
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

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** 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

Pag. 00121/00122 - carta_16 - INVALIDEZ



00020061

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, Licéia Maria de MenezesPORTADOR(A) DO RG Nº 2960771EXPEDIDO POR SSDS/PBEM 31/01/12CPF 065631734-54 /CNPJ 00000000000000000000, PROFISSÃO de larE RENDA MENSAL DE R\$ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA Licéia 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 Lotáticas 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), 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

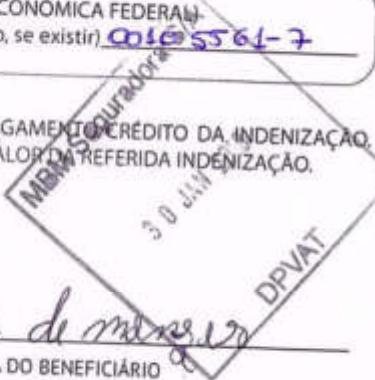
Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir)

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 104Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0044Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00105564-7

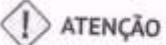
DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO DE CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRIAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.



Licéia Pessoa, 26 de Janeiro de 2012 * Licéia 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 ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.





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, ai, 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 Policia 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 SAUDE PARA A QUAL O ACIDENTADO FOI ENCAMINHADO: Hospital de Emergência e Trauma em João Pessoa/PB;
- 6) O COMUNICANTE/VITIMA 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/VITIMA 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 JOSE TIAGO DA SILVA

8) BREVE RESUMO DO FATO:

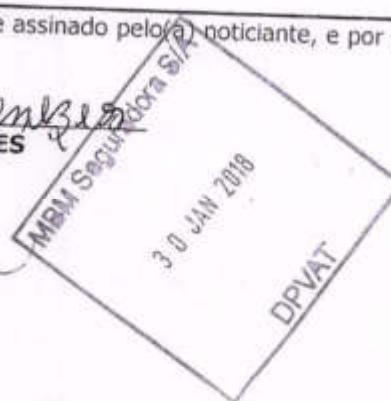
QUE a comunicante estava no local em referência de carona na motocicleta descrita, conduzida pela pessoa de THAÍS MARIA DE MENEZES, sua filha, quando esta perdeu o controle da motocicleta em questão e a mesma estava de capacete, QUE sua mãe a comunicante não estava com o mesmo item de segurança e na 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

Escrivã(o)/Agente
Matrícula nº 156.567-2



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Eu, Ercília maria menezes, portador da carteira de identidade nº 2460 771 e inscrito no CPF/MF sob o nº 065 631 734-59, residente e domiciliado na Ruaessa Benedicto José Corderio, 20, Areal, Cidade Mamanguape, Estado Paraíba, 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;

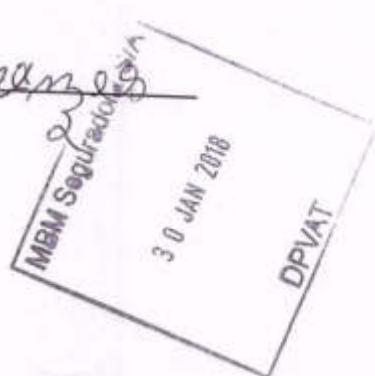
Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento a análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto 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

Ercília maria de menezes
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

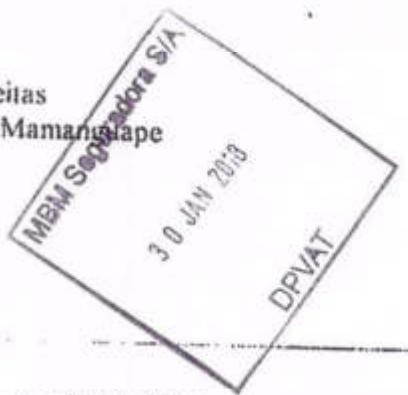
DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que, Cícera 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 161 - Km 43 - N/S Nataente - Fone (98) 311-1844

CICERA MARIA DE MENEZES
TRAVESSERATO, 201 - 7011-041 - BRASIL
MAMAREL, 201F - 24 - 1000-0000 - RJ - BR.

1

Call part 215. Automation: 800/674/2001

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/CNPJ/RANI
Set / 2017	26/09/2017	26/10/2017	6583173454

Uc (Unidad Consumo): 515-4206

Canal de contacto

En la figura 1 se aprecia la forma de los órganos de Haller, que se observan en el tronco del estómago y en el duodeno. Los órganos de Haller son órganos de absorción que permiten una rápida eliminación de las sustancias tóxicas. Se observa que el estómago es un órgano de absorción que permite una rápida eliminación de las sustancias tóxicas.

Ante

四三八
262667

Code	Description	Value	Unit	Min	Max
0000	Off	0	None	-	-
0001	On	1	None	-	-
0002	On	1	None	-	-
0003	Adv. B	1	None	-	-
0004	Adv. B advance	1	None	-	-
0005	Subcycle	1	None	-	-

144/2000 10% 1000

1801	CONTINUOUS CARBON FIBER	0.52	0.00	E	1.00	0.00	0.00
2004	SOLID STATE BURNING	1.74	0.00	E	0.00	0.00	0.00
2006	MULTI-LEVEL	1.19	0.00	E	0.00	0.00	0.00
2010	ATOMIC CARBON FIBER	0.00	0.00	E	1.00	0.00	0.00
2020	CERAMIC FIBERS	15.67	0.00	E	0.00	0.00	0.00

