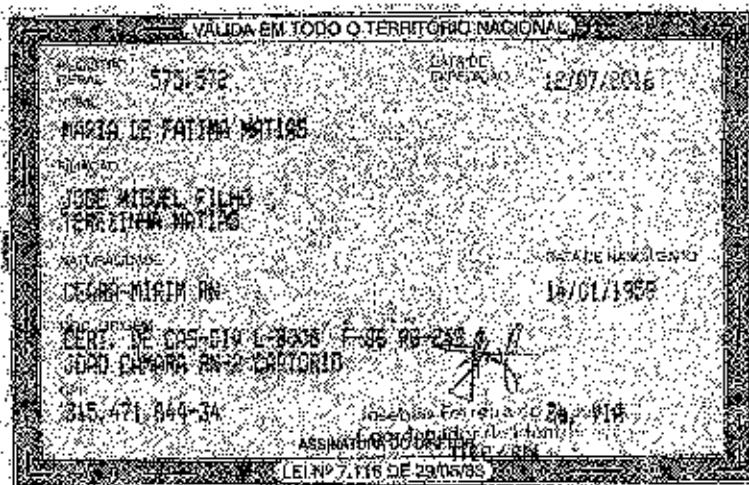


THE SOUTHERN JOURNAL OF LITERATURE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN- RN N° 9449121220
2012/06/06

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VEÍCULO	CÓD. FRENAN	ANTR
1	46023732	
NOME/ENDERECO		
FERNANDO VILHENA DA SILVA ESTR. 1156, CENTRAL BRAZILIA-DF-70110		
OFICINA	PLACA	
477-67-554-80	ROB7543	
Nº ANO/PLACA		
Nº CHASSI		
ESPECIFICO		
POSSUI APENAS 1 LUGAR/14/00 APLICAVEL GASOLINA		
MARCA/Modelo	ANO FAB	ANO MOD
HONDA/CB 250 X	2012	2012
CAP/BOFACIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE
CB 250 X MURANO	PARTICULAR	VERMELHA
OBSERVAÇÕES		
ALUGOU-SE EM FAVOR DE: 02.1634.220/0001-65 BOMBORELA S/A MOTOR: 477-554-804212		
LOCAÇÃO	DATA	
ELMAMORE/EN	03/06/2012	

DECLARAÇÃO

EU Franesio Antônio do Silva
portador (a) da cédula de RG de N° 824.971 e
CPF 437.673.464-00 Declaro para Os devidos fins
que estive no Banco Banobras
para regularizar minha conta corrente de agência
5878, número 013039-7 para pode receber o
beneficio da indenização do Seguro DPVAT solicitado.

Moçambique 04 de Outubro de 2019.

Xeram 036 Amílcar Silva

ASSINATURA DO TITULAR DA CONTA BANCÁRIA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE:

Nome: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA, brasileiro(a),
estado civil: CASADO, Profissão: Recepcionista, Data do Acidente 17/09/2019
Cobertura invalidez, portador(a) do RG 824771, órgão expedidor
ITEP e do CPF: 432.673.464-90 residente no(a)
TRV3 SANTO ANTONIO, nº 16,
bairro: VALADÃO, município: MACAU 1.RN.

OUTORGADO:

Nome: MARIA FÁTIMA MATIAS brasileiro(a)
estado civil: CASADA Profissão: Recepcionista, portador(a) do RG
575.572 órgão expedidor: ITEP e do CPF: 315.471.844-34 residente
nro) TRAVE SANTO ANTONIO nro 1615 bairro:
VALADÃO; município: MACHAÚ / RN.

PODERES: Concede poderes especiais ao outorgado para:

Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep.

Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.

Mr. van 08/08/2019

Local e Data

OFICIO
DE NOTAS

Her and his Angelic Friends

Assinatura do Outorgante

(Reconhecer firma por autenticidade)

2º OFICIO DE MACAU

NPJ: 08 492 589/0001-02

Confirme em: <https://leilao.licitar.com.br>

EMOL RS 7.08
SSON RS 4.73
TOTAL RS 11.81

NOTÁRIO
Dilma Neves S. dos Santos
Substituta
CPF 638 820 944 00
/ Ofício de Notas de Moçambique

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0451349/19

Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

CPF: 437.673.464-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/05/2019

Titular do CPF: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Seguradora: Tokio Marine Seguradora S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARIA DE FATIMA MATIAS : 315.471.844-34

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

FRANCISCO ANTONIO DA SILVA : 437.673.464-00

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/12/2019
Nome: MARIA DE FATIMA MATIAS
CPF: 315.471.844-34

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/12/2019
Nome: GERCIA LOURENCO DA SILVA
CPF: 021.292.004-94

MARIA DE FATIMA MATIAS

GERCIA LOURENCO DA SILVA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699604

Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DE FATIMA MATIAS

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190699604

Vítima: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Data do Acidente: 17/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: MARIA DE FATIMA MATIAS

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o(a) senhor(a) é proprietário(a) do veículo envolvido no acidente e, por não ter efetuado o pagamento do prêmio do Seguro DPVAT até o vencimento, não terá direito à indenização, conforme Resolução CNSP nº 332, de 2015.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - NP do sinistro ou ASI:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

437.673.464-00 Francisco Antônio da Silva

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N°445/2012

5 - Nome completo:

Francisco Antônio da Silva

6 - CPF:

437.673.464-00

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Bairro:

10 - Complemento:

11 - Rua:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

15 - E-mail:

16 - Tel. (DDD):

