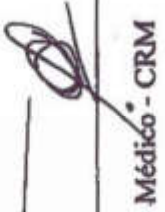
Tomar 1x 1x 1x 1x

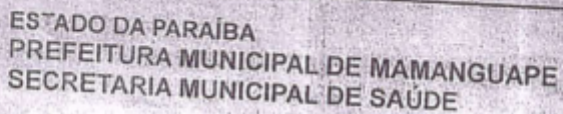
Tomar 1x 1x 1x 1x

Tomar 1x 1x 1x 1x

Tomar 1x 1x 1x 1x

Data: 18/02/17

  
Médico - CRM



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

## IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: PSF AREIAL

CNPJ: 08.674.396/0001-64

UF: PB

Endereço: Rua Leonel Tomaz Barbosa, s/n - Areial

Cidade: Mamanguape

UF: PB

Tel.: (83)

1ª Via retenção da Farmácia ou Drograria  
2ª Via orientação do Paciente

Francisco Assis Freitas  
Giorgina Giral e CTR  
Assinatura Nº 005303  
710001  
Instituto de Medicina

Date, 02/12/20 14 15

PACIENTE: Lucia Moura de Almeida  
ENDEREÇO: R. DO FORTALEZA

ENDEREÇO: R. DO ESTRECHINHO, S/Nº

PRESCRIÇÃO: Hidantal 100mg - 400mg  
Tomar 1 qd 8/8h

## IDENTIFICACAO DO COMPRADOR

Name:

Ident./CPF:

Org. Exp.:

Endereço:

Cidade

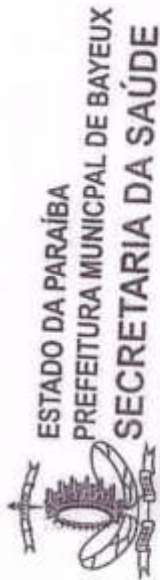
UF-

Telephone \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACAO DO FORNECEDOR**

Ass. do Fornecedor/Farmacêutico

Data, 7



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX  
SECRETARIA DA SAÚDE

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: BAYEUX UF: PB  
Telefone: \_\_\_\_\_

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

08.924.581/0004-02

Prefeitura Municipal de Bayeux  
Secretaria Municipal de Saúde

UPA - BAYEUX

CÓDIGO DA UNIDADE: 7927908

URGÊNCIA

Paciente: *Carla Maria*  
Endereço: *R. da Arroz e*  
Prescrição: *Uso Oral*

*17.000 01-08-81*

*Dr. Igor N. Cabral de Paulo*  
*Clinica Médica*  
*CRM 10080*

*Assinatura do Médico*

*Assinatura do Farmacêutico*

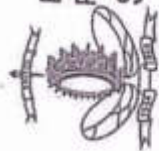
*Data: 29/03/17*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Ident: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_\_



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX  
SECRETARIA DA SAÚDE

## RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

### IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
CRM: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: BAYEUX UF: PB  
Telefone: \_\_\_\_\_

1ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA  
2ª VIA ORIENTAÇÃO AO PACIENTE

08.924.581/0004-02

Prefeitura Municipal de Bayeux  
Secretaria Municipal de Saúde

UPA - BAYEUX

CÓDIGO DA UNIDADE: 7927908

URGÊNCIA

Paciente: *Carla Maria*  
Endereço: *R. da Arroz e*  
Prescrição: *Uso Oral*

*17.000 01-08-81*

*Dr. Igor N. Cabral de Paulo*  
*Clinica Médica*  
*CRM 10080*

*Assinatura do Médico*

*Assinatura do Farmacêutico*

*Data: 29/03/17*

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo: \_\_\_\_\_  
Ident: \_\_\_\_\_ Org. Emissor: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_  
Telefone: \_\_\_\_\_

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: \_\_\_\_\_



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

P919

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 300646199

NOME JOSÉ TIAGO DA SILVA

FILIAÇÃO José Gomes da Silva  
Maria Melo da Silva

Cuité de Mamanguape - PB 23-04-2016

NATURALIDADE

Cert. Nasc. 4.888, Fls. 235, Liv. A-1

Cart. Cuité de Mamanguape - PB

CPF 00506678261

José Tiago da Silva

José Tiago da Silva

ASSINATURA DO TITULAR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MMB Seguradora S/A

30 JAN 2018

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012297403315

CERTIFICADO DE REGISTRO E IDENTIFICAÇÃO DE VEÍCULO

VIA 00506678261-1 00/00000000 2016

NOME JOSÉ TIAGO DA SILVA

CPF 07357221458

PLACA NPT82617/PB

NOVO

PAS/MOTOCELE/MAO APPLIC GASOLINA

HONDA/CG 125 FAN KS 2012 2013

2APH6124 / CI PARTELO VEICULO

IPVA PAGO EM 26/01/2016

VERC / COTAS 1ª

P V F M A P A 0 PARCELAMENTO / COTAS 2ª

A 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO 2012 9

SEGURO PRÊMIO 26/01/2016

SEM RESERVA DE DOMÍNIO

CUITE

\* 143

29/01/2016

884

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA, A PESSOAS E COISAS DE OUTRAS DEPENDÊNCIAS DO NAO, SEU ODPVAT

PB Nº 012297403315 BILHETE DE SEGURO DPVAT

JOSÉ TIAGO DA SILVA

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.dpvatsegurodotransito.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

2016 29/01/2016

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO

VIA JOSÉ TIAGO DA SILVA

CPF / CNPJ

PLACA

RENAVAM

MARCA / MODELO

00506678261 HONDA/CG 125 FAN KS

PRÊMIO TARIFÁRIO

2012 9

9C20C4110DR404552

CUSTO DO BILHETE (R\$) \*\*\*\*\*

IOF (R\$) SEGURO

TOTA L DO PAGO PELA SEGURO (R\$) PAGO

PAGAMENTO

DATA DE QUITAÇÃO

SEQUESTRADA LIDER - DPVAT

CHAJ 09.240.000.0001-04

884-11034893-20160129