CCO Coagulation Activation Time 172.40 141.00 90.70 141.00 0.84 251

VALOR DO PAGAMENTO **DATA DE VENCIMENTO** **TOTAL A PAGAR**

03/10/2017

Historico de Consumo (kWh)

b49f 9976 5aCf 119c aa2t 7498 C5a1 0452

dedicados à Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
DC NEUTRAL	0,00	0,00
DC TRIM 1 HAN	-0,04	-0,04
DC ALAR	2,00	2,00
DC MENSAL	3,00	3,00
DC TRIM 1 LIMA	-0,25	-0,25
DC ADEQUA	-0,70	-0,70
DC ALAR	-0,04	-0,04

Distribuidores	Válida [US\$]	%
De acuerdo con el Estudio de Encuestas PBI	14.93	20.51
- - - - -	12.19	22.41
De acuerdo con el Estudio de Encuestas PBI	1.69	3.15
- - - - -	1.73	3.50
De acuerdo con el Estudio de Encuestas PBI	1.67	4.00
- - - - -	0.02	0.00
Total	172.40	100.00

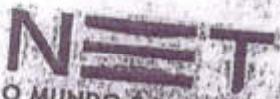
ATENÇÃO: A partir de 01/01/2011, o valor da taxa de licenciamento de veículos (2010) acima de 100.000,00 (cem mil reais) poderá ser suspenso a partir de 01/02/2011. Conforme Resolução MCTI/MAPA nº 004/2010, que estabelece normas para a realização de pesquisas de veículos utilizados em atividades rurais e captação de mersal de vegetação e outras pesquisas que possam causar danos ao solo, ao solo e/ou à vegetação, bem como ao solo e/ou à vegetação e ao solo.

Passport photo
200171225

AM Seguradora

OPVAT

39932



O MUNDO É DOS NETS



COMUNICADO IMPORTANTE



CTC RECIFE PE/JP/AP/PL
CLECIO SOUZA DO ESPÍRITO SANTO
R. OTACILIO DE ALBUQUERQUE 22
TORRE
58040-720, JOÃO PESSOA - PB.

8/9/2008 10:04:14 AM
8/9/2008 10:04:14 AM-MBMS/CODA



DECLARAÇÃO

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

A Circular SUSEP¹ 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 COAF².

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

²Conselho 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 Elécio Souza do Espírito Santo portador (a) do RG nº 2 383 364, expedido por SSP/IPB, em 14 / 11 / 2011, CPF/CNPJ nº 009 670 909-1-90, na qualidade de procurador (a) /intermediário (a) do beneficiário (a) Elcena,

mano de menezes do sinistro de DPVAT da natureza invalidez da vítima Elcena mano de menezes e conforme determinação da Circular SUSEP nº 445/12, declaro as informações solicitadas: Profissão: Advogado Renda Mensal: R\$: —

Documentos comprobatórios: OAB/IPB

Elécio Souza do Espírito Santo
ASSINATURA - PROCURADOR / INTERMEDIÁRIO

MBM Seguradora S/A
30 JAN 2018
DPVAT

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Tiago da Silva,
RG nº 3006964, data de expedição / /,
Órgão SSP/PB, portador do CPF nº 07357221258, com
domicílio na cidade de Momongan, no Estado de
Paraíba, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Rua 3 de Maio, 898, Sertãozinho, 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 Kris Maria de Menezes cujo o condutor era _____

Veículo: Honda / CG 125 / FAN ICS

Modelo: 2013

Ano: 2012

Placa: NPF 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

Kris Maria Menezes da Silva.

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

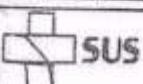
Data da Emissão: 06.03.17

DR. GLENDÉR TÉRCIO TRINDADE
AUDITOR CVBMEETSHL
CRM - 3920

Dr. Glender 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)

Theresa - Praia Seca

2 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - N° DO PRONTUÁRIO
952591

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

6 - DATA DE NASCIMENTO

14/11/1971

7 - SEXO

MASC.

Fem.

8 - RACIOCOR

9 - NOME DA MÃE

Rosa Luiz de Melozez

DOD

000

10 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO FONE

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO

Nº DO FONE

13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Rua do Prado n° 30 Bairro Jureá

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

15 - CÓD. ISGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

Macau

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

20 - QTDE

[Blank]

[Blank]

[Blank]

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

23 - QTDE

[Blank]

[Blank]

[Blank]

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

26 - QTDE

[Blank]

[Blank]

[Blank]

27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

29 - QTDE

[Blank]

[Blank]

[Blank]

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

32 - QTDE

[Blank]

[Blank]

[Blank]

33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

35 - QTDE

[Blank]

[Blank]

[Blank]

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 - histeroseptica absurra -
(surgi clt) (1)
Macaum - Tressa e Souza Descartada em 32 (1)*

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

42 - DATA DA SOLICITAÇÃO

45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

() CNS () CPF

PURGIA

975

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () CPF

MMA

30 JAN

DPVAT

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

53 - PERÍODO DE VALIDADE DA PAC

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



ATESTADO MÉDICO



Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Orcina Monteiro 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 (Movuelo), dias, a partir
desta data.