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECLUSO INFORMAR
 SEM RENDA

R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:

BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo, Assinale uma opção):

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos):

Nome da BANCO: Bradesco

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

5878

5

CONTA:

013039

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins do requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

Não há IML que atende a região do acidente ou da minha residência; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Peço motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação permanente decorrente do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

Solteiro

Casado (ou Civil)

Divorciado

Separado judicialmente

Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

Sim

Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos:

Sim

Não

29 - Se tinha filhos, informar

Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou herdeiro(falecidos):

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos:

Falecidos:

Sim

Não

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

Sim

Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devido, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou derivação não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data:

Macau 04-10-19

Francisco Antônio da Silva



BDN - Bradesco Dia e Noite
Conta Corrente

Data: 05/11/2019 Term: 034712 Hora: 08:33
N. Trans: 7922

Favorecido:
Banco: 237
Agencia: 5878 / MADAU
Conta: 0013039-7

Titular 1: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA

Sujeito a conferencia.

O deposito realizado durante o expediente bancario ao publico sera conferido e validado no mesmo dia, de acordo com os valores encontrados no interior do envelope.

Após o expediente bancario e aos sábados, domingos e feriados, o deposito sera conferido no primeiro dia útil subsequente.

Cheque Expresso Bradesco.
Seu talão de cheques em segundos.
Sem pedir no balcão,
nem esperar pelo correio.

Alo Bradesco
SAC - Serviço de Apoio ao Cliente
Cancelamentos, Reclamações e Informações
0800 704 8383
Deficiente Auditivo ou de Fala - 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.

Ouvidoria - 0800 727 9933
Atendimento de segunda a sexta-feira das
8h as 18h, exceto feriados.

Obrigado
Tenha um bom dia

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:		<input checked="" type="checkbox"/> DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)	<input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE	<input type="checkbox"/> MORTE
2 - Nº doório ou ASU:	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima: Francisco Antônio da Silva		
437.673.464-00				

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:	6 - CPF:		
7 - Profissão:	8 - Endereço:	9 - Número:	10 - Complemento:
8 - Cidade:	11 - Bairro:		
12 - Cidade:		13 - Estado:	14 - CEP:
15 - E-mail:		16 - Telefones:	17 - Celular:
18 - CPF do Representante Legal:			
19 - Profissão do Representante Legal:			

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:	18 - CPF do Representante Legal:	19 - Profissão do Representante Legal:
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).		
20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:		
<input checked="" type="checkbox"/> RECLUSO INFORMAR <input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 <input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00		
21 - DADOS BANCÁRIOS: <input checked="" type="checkbox"/> BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO <input type="checkbox"/> REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)		
<input type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341) <input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)		
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos) Nome do BANCO: <u>Bradesco</u>		
AGÊNCIA: <u>5878</u>	CONTA: <u>013033</u>	AGÊNCIA: <u>5878</u> CONTA: <u>013033</u>
(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)	(Inserir o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e unicamente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar umas das opções):

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
 O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renuncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado judicialmente	<input type="checkbox"/> Víviro	24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:		
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34
 NÃO ALFABETIZADO

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Macau 04-10-19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Antônio da Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

Maria de Fátima Fátima



COSEPT

Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 25/04/02
CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA - FATURA - NOTA FISCAL

Companhia Energética do Rio Grande do Norte
Rua Norma, 159 - Bairro, Nísia - RN - CEP: 59025-250
CNPJ: 06.321.199/0011-01 | Inscrição Estadual: 20955984 | www.cesern.com.br

INÍCIO DO CUSTÓDIO
MARIA JOAQUINA DA SILVA

ENDEREÇO DA UNIDADE COMUNITÁRIA
TV SANTO ANTONIO 16

CPF 013 088 004-34

VALADARO, JR.
MACP J RN
5250XN 520

CLASSIFICAÇÃO
B1 RELOJENK
REFINADA

Journal of Health Politics

High Risk Recid. 100% Recid. 100% Recid.
025453885 CHICA 110892018

18/06/2019 11/07/2019

254 95

DISCRICAO DA NUTR. PESSAL.

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
321.000,0000	0,88453530	271.33
		3,80
		20,00
		3,40
		2,37
		2,81