João Pessoa, 26.10.16

Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____,
autorizo o(a) Dr.(_____), 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 FONTEÚRIO DE ATENDIMENTO

F(NC).CC.003-1





PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

Primeiro Atendimento Médico

1001-00700001 BE.: 952647
CICL: 9 MARIA DE MEIREZ
DT. REC.: 14/12/1971
HRE: 1058 LUIZ DE MEIREZ

B.E. END. DO RENAS
N. JF - ARENAL
MUNIC. - SURU
FONE: ()
CELULAR: (63) 990182020
IDADE: 44
DT. ENTRADA: 08/10/2018 19:33:38

NOME DO PACIENTE:

IDADE:

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

*Paciente vítima de queda de altura
apresentando oshofia bilateral
e apneia. Abdome flácido, inalterado.
Todas as vias estão aparentes.*

EXAME PRIMÁRIO

VIAS AÉREAS: Pêrvias Obstruídas

CERVICAL IMOBILIZADA: Sim Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: Sim Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: Sem dificuldade

Com dificuldade

VENTILAÇÃO MECÂNICA

APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

<input type="checkbox"/> Presente e normal	<input type="checkbox"/> Presente e normal
<input type="checkbox"/> Rude	<input type="checkbox"/> Rude
<input type="checkbox"/> Diminuído	<input type="checkbox"/> Diminuído
<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente

2- RUIDOS

<input type="checkbox"/> sim	Roncos	Franços
<input type="checkbox"/> NBD	HTD: Sibilos	HTE: Sibilos
	Estertores	Estertores

FR: _____ lpm SaO₂: _____ %

Déficit Neurológico

Pupilas: Fotorreagente Paralisadas Isocônicas Anisocônicas (diferença = _____ mm)

Escala de Glasgow:

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

EXAME SECUNDÁRIO

ALERGIA:

 Não Sim:

MEDICAMENTOS:

 Não Sim:

IMUNIZAÇÃO:

 Não Sim:

PATOLOGIA:

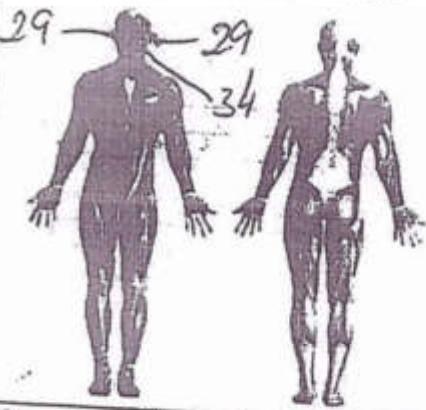
 Não Sim:

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 Lacerção |
| 6 Dor | 24 Lesão Téndinea |
| 7 Edema | 25 Luxação |
| 8 Empalamento | 26 Mordedura |
| 9 Efirsema 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 Quelmadura |
| 16 F. Corto-Coetuso | 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 Lavado peritoneal Ultrassonografia (FAST) Gasometria arterial Tomografia computadorizada Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

1	CONDUTAS E PROCEDIMENTOS	CÓDIGO	ASSINATURA/CARIMBO
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

1º Atendimento

Selarão p/ VMT:

Fustay / OZFA

Mudei para o my. > fustay 81 em

B. I. C. à 2000/16

SOLICITAÇÃO DE ATENDER MÉDICO

Solicito para prestar atendimento:

Solicito passar da

DESTINO DO PACIENTE

DATA		hs	:	do dia	/	/
DA		hs	:	do dia	/	/
SAÍDA						
HORAS:						

Centro cirúrgico Transferência (unidade de saúde) Internado (setor)

Alta hospitalar Decisão médica A pedido A revolta Desistência

Óbito Até 48 hs. Após 48 hs. Família IML SVO

ASSIN

ASSIN

ASSIN



**CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA**

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

10000008738891 BE.: 96264
CICERA MARIA DE MENEZES
GT. MARC.: 14/12/1971
NAME: ROSA LUIZ DE MENEZES

END.: DO ARRE
N. 20 - APARTAMENTO
MANHONQUAPE
FONE: ()
CELULAR: (83) 988102020
IDADE: 44
DT. ENTRADA: 06/10/2016 18:33:28
GT. ENTRADA:

BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

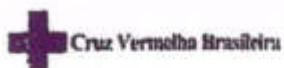
DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
	06/10/16	NEURO
		RP (924): Evolução em recuperação antidiur
		PUPILAS EGD, MÍDIA SÍN VAGAS NO CTI PRIME
		Dr. H. P. M. M. da C. - MÉDICO DE ATENDIMENTO CRM 6975
18-10-2016	Serviço Social	Ossimado o tempo de responsabilidade para pacientes maiores e capazes, auxiliado ao profissional.
		Eduardo Alves da S. Coimbra ASSISTENTE SOCIAL CRESS - 13ª REGIÃO-PB - 688
	164	med. intensiva 20/10/16. Estad. VET Espontânea A.A. Bon oxigenemia hemodinâmica estável. Faz 1º pico febril. Naam monopenteam + amikacina cd → descontinuar + propanthelen 1000 mg via exclusiva oral
		CD 1000 mg 1x/dia x 10 dias



EVOLUÇÃO DO PACIENTE



DATA	HORA	DESCRIPÇÃO DA EVOLUÇÃO
01.10.16	10	<p>Sonoaudiologia</p> <p>Paciente acordada, Cognição, Ventilação espontânea, cooperativa, olhos, Namoroso, Normocárdico. 93/97%.</p>
		<p>Condutor: Exequias Fábio Pannier nos OTAS.</p> <p>Clamíbulos - hirurgia</p> <p>Estimulações do lgg oral e receptiva.</p>
		<p>Sugestão: Alívio da dor / SNET fonoaudiológico.</p> <p>93/97%.</p>
24.10.16	10	<p>Sonoaudiologia</p> <p>Alomha</p> <p>Paciente acordada, Cognição, Ventilação espontânea, cooperativa, olhos, SNC, Namoroso, Normocárdico.</p>
		<p>Condutor: Exequias Fábio Pannier nos OTAS.</p> <p>Clamíbulos - hirurgia</p> <p>Estimulações do lgg oral e receptiva</p> <p>Celanagem na mma. orofacial.</p>
		<p>Sugestão: alívio da dor / SNET v.o amátilo e fono + fonotrigem.</p> <p>93/97%.</p>



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



ACOLHIMENTO, an -- CHES: 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)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe ROSA LUIZ DE MENEZES				Pai NAO DECLARADO
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			Nº Crn
Local de procedência MAMANGUAPE				Tipo MUNICIPIO
Email	Naturalidade MAMANGUAPE			UF PB
CBOR:				

Endereço

CEP 58280000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro DO ARAME
Número 20	Complemento		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 URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Transporte Não
Modo de transporte SAMU	Quem transportou SAMU		

Sinais Vitais

PA X	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Sim	Transporte Não
	mmHg	Crânio	De
		DATA: 06/10/16	NS
			02

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Líquor []	EEG []	Ultrassonografia []
------------	------------	-----------	--------	------------	---------	----------------------

Dados clínicos

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

Diagnóstico

*Atendido por
JORDAN APÓLITO FIGUEIREDO*

TC	CRÂNIO	FACE
DATA	06/10/16	06/10/16
		Tempo 03min 23seg

Imprimir
TOMOGRAFIA
CRÂNIO
DATA: 06/10/16

TOMOGRAFIA
IC CRÂNIO E CERVICAL
e FACE
DATA: 06/10/16

06/10/2016 10



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE



BE/PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE

Cícere Maria de Menezes 952547

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
08/10/16	20:45	<p># U.R.P.A #</p> <p>Paciente no Pós-operatório imediato de craniotomia de Hematoma Subdural Agudo enxerto grau, e 20g sob sedoanalgésia Cetamina (20ml/h), Vire, humor amâncio estável, s/ DVA, Boa diurese.</p> <p>Aproximadamente 40g de Brauberg para manter o reflexo de hidrocefalia Brivancil e NBZ em Revestec e Siposol.</p> <p>CD: ① mente Neurologista</p> <p>② Agarde reag. em UTI.</p>
08/10/16	08:30	<p># C.R.P.A Anestesiologia</p> <p>Paciente em 2º de craniectomia descompressiva. Fazendo grava em 50T, solo anestesia (20ml/h) p/ MDZ + fentanyl</p> <p>VieG: estabil hemodinamicamente, s/ DVA, SNG, SVD</p> <p># Parâmetros: PA: 108/62 mmHg; FC: 118bpm</p> <p>SPO2: 97% Diurese: Sopnh.</p> <p># Conduz: ① Enfermeiro sedoanalgésia</p> <p>② colho e come</p> <p>③ Aguardar reag. em CTI.</p> <p>e conduta de neuro</p>
09/10/2016		<p>Neuro</p> <p>Pós Operatório Hemicraniectomia</p> <p>Descompresão: PUL 12 Torre</p> <p>Conduta: TC Controle</p> <p>laboratório; Coce</p>

Dr. João Batista Virgulino
Médico Anestesiologista
CRM-PE 1000

Dr. Igor Lima Alves de Oliveira
Médico Anestesiologista
CRM-PE 2242

Dr. Gustavo Cartaxo Patriota
Médico Neurocirurgião
CRM-PE 6405



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



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)	Religião NAO INFORMADA	Prontuário
Mãe ROSA LUIZ DE MENEZES	Pai NAO DECLARADO			
Escolaridade NAD 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	NP Cns		
Local de procedência MAMANGUAPE	Type MUNICÍPIO	UF PB		
Email	Naturalidade MAMANGUAPE	CBOR		

Endereço

CEP 58260000	Município de residência MAMANGUAPE	UF PB	Logradouro DO ARAME
Número 20	Complemento		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 URGENCIA	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Vôo de ambulância Sim	Trauma Não
Meio de transporte SAMU		Quem transportou SAMU	08/10

Sinais Vitais

PA	X	mmHg	P脉	Temperatura
TOMOGRAFIA				
DATA: 12/10/16				

Exames complementares

Raio X [] Sangue [] Urina [] TC [] Líquor [] ECG [] Ultrassonografia []

Dados clínicos

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

Diagnóstico
Atendido por
JORDAN APÓ. MARIO FIGUEIREDO

TC	FIA
DATA: 06/10/16	10:33:38
Impresso	
	06/10/16
	06min 23seg

TOMOGRAFIA
CRANIO
DATA: 12/10/16

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

BE/PRONTUÁRIO

Nome do paciente

DATA	HORA	DESCRIÇÃO DA EVOLUÇÃO
		Nas: 06/10/16 15h
		VCG Guiné, após o SAI os moto
		ominoso c/ consciência dormência + episódio
		shur c/ Respiração de MGL os / consciência
		Fo: intusus
		no momento Ramsay 6 isoconcre
		VG (cúrio 12h): caxado fundos fábulas à distorção de visão OLM
		CD: sonhos maliciosos
		Respirar xicaco
		6/11
		Eduardo Bonifácio Município de CRM RJ

RELATÓRIO DE CIRURGIA

8

Nome: EIPERA MARIA DR MENESES BE/Pron: 7
 Idade: 44 Sexo: () Masculino () Feminino Cor: 116
 Clínica/Setor: NEUROLOGIA EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Hemianevigemnia Descompessiva
 Cirurgião: RONALDO MAIA 1º Assistente: MARIA GUEZA
 2º Assistente: _____ 3º Assistente: _____
 Instrumentador: JAMIL Anestesista: MILTON HIRABAY
 Tipo de Anestesia: GEM Horário: Início 03:30 Término 11:07

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>Hemianevigemnia Descompessiva</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Hemianevigemnia Descompessiva</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



S.B.T.

DESCRICAÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Frigorésis gên.

Desbr. Dorsal + rotac. Iadim esquerdo do
côlon

Incisão:

Em T + Retirada do periôstio

Linfadenomegalia descompressiva retro + diafragma
Ganglion do 115º + linfoma

Achados:

Oncoplasia G- r

Revolt de hemostasia

Conduta:

Sutura P.M. prov.

Curativo

Assinatura do Dr. S. S. S.
PROCTOLOGIA
CRM 5025

Fechamento:

Observação:

Médico/CRM:

João Pessoa, / /

Nota de Sala Cirúrgica

NAME DO PACIENTE

IDADE:

PESO:

UNIFERMAIS:

LITROS:

CIRURGIA:

CENTRÔNIO:

ANESTÉSICO:

ANESTHETISTA:

DENTALISTAS:

DATA:

TEMPO CIRÚRGICO:

ANESTESIA: INÍCIO:

FM:

CIRURGIA: INÍCIO:

FM:

INDICE 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.

ALIMENTAÇA

BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA

BUPIVACAÍNA PESADA

CETAMINA

DROPERIDOL

ETOMIDATO

FENOBARBITAL

FENTANILA

FLUMAZENIL

FLURANO

LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO

LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO

LIDOCAYNA C/VASO

LIDOCAYNA S/VASO

MIDAZOLAN

MORFINA

NIMBUM

PANCURÔNIO

PFTEDINA

PROPÓROPOL

RAMIFENTANILA

ROCUROLÔNIO

SEVOFLURANO

SUXAMETÔNIO

TIOFENTAL

MEDICAÇÕES

ADRENALINA

ÁGUA DESTILADA

ATROFOPNA

BEXTRA

FAZOLINA

JEXAMETASONA

DIPRONA SÓDICA

EFEDRINA

FUROSEMIDA

GLICOSE 50%

GLUCONATO DE CALCIO

HIDROCORTISONA

LIDOCAYNA GELÉIA

ONDASENTRONA

PLASIL

PROSTIGMINA

PROTAMINA

TEIXOCIAN

PONTILHADO:

UNIFERMAIS:

LITROS:

CIRURGIA:

CENTRÔNIO:

ANESTÉSICO:

ANESTHETISTA:

DENTALISTAS:

DATA:

TEMPO CIRÚRGICO:

ANESTESIA: INÍCIO:

FM:

CIRURGIA: INÍCIO:

FM:

INDICE 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.

ALIMENTAÇA

BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA

BUPIVACAÍNA PESADA

CETAMINA

DROPERIDOL

ETOMIDATO

FENOBARBITAL

FENTANILA

FLUMAZENIL

FLURANO

LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO

LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO

LIDOCAYNA C/VASO

LIDOCAYNA S/VASO

MIDAZOLAN

MORFINA

NIMBUM

PANCURÔNIO

PFTEDINA

PROPÓROPOL

RAMIFENTANILA

ROCUROLÔNIO

SEVOFLURANO

SUXAMETÔNIO

TIOFENTAL

MEDICAÇÕES

ADRENALINA

ÁGUA DESTILADA

ATROFOPNA

BEXTRA

FAZOLINA

JEXAMETASONA

DIPRONA SÓDICA

EFEDRINA

FUROSEMIDA

GLICOSE 50%

GLUCONATO DE CALCIO

HIDROCORTISONA

LIDOCAYNA GELÉIA

ONDASENTRONA

PLASIL

PROSTIGMINA

PROTAMINA

TEIXOCIAN

PONTILHADO:

UNIFERMAIS:

LITROS:

CIRURGIA:

CENTRÔNIO:

ANESTÉSICO:

ANESTHETISTA:

DENTALISTAS:

DATA:

TEMPO CIRÚRGICO:

ANESTESIA: INÍCIO:

FM:

CIRURGIA: INÍCIO:

FM:

INDICE 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.

ALIMENTAÇA

BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA

BUPIVACAÍNA PESADA

CETAMINA

DROPERIDOL

ETOMIDATO

FENOBARBITAL

FENTANILA

FLUMAZENIL

FLURANO

LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO

LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO

LIDOCAYNA C/VASO

LIDOCAYNA S/VASO

MIDAZOLAN

MORFINA

NIMBUM

PANCURÔNIO

PFTEDINA

PROPÓROPOL

RAMIFENTANILA

ROCUROLÔNIO

SEVOFLURANO

SUXAMETÔNIO

TIOFENTAL

MEDICAÇÕES

ADRENALINA

ÁGUA DESTILADA

ATROFOPNA

BEXTRA

FAZOLINA

JEXAMETASONA

DIPRONA SÓDICA

EFEDRINA

FUROSEMIDA

GLICOSE 50%

GLUCONATO DE CALCIO

HIDROCORTISONA

LIDOCAYNA GELÉIA

ONDASENTRONA

PLASIL

PROSTIGMINA

PROTAMINA

TEIXOCIAN

PONTILHADO:

UNIFERMAIS:

LITROS:

CIRURGIA:

CENTRÔNIO:

ANESTÉSICO:

ANESTHETISTA:

DENTALISTAS:

DATA:

TEMPO CIRÚRGICO:

ANESTESIA: INÍCIO:

FM:

CIRURGIA: INÍCIO:

FM:

INDICE 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.