ESTATE PLANNING

255, 91

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DERTA NOTA FISCAL

ମହାକାବ୍ୟାକ୍ଷରିତି

ANSWER

PERÍODO	CONSUMO	IMPORTE	IMPORTE DE TARIFAS	GRUPO DE SERVIÇO	VALOR	PERÍODO
JUNTO 201				Transmissão	R\$ 842	
JUNTO 202				Alimentação/Combustível	R\$ 520,00	
JUNTO 203				Forneiros de Energia	R\$ 142,00	
JUNTO 204				Esportes e Lazer	R\$ 120,00	
JUNTO 205				Residências	R\$ 427,42	
JUNTO 206				Total	R\$ 327,12	
JUNTO 207						
JUNTO 208						
JUNTO 209						
JUNTO 210						
JUNTO 211						
JUNTO 212						
JUNTO 213						
JUNTO 214						
JUNTO 215						
JUNTO 216						
JUNTO 217						
JUNTO 218						
JUNTO 219						
JUNTO 220						
JUNTO 221						
JUNTO 222						
JUNTO 223						
JUNTO 224						
JUNTO 225						
JUNTO 226						
JUNTO 227						
JUNTO 228						
JUNTO 229						
JUNTO 230						
JUNTO 231						
JUNTO 232						
JUNTO 233						
JUNTO 234						
JUNTO 235						
JUNTO 236						
JUNTO 237						
JUNTO 238						
JUNTO 239						
JUNTO 240						
JUNTO 241						
JUNTO 242						
JUNTO 243						
JUNTO 244						
JUNTO 245						
JUNTO 246						
JUNTO 247						
JUNTO 248						
JUNTO 249						
JUNTO 250						
JUNTO 251						
JUNTO 252						
JUNTO 253						
JUNTO 254						
JUNTO 255						
JUNTO 256						
JUNTO 257						
JUNTO 258						
JUNTO 259						
JUNTO 260						
JUNTO 261						
JUNTO 262						
JUNTO 263						
JUNTO 264						
JUNTO 265						
JUNTO 266						
JUNTO 267						
JUNTO 268						
JUNTO 269						
JUNTO 270						
JUNTO 271						
JUNTO 272						
JUNTO 273						
JUNTO 274						
JUNTO 275						
JUNTO 276						
JUNTO 277						
JUNTO 278						
JUNTO 279						
JUNTO 280						
JUNTO 281						
JUNTO 282						
JUNTO 283						
JUNTO 284						
JUNTO 285						
JUNTO 286						
JUNTO 287						
JUNTO 288						
JUNTO 289						
JUNTO 290						
JUNTO 291						
JUNTO 292						
JUNTO 293						
JUNTO 294						
JUNTO 295						
JUNTO 296						
JUNTO 297						
JUNTO 298						
JUNTO 299						
JUNTO 300						
JUNTO 301						
JUNTO 302						
JUNTO 303						
JUNTO 304						
JUNTO 305						
JUNTO 306						
JUNTO 307						
JUNTO 308						
JUNTO 309						
JUNTO 310						
JUNTO 311						
JUNTO 312						
JUNTO 313						
JUNTO 314						
JUNTO 315						
JUNTO 316						
JUNTO 317						
JUNTO 318						
JUNTO 319						
JUNTO 320						
JUNTO 321						
JUNTO 322						
JUNTO 323						
JUNTO 324						
JUNTO 325						
JUNTO 326						
JUNTO 327						
JUNTO 328						
JUNTO 329						
JUNTO 330						
JUNTO 331						
JUNTO 332						
JUNTO 333						
JUNTO 334						
JUNTO 335						
JUNTO 336						
JUNTO 337						
JUNTO 338						
JUNTO 339						
JUNTO 340						
JUNTO 341						
JUNTO 342						
JUNTO 343						
JUNTO 344						
JUNTO 345						
JUNTO 346						
JUNTO 347						
JUNTO 348						
JUNTO 349						
JUNTO 350						
JUNTO 351						
JUNTO 352						
JUNTO 353						
JUNTO 354						
JUNTO 355						
JUNTO 356						
JUNTO 357						
JUNTO 358						
JUNTO 359						
JUNTO 360						
JUNTO 361						
JUNTO 362						
JUNTO 363						
JUNTO 364						
JUNTO 365						
JUNTO 366						
JUNTO 367						
JUNTO 368						
JUNTO 369						
JUNTO 370						
JUNTO 371						
JUNTO 372						
JUNTO 373						
JUNTO 374						
JUNTO 375						
JUNTO 376						
JUNTO 377						
JUNTO 378						
JUNTO 379						
JUNTO 380						
JUNTO 381						
JUNTO 382						
JUNTO 383						
JUNTO 384						
JUNTO 385						
JUNTO 386						
JUNTO 387						
JUNTO 388						
JUNTO 389						
JUNTO 390						
JUNTO 391						
JUNTO 392						
JUNTO 393						
JUNTO 394						
JUNTO 395						
JUNTO 396						
JUNTO 397						
JUNTO 398						
JUNTO 399						
JUNTO 400						
JUNTO 401						
JUNTO 402						
JUNTO 403						
JUNTO 404						
JUNTO 405						
JUNTO 406						
JUNTO 407						
JUNTO 408						
JUNTO 409						
JUNTO 410						
JUNTO 411						
JUNTO 412						
JUNTO 413						
JUNTO 414						
JUNTO 415						
JUNTO 416						
JUNTO 417						
JUNTO 418						
JUNTO 419						
JUNTO 420						
JUNTO 421						
JUNTO 422						
JUNTO 423						
JUNTO 424						
JUNTO 425						
JUNTO 426						
JUNTO 427						
JUNTO 428						
JUNTO 429						
JUNTO 430						
JUNTO 431						
JUNTO 432						
JUNTO 433						
JUNTO 434						
JUNTO 435						
JUNTO 436						
JUNTO 437						
JUNTO 438						
JUNTO 439						
JUNTO 440						
JUNTO 441						
JUNTO 442						
JUNTO 443						
JUNTO 444						
JUNTO 445						
JUNTO 446						
JUNTO 447						
JUNTO 448						
JUNTO 449						
JUNTO 450						
JUNTO 451						
JUNTO 452						
JUNTO 453						
JUNTO 454						
JUNTO 455						
JUNTO 456						
JUNTO 457						
JUNTO 458						
JUNTO 459						
JUNTO 460						
JUNTO 461						
JUNTO 462						
JUNTO 463						
JUNTO 464						
JUNTO 465						
JUNTO 466						
JUNTO 467						
JUNTO 468						
JUNTO 469						
JUNTO 470						
JUNTO 471						
JUNTO 472						
JUNTO 473						
JUNTO 474						
JUNTO 475						
JUNTO 476						
JUNTO 477						
JUNTO 478						
JUNTO 479						
JUNTO 480						
JUNTO 481						
JUNTO 482						
JUNTO 483						
JUNTO 484						
JUNTO 485						
JUNTO 486						
JUNTO 487						
JUNTO 488						
JUNTO 489						
JUNTO 490						
JUNTO 491						
JUNTO 492						
JUNTO 493						
JUNTO 494						
JUNTO 495						
JUNTO 496						
JUNTO 497						
JUNTO 498						
JUNTO 499						
JUNTO 500						
JUNTO 501						
JUNTO 502						
JUNTO 503						
JUNTO 504						
JUNTO 505						
JUNTO 506						
JUNTO 507						

ATENÇÃO! A COSERN INFORMA QUE VOCÊ POSSUI CONTAS EM ABERTO.