ALIMENTAÇA

BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA

BUPIVACAÍNA PESADA

CETAMINA

DROPERIDOL

ETOMIDATO

FENOBARBITAL

FENTANILA

FLUMAZENIL

FLURANO

LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO

LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO

LIDOCAYNA C/VASO

LIDOCAYNA S/VASO

MIDAZOLAN

MORFINA

NIMBUM

PANCURÔNIO

PFTEDINA

PROPÓROPOL

RAMIFENTANILA

ROCUROLÔNIO

SEVOFLURANO

SUXAMETÔNIO

TIOFENTAL

MEDICAÇÕES

ADRENALINA

ÁGUA DESTILADA

ATROFOPNA

BEXTRA

FAZOLINA

JEXAMETASONA

DIPRONA SÓDICA

EFEDRINA

FUROSEMIDA

GLICOSE 50%

GLUCONATO DE CALCIO

HIDROCORTISONA

LIDOCAYNA GELÉIA

ONDASENTRONA

PLASIL

PROSTIGMINA

PROTAMINA

TEIXOCIAN

PONTILHADO:

UNIFERMAIS:

LITROS:

CIRURGIA:

CENTRÔNIO:

ANESTÉSICO:

ANESTHETISTA:

DENTALISTAS:

DATA:

TEMPO CIRÚRGICO:

ANESTESIA: INÍCIO:

FM:

CIRURGIA: INÍCIO:

FM:

INDICE 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.

ALIMENTAÇA

BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA

BUPIVACAÍNA PESADA

CETAMINA

DROPERIDOL

ETOMIDATO

FENOBARBITAL

FENTANILA

FLUMAZENIL

FLURANO

LEVOBUPIVACAÍNA C/VASO

LEVOBUPIVACAÍNA S/VASO

LIDOCAYNA C/VASO

LIDOCAYNA S/VASO

MIDAZOLAN

MORFINA

NIMBUM

PANCURÔNIO

PFTEDINA

PROPÓROPOL

RAMIFENTANILA

ROCUROLÔNIO

SEVOFLURANO

SUXAMETÔNIO

TIOFENTAL

MEDICAÇÕES

ADRENALINA

ÁGUA DESTILADA

ATROFOPNA

BEXTRA

FAZOLINA

JEXAMETASONA

DIPRONA SÓDICA

EFEDRINA

FUROSEMIDA

GLICOSE 50%

GLUCONATO DE CALCIO

HIDROCORTISONA

LIDOCAYNA GELÉIA

ONDASENTRONA

PLASIL

PROSTIGMINA

PROTAMINA

TEIXOCIAN

PONTILHADO:

UNIFERMAIS:

LITROS:

CIRURGIA:

CENTRÔNIO:

ANESTÉSICO:

ANESTHETISTA:

DENTALISTAS:

DATA:

TEMPO CIRÚRGICO:

ANESTESIA: INÍCIO:

FM:



Laudo Médico/Resumo de Alta



Nome: Cicera Maria Menzes			Nº de BE: 952547	
Idade:	Sexo:	Clinica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: 06.10.16		Alta: Dr. N.R. 26.10.16	Tempo de Permanência:	
Diagnóstico de Internação:				

Diagnóstico Definitivo:

M&DA

Diagnóstico Secundário:

Principais exames:

Chancetoma Descompunha FTP (D)

Cirurgia realizada - data e equipe:

Biópsias:

Anatomia patológica:

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

Resultado bacteriologista:

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

Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações:

ECC 14

Intervento 4mm

Promoveu pela CM

para AZ3

Dieta: Dieta Conforme Orientações 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: Miconalop

Retorno:

Ao posto de saúde em 05/07 para retirada de ponto.

Ao ambulatório NCR/HTOP em 30 dias para revisão.

João Pessoa: 26 de 10 de 16

Ass. Médico/CRM

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

F(NG).APC.002-2



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

LAUDO MÉDICO / RESUMO DE
ALTA

				REGISTRO	953547
CÍCERA MARIA DE MENEZES				ENF.	LEITO
IDADE	SEXO	CO.R	CLÍNICA	22	4
44	F	B	CM		
DATA DE ADMISSÃO	DATA DE ALTA			TEMPO DE PERMANÊNCIA	
06/10/2016	31/10/2016			25	
TCE					
HISDA					
ITU					
PRINCIPAIS EXAMES					
EXAMES LABORATORIAIS + RADIOGRAFIAS + TC DE CRÂNIO					
EXAMINADA REALIZADA - DATA E HORÁRIO					
SUPORTE CLÍNICO + SINTOMÁTICOS + ANTIBIOTICOTERAPIA					
EXAMINADA FARMACOTERAPIA					
INFECÇÃO F.O.	SIM	NÃO	EXAMINADA FARMACOTERAPIA	SIM	X NÃO
RESULTADO DA FARMACOTERAPIA					
CONDICÕES DE ALTA	MELHORADO	REMOVIDO	A PEDIDO	CURADO	ÓBITO
X MELHORADO					

ACABAMENTO: REGULAR P/ TEC. DE FARMACOTERAPIA

PACIENTE ADMITIDA DEVIDO TCE-HISDA, EVOLUIU COM ITU APRES. STANDO: MELHORA CLÍNICA APÓS ATBIOOTICOTERAPIA E MEDIDAS DE SUPORTE NO MOMENTO ESTAVAM, COM QUADRO CLÍNICO MANTIDO. PORTANTO, SEGUE AOS CUIDADOS DOMICILIARES

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA					
DIETA:	CONFORME ACEITAÇÃO				
REPOUSO:	dias.				
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 2/2H					
MEDICAÇÕES PARA CASA:					
RETORNO	Ao posto de saúde	PARA ACOMPANHAMENTO			
31/10/16			DATA		

Italia N.
Médica
CRM-PB 7587

Foi elaborado conforme a legislação de informática hospitalar para o C. DIA. IMPRESSO: 12/10/2016. TRAJANDO CONTINUADA DO TRATAMENTO.

 <p>GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL EST. DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA</p>				LAUDO MÉDICO / RESUMO DE ALTA		
NOME: CÍCERA MARIA DE MENEZES				REGISTRO: 952547		
IDADE:	SEXO:	COR:	CLÍNICA:	ERF:	LEITO:	%
44	F	B	CM	22	4	
DATA DE ADMISSÃO:		DATA DE ALTA:		TEMPO DE FICAR NO HOSPITAL:		
06/10/2016		31/10/2016		25		
CID:						
TCE						
HSDA						
OUTRAS DIAGNÓSTICOS:						
ITU						
EXAMES LABORATORIAIS + RADIOGRAFIAS + TC DE CRÂNIO						
CIRURGIA REALIZADA - DATA E EQUIPA:						
PERIOPERATÓRIA MEDICAMENTOSA: SUPORTE CLÍNICO + SINTOMÁTICOS + ANTIBIOTICOTERAPIA						
INTERVENÇÃO FARMACOLÓGICA:						
<input type="checkbox"/> INFECÇÃO F.O.	<input checked="" type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> -	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> COLETA DE MATERIAL	<input type="checkbox"/> SIM	<input checked="" type="checkbox"/> X NÃO
RESULTADO SAI FAVORECENDO						
<input checked="" type="checkbox"/> CONDIÇÕES DE ALTA: <input checked="" type="checkbox"/> MELHORADO <input type="checkbox"/> REMOVIDO <input type="checkbox"/> A PEDIDO <input type="checkbox"/> CURADO <input type="checkbox"/> ÓBITO						
ASSUNTO CLÍNICO: PACIENTE ADMITIDA DEVIDO TCE-HSDA, EVOLUIU COM ITU APRESENTANDO MELHORA CLÍNICA APÓS ATIBIOTICOTERAPIA E MEDIDAS DE SUPORTE. NO MOMENTO ESTÁVEL, COM QUADRO CLÍNICO MANTIDO. PORTANTO, SEGUINTE OS CUIDADOS DOMICILIARES.						
ORIENTAÇÕES PÓS ALTA:						
DIETA: CONFORME ACEITAÇÃO						
REPOUSO: _____ dias.						
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 2/2H						
MEDICAÇÕES PARA CASA:						
RETORNO Ao posto de saúde PARA ACOMPANHAMENTO						
31/10/16						
<small>Pode ser alterado diretamente a competência de atendimento hospitalar para TCE, HSDA, EMERGÊNCIA, SOCORRO, NEONATO, TRAUMA, COM INDEPENDÊNCIA DO TRATAMENTO</small>						

Nome: Cicera Maria Meneses			Nº de BE: 952547	
Idade:	Sexo:	Clínica:	Enf.:	Leito:
Data de admissão: 06/10/16		Alta: 07 NCR 26/10/16		Tempo de Permanência:
Diagnóstico de Internação: TCE				
Diagnóstico Definitivo: MSA				
Diagnóstico Secundário:				
Principais exames: Chonrectomia Descompresiva FTP (0)				
Cirurgia realizada - data e equipe:				
Biópsias:				
Anatomia patológica:				
Infeção: sim() não() Coleta de material: sim () não ()				
Resultado bacteriologista:				
Condições de alta: Melhorado() Removido() A pedido() Curado() Óbito() À Revelia()				
Resumo Clínico: história evolução, terapêutica, complicações: ECG: 14				
Intervenções: 4 dias Permanece pela CM para AER				
Dieta:	Dietas conforme Recomendação		Orientações Pós-Alta	
Reposo:				
Relativo em casa por:	90	dias.		
Retorno às atividades sem esforço físico em:	90	dias.		
Retorno às atividades com esforço físico leve:		dias a com maior em:		
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: Alvalanol				
Retorno:				
Ao posto de saúde em	07/11	para retirada de ponto.		
Ao ambulatório	NCR HTOP	em 30 dias para revisão.		
João Pessoa:	26	de	10	de
Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.				
Ass. Médico/CRM				



CROZ DA MISERICÓRDIA



SUS

Brasil

SUS
Sistema
Único de
SaúdeESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

1º Via retenção da Farmácia ou Drogaria

2º Via orientação do Paciente

Assinatura e Carambo do Médico

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

Data: 14/11/16

PACIENTE: Genivaldo da Silva
ENDERECO: Av. do Prado

PRESCRIÇÃO:

0 undosa 100 mg -> zeros
1x100 mg dia

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident./CPF:

Org. Exp.:

Endereço:

Cidade:

UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Drogaria/Farmácia

Carambo/CNPJ

Ass. do Fornecedor/Farmacêutico

Data:

Data:

Receituário Médico

Leite no leite Kloro, /

Leite Kloro 500 ml / h.