CREATE ISSUE, PUBLISH ISSUE, PUBLISH AND APPROVE ISSUE

Nombre	Patrón	Verso	Venta	Observación	Nota
1700018	1700018	216,75			

As condições gerais de
funcionamento da rede de águas
de abastecimento da capital, com base
na legislação e na realidade da
situação, são as seguintes:

Wiring up, then add

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte Integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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 das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da falsa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, 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.

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

² 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 Maria de Fátima Matos inscrito (a) no CPF sob o Nº 315.471.844-34 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Francisco Antônio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 437.673.464-00, do sinistro de DPVAT cobertura Inválida da Vítima Francisco Antônio da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 437.673.464-00, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. Visconde Antônio</u>	Número <u>16</u>	Complemento <u>corro</u>
Bairro <u>Velotáos</u>	Cidade <u>Ilheus</u>	Estado <u>BA</u>
E-mail <u>Recessos</u>	Telefone comercial (DDD) <u>1841 9953 8106</u>	Telefone celular (DDD) <u>59 500-000</u>

Ilheus, 04 de outubro de 2019
Local e Data

Maria de Fátima Matos

Assinatura do Declarante

**CONFERE COM
O ORIGINAL**

1000

مکتبہ میرزا

1000

PRESCRIÇÃO MÉDICA/Evolução

500 500

② 500.0 g. - 1000 ml. 100

2. ~~Wiederum~~ - wieder - ~~Min~~

$$\text{⑥) } \frac{1}{2} \cdot \frac{2}{3} \cdot \frac{3}{4} \cdot \frac{4}{5} \cdots \frac{9}{10} \cdot \frac{10}{11}$$

4) OBSERVAÇÃO: 06m = 07h AS 09:30h

ADMISSION/EXCELUÇÃO ENFERMAGEM

Re: the Job 371

Mr. W. F. Smith

9/50. Sy. sent. to the

Alton G. Smith
Ref. Dept. Compt.
Compt. Dept.

Rowx-vinhe D-e-f,

REFERIDO PARA:

Conclusão

Communication

154/134/103

www.especialmadede.com

Dicimmo Dés

卷之三

CONFERE COM

10 ORIGINAL

THE BIBLE

64.84.3013

CLÍNICA		DATA	HORA	6/6/2019	PRESCRIÇÃO MÉDICA/EVOLUÇÃO
					500 + 500
				② 5% 0.9% - 1000 ml. EV.	
				② Urticaria - 02 Unidades IM	
				③ H2O + 1-24	
				④ OBSERVAÇÃO: 06h = ante AS 09:30h	
ADMISSION/EVOLUÇÃO ENFERMAGEM					
DATA	HORA				
03/06/2019	03:50	RAS 140x100mm Hg			
03/06/2019	04:00	RAS 160x100mm Hg			
03/06/2019	04:15	HGT = 93mg/dl			
		Tensão:			
		BP 140/90 mmHg			
		RR 100/60 mmHg			
		HR 80 bpm			
		SpO2 98%			
		ATENÇÃO: 06h			
		BP 140/90 mmHg			
		RR 100/60 mmHg			
		HR 80 bpm			
		SpO2 98%			
		ATENÇÃO: 06h			
		BP 140/90 mmHg			
		RR 100/60 mmHg			
		HR 80 bpm			
		SpO2 98%			
CONTROLE DA GLICEMIA					
DATA	HORA				
		SINAIS VITAIS			
		6/6/2019			
		7/6/2019			
		8/6/2019			
		9/6/2019			
		10/6/2019			
		11/6/2019			
		12/6/2019			
		13/6/2019			
		14/6/2019			
		15/6/2019			
		16/6/2019			
		17/6/2019			
		18/6/2019			
		19/6/2019			
		20/6/2019			
		21/6/2019			
		22/6/2019			
		23/6/2019			
		24/6/2019			
		25/6/2019			
		26/6/2019			
		27/6/2019			
		28/6/2019			
		29/6/2019			
		30/6/2019			
		31/6/2019			
		01/07/2019			
		02/07/2019			
		03/07/2019			
		04/07/2019			
		05/07/2019			
		06/07/2019			
		07/07/2019			
		08/07/2019			
		09/07/2019			
		10/07/2019			
		11/07/2019			
		12/07/2019			
		13/07/2019			
		14/07/2019			
		15/07/2019			
		16/07/2019			
		17/07/2019			
		18/07/2019			
		19/07/2019			
		20/07/2019			
		21/07/2019			
		22/07/2019			
		23/07/2019			
		24/07/2019			
		25/07/2019			
		26/07/2019			
		27/07/2019			
		28/07/2019			
		29/07/2019			
		30/07/2019			
		31/07/2019			
		01/08/2019			
		02/08/2019			
		03/08/2019			
		04/08/2019			
		05/08/2019			
		06/08/2019			
		07/08/2019			
		08/08/2019			
		09/08/2019			
		10/08/2019			
		11/08/2019			
		12/08/2019			
		13/08/2019			
		14/08/2019			
		15/08/2019			
		16/08/2019			
		17/08/2019			
		18/08/2019			
		19/08/2019			
		20/08/2019			
		21/08/2019			
		22/08/2019			
		23/08/2019			
		24/08/2019			
		25/08/2019			
		26/08/2019			
		27/08/2019			
		28/08/2019			
		29/08/2019			
		30/08/2019			
		31/08/2019			
		01/09/2019			
		02/09/2019			
		03/09/2019			
		04/09/2019			
		05/09/2019			
		06/09/2019			
		07/09/2019			
		08/09/2019			
		09/09/2019			
		10/09/2019			
		11/09/2019			
		12/09/2019			
		13/09/2019			
		14/09/2019			
		15/09/2019			
		16/09/2019			
		17/09/2019			
		18/09/2019			
		19/09/2019			
		20/09/2019			
		21/09/2019			
		22/09/2019			
		23/09/2019			
		24/09/2019			
		25/09/2019			
		26/09/2019			
		27/09/2019			
		28/09/2019			
		29/09/2019			
		30/09/2019			
		31/09/2019			
		01/10/2019			
		02/10/2019			
		03/10/2019			
		04/10/2019			
		05/10/2019			
		06/10/2019			
		07/10/2019			
		08/10/2019			
		09/10/2019			
		10/10/2019			
		11/10/2019			
		12/10/2019			
		13/10/2019			
		14/10/2019			
		15/10/2019			
		16/10/2019			
		17/10/2019			
		18/10/2019			
		19/10/2019			
		20/10/2019			
		21/10/2019			
		22/10/2019			
		23/10/2019			
		24/10/2019			
		25/10/2019			
		26/10/2019			
		27/10/2019			
		28/10/2019			
		29/10/2019			
		30/10/2019			
		31/10/2019			
		01/11/2019			
		02/11/2019			
		03/11/2019			
		04/11/2019			
		05/11/2019			
		06/11/2019			
		07/11/2019			
		08/11/2019			
		09/11/2019			
		10/11/2019			
		11/11/2019			
		12/11/2019			
		13/11/2019			
		14/11/2019			
		15/11/2019			
		16/11/2019			
		17/11/2019			
		18/11/2019			
		19/11/2019			
		20/11/2019			
		21/11/2019			
		22/11/2019			
		23/11/2019			
		24/11/2019			
		25/11/2019			
		26/11/2019			
		27/11/2019			
		28/11/2019			
		29/11/2019			
		30/11/2019			
		31/11/2019			
		01/12/2019			
		02/12/2019			
		03/12/2019			
		04/12/2019			
		05/12/2019			
		06/12/2019			
		07/12/2019			
		08/12/2019			
		09/12/2019			
		10/12/2019			
		11/12/2019			
		12/12/2019			
		13/12/2019			
		14/12/2019			
		15/12/2019			
		16/12/2019			
		17/12/2019			
		18/12/2019			
		19/12/2019			
		20/12/2019			
		21/12/2019			
		22/12/2019			
		23/12/2019			
		24/12/2019			
		25/12/2019			
		26/12/2019			
		27/12/2019			
		28/12/2019			
		29/12/2019			
		30/12/2019			
		31/12/2019			
		01/01/2020			
		02/01/2020			
		03/01/2020			
		04/01/2020			
		05/01/2020			
		06/01/2020			
		07/01/2020			
		08/01/2020			
		09/01/2020			
		10/01/2020			
		11/01/2020			
		12/01/2020			
		13/01/2020			
		14/01/2020			
		15/01/2020			
		16/01/2020			
		17/01/2020			
		18/01/2020			
		19/01/2020			
		20/01/2020			
		21/01/2020			
		22/01/2020			
		23/01/2020			
		24/01/2020			
		25/01/2020			
		26/01/2020			
		27/01/2020			
		28/01/2020			
		29/01/2020			
		30/01/2020			
		31/01/2020			
		01/02/2020			
		02/02/2020			
		03/02/2020			
		04/02/2020			
		05/02/2020			
		06/02/2020			
		07/02/2020			
		08/02/2020			
		09/02/2020			
		10/02/2020			
		11/02/2020			
		12/02/2020			
		13/02/2020			
		14/02/2020			
		15/02/2020			
		16/02/2020			
		17/02/2020			
		18/02/2020			
		19/02/2020			
		20/02/2020			
		21/02/2020			
		22/02/2020			
		23/02/2020			
		24/02/2020			
		25/02/2020			
		26/02/2020			
		27/02/2020			
		28/02/2020			
		29/02/2020			
		30/02/2020			
		01/03/2020			
		02/03/2020			
		03/03/2020			
		04/03/2020			
		05/03/2020			
		06/03/2020	</		

Quay-vinh là e f.

<input type="checkbox"/> DENTO	<input type="checkbox"/> EVAISÃO	REFERIDO PARA:	<input type="checkbox"/> INTERNACÃO	<input type="checkbox"/> OUTRA UNID. (R.G.)	<input checked="" type="checkbox"/> ESPECIALIDADE	<input type="checkbox"/> CENTRO DE S.
			CRM-MS	CALIF-DO-MS		HORA DES/

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS) NegativoM (MEDICAÇÃO EM USO) AINES (não sabe, infelizmente quer que eu diga) / 1000P (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) NegativoL (LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS) 400 ml de suco de laranja / 1000A (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) coleção inexistente

V (PASSADO VACINAL)

ESTUDOS COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Raios-X de tórax AP

Dr. Pedro Ribeiro Santos
Médico Geral
CRM-SP 1655

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA (MEDICAÇÃO E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

I.V. soro fisiológico
1AT soroDr. Pedro Ribeiro Santos
CRM-SP 1655Re de tórax com evidências de
fratura hematórica pneumotórax
ABD: abdômen geralCONFIRME CON ORIGINAL
NATAL
MAT. N° SAME

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1 N.C.R.

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 2 Bacelar

HORA:

DATA:

ESPECIALISTA 3

Dr. Pedro Ribeiro Santos
Médico Geral
CRM-SP 1655

DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

DATA / /

HORA

SAÍDA: DECISÃO MÉDICA REVELIA TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA COM ATESTADO S.V.O I.T.E.P.

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:

ANAMNESE

Quedé de Moto

EXAME FÍSICO

ECG = 12

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

TCE

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)

Code crim. N°

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

CONDUITA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

Alte de vci

~~CLINIQUE GÉNÉRALE
CHIRURGIALE
CRMN 510~~

COM-FEE COM-ORIGINAL
NATURAL 09/07
MAT. NO. SAME

Assinatura de Carmo do Rio Branco

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

BMF to come from
1. not the firms
in financing the
firms.

Number 1006

John S. Fahey
Born 1131

~~Opil. Vpn~~

~~Technique for the identification of the main components of the organic fraction of the soil~~

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

EVALUACIÓN DE RIESGO DE SISTEMA DE GESTIÓN	
Mejores Prácticas (MP)	
Otros se tienen implementados	4
Otros se tienen implementados, pero existe evidencia sobre la desviación de estos procesos establecidos, se requiere de mejoras, se nota 3	3
Otros se tienen por estimación/desarrollo	2
Otros no se tienen	1
Mejor Práctica Virtual (MPV)	
Consistente (Responde adecuadamente a las preguntas sobre zona verde, lista de control, roles y purpura o azul y etc.)	5
Consiste (Responde a las preguntas, sin embargo, no es lo suficiente para considerarla como buena)	4
Malas (Incapacidad de responser a las preguntas, muy poco linea con las buenas prácticas)	3
Buenas (Cumplida con las buenas prácticas)	3
Malas	1
Mejor Práctica Soporte (MPS)	
Otros se tienen implementados (se tienen mejores que los de establecidos)	5
Locales o nacionales	4
Internacionales	4
Padrón Brasil & Más (Brasil+Global)	3
Padrón europeo (el que tiene más exigencias)	3
Otros nacionales o locales	1

DESCRIMINADOR	POSSIBILIDADES	POSSIBILIDADES
ESCALA DE TRAGEM DO TRABALHO REVISADA - RTS		
1-150	44	
9-170	43	
1-19	32	
1-50	31	
1-10	20	
1-200	41	
200	43	
1-30	22	
1-50	21	
1-10	14	
1-200	44	
70-210	41	
50-210	37	
1-50	21	
1-10	14	
1-200	44	
70-210	41	
50-210	37	
1-50	21	
1-10	14	
1-200	44	

CLASSIFICAÇÃO DO TEC
14315 2005/1

45 - INTRODUCER (introducing)
INTRODUCING (introducing):
46 - 2 = moderate/edg.
16-18=low

* Polenikova: TEABDALE E. G., JENNIE T. B.
Antecedents of coma and Neuroleptic
comatoseness. A psychosocial study. *Clinical
Psychiatry News* 2000; 28: 14.

“A escola progressista aplica-se à comunidade e ao ambiente social, a todos aqueles que lidam com o mundo. Na Escola Progressista, o professor é um elemento que dialoga com a comunidade de que faz parte, no âmbito das suas responsabilidades”.

SEM DOR	LEVE	Moderado	Intenso	Muy Intensivo
0	1	2	3	4

^{**}Escala de Triplete Revisada (ETR). Bleep medida de desempeño para el desarrollo de lenguaje. Fase 1. (Adaptado de: Gesell, H. L. (1972). *Capacity in the Achievement of the Schemas* (2nd, 1. Transl.). 2003. CN: 1982).

EXAME FÍSICO (SEGUNDÁRIO)

A

B

C

D

E

A (ALERGIAS) negativoM (MEDICAÇÃO EM USO) ainda (não sabe se é o que indica) negativoP (PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS) negativoL (LIQUIDOS E ALIMENTOS INGERIDOS) 4h i.m. leite de cabra desnatado 4h de mangáA (AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA) colisão moto - caiu

V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLOGIA E IMAGEM)

raio-x de tórax APDr. Pedro Flávio Basso
Cirurgião Geral
CRM-SP 3655

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

OUTROS

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

CONDUTA PRIMÁRIA MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS

I.V. s.c. dT, IM agar
VAT negativoDr. Pedro Flávio Basso
Cirurgião Geral
CRM-SP 3655Re de tórax com evidência de
rotura hemotorax com pneumotóraxAlto de flancos. Sinal +CONFERE COM ORIGINAL
NATAL
MAT. N° 54166
SAÚDE

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	<u>NCR</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 2	<u>Bucomaxile</u>	HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3	<u>Dr. Pedro Flávio Basso</u> <u>Cirurgião Geral</u> <u>CRM-SP 3655</u>	HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