30/10/16 /

Médico - CRM

F(NG)CC.002-1



RECEITUÁRIO DE CONTROLE ESPECIAL

MEDELLIN

IDENTIFICAÇÃO DO EMISSOR

Nome Completo:

CRM 1167 UF PE Nº 16
Endereço: 62202-000Cidade: João Pessoa UF: PE
Telefone: 2222-1234

Carimbo do Médico

Paciente: Caio Lopes M.º: 10 S.º: 100Endereço: D. Ana Rodrigues Salles, 20 - João PessoaPrescrição: Analgesico 2 Unid
100 mg 5x100Data: 26/10/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome Completo:

RG: _____ UF: _____ Nº: _____
Endereço: _____Cidade: _____ UF: _____
Telefone: _____Carimbo do Médico
Data: 1/1/16Data: 1/1/16

F(NG)CC. 004-I



Receituário Médico

MEDELLIN

MEDELLIN

CRM 1167 N^o 16
Nome: João Pedro

2/11

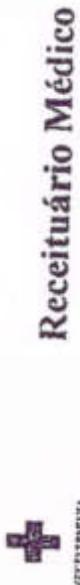
Santos

Médico

CRM 1167 N^o 16
Nome: Fábio Santos

Médico - CRM

F(NG)CC.002-I



Receituário Médico

REGISTRO

Fixar 11/09/2014 para 11/09/2014

11/09/2014

01 - Cidadao Regina Maria —
Endereço: Rua 31 de Julho 516,
Bairro: Centro, Cidade: Porto Velho,
Estado: Rondônia, CEP: 06510-000

01 - Objeto: Exame Odontológico
Descrição: 1º Consulta Odontológica,
Local: Clínica Odontológica Dr. Júnior

Nº item:

Data: 19/09/14

Médico - CRM



Receituário Médico

REGISTRO

Criar 11/09/2014 para 11/09/2014

11/09/2014

Dosar / 10 mg

Tomar 10 p 8/8/14 se 05

Tomar 10 mg 8/8/14 se 05

Tomar 10 mg 12/12/14

Tomar 10 mg 12/12/14

Data: 18/09/14

Médico - CRM



ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE MAMANGUAPE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Sistema
Único de
Saúde

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 - Areia

Cidade: Mamanguape

UF: PB

Tel.: (83)

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

Francisco José Freitas
Assinatura do Paciente e CTI
Assinatura do Fornecedor
Assinatura do Médico

Data, 22/12/16

PACIENTE: Cícero Henrique da França
ENDEREÇO: R. DO ESTREITO, S/N

PRESCRIÇÃO: Hidantina 100mg - (LPT)
TOMADA 1 CP 8/8/16

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome:

Ident./CPF:

Org. Exp.:

Endereço:

Cidade:

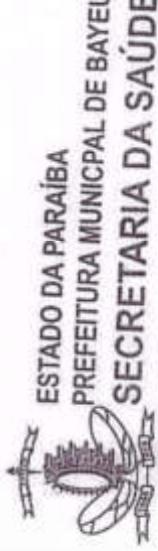
UF:

Telefone:

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Ass. do Fornecedor/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:	
Paciente: _____	
Endereço: _____	
Prescrição: _____	

CÓDIGO DA UNIDADE. 1921-000


Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

Assinatura do Farmacêutico Data: _____

ES
PR
S

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAYEUX
SECRETARIA DA SAÚDE

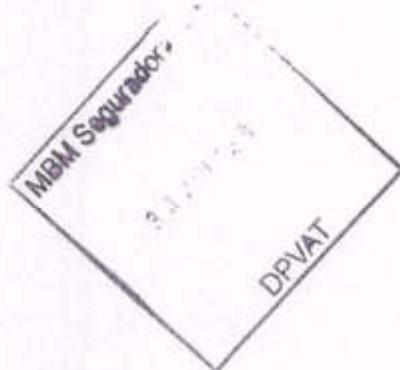
RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE	
Nome Completo:	
CRM:	UF: _____
Endereço:	
Cidade: BAYEUX	UF: PB
Telefone:	
Paciente:	<i>Licilene</i>
Endereço:	<i>R. da Boa Esperança, 263</i>
Prescrição:	<i>20/03/2013</i>
1 ^ª VIA RETENÇÃO DA FARMÁCIA OU DROGARIA 2 ^ª VIA-ORIENTAÇÃO AO PACIENTE	
08.924.581/0004-02	
Prefeitura Municipal de Bayeux	
Secretaria Municipal de Saúde	
UPA - BAYEUX	
CÓDIGO DA UNIDADE: 7927906	
URGÊNCIA	<i>Urgência</i>

1. Edentado 100% gingivitis
2. edentado 100% gingivitis

Assinatura do Médico

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR	
Nome Completo:	
Nº Ant.:	Órg. Emissor:
Endereço:	
Município:	UF:
Telefone:	
Assinatura do Farmacêutico Data: _____	
IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR	





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS FEDERAÇÕES

MBM Seguradora S/A	
30 JAN 2018	
SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS E MÓveis QUE SE ENCONTREM NO NEXO DE TRÂNSITO	
PB NP 012297403315 BILHETE DE SEGURO DPVAT	
JOSE 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 JOSE TIAGO DA SILVA	PLACA
CPF / CNPJ	
RENAVAM	MARCA / MODELO
FAN 0435 7674 4 BH	NPVTS2007/PB
00506678261	HONDA/CG 125 FAN KS
PRÉMIO TARIFÁRIO	
2012 9	9C2UC4110DR404992
CUSTO DO BILHETE (R\$)	
*****	IOF (R\$) <input type="checkbox"/> SEGURO <input type="checkbox"/> PAGO
PAGAMENTO	
COTA UNIDA	DATA DE OUTAÇÃO
<input type="checkbox"/> PARCELADO	
SEGURADORA LÍDER - DPVAT	
CNPJ 00.346.666/0001-04	
884-11034554201000129	