DATA / / HORA

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA:

SAÍDA: () DECISÃO MÉDICA () RAVELIA () TRANSFERIDO PARA:

OBITO: DATA / / HORA

ENTREGUE À FAMÍLIA () COM ATESTADO () S.V.O () ITB

ENCALHADO
CRM-SP 3655

ANAMNESE		EXAME FÍSICO	
ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2		IMPRESSAO DIAGNÓSTICA	
EXAMES COMPLEMENTARES (RADIOLÓGIA E IMAGEM)....		EXAMES PRIMÁRIA (MEDICAGENS E PROCEDIMENTOS)	
LABORATÓRIO		ANOTACOES DE ENFERMAGEM	
OUTROS		Assinatura e Crimôto do Responsável	
DESTINO DO PACIENTE: <i>Alf. Marques</i>		Assinatura e Crimôto do Responsável	
INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: 17/05/13 HORA: 17:00		INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA: 17/05/13 HORA: 17:00	
SALDA: DATA: 17/05/13 HORA: 17:00		SALDA: DATA: 17/05/13 HORA: 17:00	
OBITÓ: DATA: 17/05/13 HORA: 17:00		OBITÓ: DATA: 17/05/13 HORA: 17:00	
DECISÃO MÉDICA: <input type="checkbox"/> A Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:		DECISÃO MÉDICA: <input type="checkbox"/> A Revelia <input type="checkbox"/> Transferido para:	
DESTINO DO PACIENTE: <i>Nº do Boletim de Atendimento:</i>		DESTINO DO PACIENTE: <i>Nº do Boletim de Atendimento:</i>	
<p><i>Destinar nega indicação de internação ou transferência para o hospital</i></p> <p><i>Medico (Cachimbo)</i></p> <p><i>DATA: 17/05/13 HORA: 17:00</i></p> <p><i>Assinatura</i></p>			

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 2:

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)***

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revélia

Transferido para:

ÓBITO:

DATA: / / HORA:

S.V.O.

Entregue à família

com Atestado S.V.O.

Dr. Arthur Sá

MEDICO

CRM - 8771

Médico (Carimbo)

CONFERE COM ORIGINAL
NATAL 29/10/12
MAT. N. 5 SAME
S. NATURA
I.T.E.P.

Destacar nessa linha e anexar ao paciente para liberação

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / / HORA:

SAÍDA:

DATA: / / HORA:

Decisão Médica À Revélia

Transferido para:

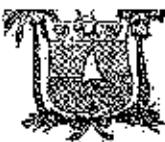
ÓBITO:

DATA: / / HORA:

S.V.O.

Entregue à família

com Atestado I.T.E.P.



SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (POLIT)

Cód. Paciente: 1114

DN: 27/04/1965

Idade: 54 ano (s);

Data Exame: 17/05/2019 - 17:45

Documento: -

TC DE COLUNA CERVICAL

COMENTÁRIOS:

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada convencional com obtenção de cortes no plano axial de 2mm de espessura de C1 a T1.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

Corpos vertebrais cervicais alinhados e integros.

Canal raqueano de morfologia e dimensões normais.

Saco dural com coeficiente de atenuação normal.

Formes neurais livres.

Tecidos moles paravertebrais sem evidência de anomalia.

Laudo gerado: 09/07/2019 18:32. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: oQfLOnsr.

Laudado Por:

Leonardo Bernardo Bezerra
CRM-RN 4456 / RADIOLOGISTA



1000

REQUERIMENTO DE BENEFÍCIO POR INCAPACIDADE E MARCAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

REQUERIMENTO N° 396970263
INSCRIÇÃO N° 6233879396

Francesca Sestini

FRANCISCO ANTÓNIO DA SILVA

100348 049 355633 30000

0600018534273 23026 1-3 1700286018.03
0600018534273 23026 1-3 1700286018.03

Informante que nessa data foi habilitado o requerimento de Benefício por Incapacidade e que não possui nenhuma filha, conforme consta no ato. Fazendo a respectiva alteração.

Protocolo: 18006/2018
Hora: 07:20
Endereço:
RUA VENANCIOS ZACARIAS 16
CENTRO
MACAÉ, RJ

Consequently, in the next period, Brazil will continue to be linked to the Central American countries. This will be done through various mechanisms, such as trade agreements, scientific and cultural exchanges, and political alliances.

Manuscr. 34. 12. 20139

Resposta à questão 107: As regras da Agl. 121 do Código Civil, sobre a competência da Administração, operam sobre todo o território do Brasil, salvo quando:

43333 279

Robert L. S. Borchardt, C.R.S.
Area 30 Representative - 1970-1971



**SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO**

Nome do Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (POLI)

Cód. Paciente: 1769

DN: 27/04/1965

Idade: 54 ano (s);

Data Exame: 22/05/2019 - 16:05

Documento: -

TC DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada Helicoidal com obtenção de cortes no plano axial com 2mm de espessura.

RELATÓRIO:

*** INFRATENTORIAL:**

Parênquima cerebelar e tronco cerebral com densidade preservada.

Quarto ventrículo apresenta calibre e topografia normais.

Sulcos e fissuras cerebelares normais.

Cisternas basais normais.

*** SUPRATENTORIAL:**

Parênquima cerebral com densidade preservada.

Cavidades ventriculares apresentam calibre normal.

Não se observa desvio da linha média.

Sulcos e fissuras cerebrais preservados.

Laudo gerado: 11/07/2019 22:42. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbsrad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: GHyzGENr.

Laudado Por:

Dra. Gabriela Martins de Carvalho
CRM-RN 6071 / RADIOLOGISTA



**SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO**

Nome do Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (POLI)

Cód. Paciente: 1769

DN: 27/04/1965

Idade: 54 ano (s);

Data Exame: 22/05/2019 - 16:05

Documento:

TC DE TÓRAX

COMENTÁRIOS

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada multislice sem o uso do contraste, em caráter de urgência.

OS SEGUINTE ASPECTOS FORAM OBSERVADOS:

PARÊNQUIMA

Não evidenciamos pneumotórax.

Não há sinais de laceração pulmonar.

Campos pulmonares simétricos e normoaerados.

Pequeno derrame pleural a esquerda.

MEDIASTINO:

Vasos mediastinais centrados.

Câmara cardíaca com aspecto tomográfico habitual

Não há imagem de derrame pericárdio.

Ausência de adenomegalias.

CAIXA TORÁCICA:

Fraturas nos 5 e 6 arcos costais esquerdo.

Laudo gerado: 11/07/2019 22:49. Para baixar uma cópia, acesse <https://validar.wbarad.com.br/>, utilize data/hora e a chave: fzaUmUNw.

Laudado Por:

Dra. Gabriela Martins de Carvalho
CRM-RN 6071 / RADIOLÓGISTA



SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL
PRONTO SOCORRO Dr. CLÓVIS SARINHO

Nome do Paciente: FRANCISCO ANTONIO DA SILVA (POLIT)

Cód. Paciente: 1114

DN: 27/04/1965

Idade: 54 ano (s);

Data Exame: 17/05/2019 - 17:45

Documento: -

TC DO CRÂNIO

TÉCNICA:

Exame realizado em aparelho de Tomografia Computadorizada Helicoidal com obtenção de cortes no plano axial com 2mm de espessura.

RELATÓRIO:

* INFRATENTORIAL:

Parênquima cerebelar e tronco cerebral com densidade preservada.

Quarto ventrículo apresenta calibre e topografia normais.

Sulcos e fissuras cerebelares normais.

Cisternas basais normais.

* SUPRATENTORIAL:

Parênquima cerebral com densidade preservada.

Cavidades ventriculares apresentam calibre normal.

Não se observa desvio da linha média.

Sulcos e fissuras cerebrais preservados.

Hematoma peri-orbitário a esquerda.

Laudo gerado: 09/07/2019 18:31. Para baixar uma cópia, acesse <https://valida.wbsrad.com.br>, utilize data/hora e a chave: FltoOveR.

Assinado Por:
Leonardo Bernardo Bezerra
CRM-RN 4456 / RADIOLOGISTA



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Monsenhor José Tibúrcio s/n - Centro
CEP: 59.598-000 - CNPJ 12.184.274/0001-67
e-mail: sms.guamare@gmail.com



RECEITÁRIO MÉDICO

François Antoine de Saxe

Pelvic force medium

10.08.19



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Monsenhor José Tibúrcio s/n - Centro
CEP: 59.598-000 - CNPJ 12.184.274/0001-67
e-mail: sms.guamare@gmail.com



RECEITÁRIO MÉDICO

François Antônio da Silva

Relatório médico

O paciente veio a todos
porém por orelhudo em bônifício
em otomotorringolaringo; operário
profissão fiscal que V apó
trouxe apertava os tecimentos
hóstálpicos. Encontrou - se em
seguimento seu prenúvio de
alte.

Assinatura: Dr. Francisco Antônio da Silva
Data: 10/08/19

10.08.19



RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ
Rua Luiz de Souza Miranda, 116 - Centro - Guamaré(RN)
CNPJ(MF) 08.184.442/0001-47



SUS - RN

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE	ESPECIALIDADE		
NOME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
Francisco Antônio do Nascimento			
NOME DA MÃE			
ENDERECO			
SEXO M() F()	CPF	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)

Sintoma: Tomografia de
Mostocôde

Ex.: Trauma temporal

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Trauma temporal	CID	PRIORIDADE 1() 2() 3()
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO 10/08/13	MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHAMENTO PARA DR.	DIA	HORA

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

RELATÓRIO DA UNIDADE REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
------------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO	CID
-------------	-----

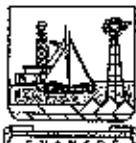
CONDUTA ADOTADA

MÉDICO EXECUTANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA
--	--------------

**A FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA DEVERÁ ACOMPANHAR O PACIENTE,
VISTO QUE ESTA É A SUA GARANTIA DE RETORNO**



RIO GRANDE DO NORTE
PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ
Rua Luiz de Souza Miranda, 116 - Centro - Guamaré(RN)
CNPJ(MF) 08.184.442/0001-47



SUS - RN

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE	ESPECIALIDADE		
NOME DO PACIENTE	DATA DE NASCIMENTO		
Guilherme Autônio da Silva	/ /		
NOME DA MÃE			
ENDEREÇO			
SEXO M () F ()	CPF	IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE)

Solente. Audição fraca tonal
Audição fraca oval
(mudanças bruscas)

J.C. - Dízima

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Broum	CID	PRIORIDADE 1 () 2 () 3 ()
LOCAÇÃO E DATA DA SOLICITAÇÃO 10/03/19	MÉDICO SOLICITANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHAMENTO PARA DR.	DIA	HORA

SOLICITAÇÃO DE EXAMES

RELATÓRIO DA UNIDADE REFERÊNCIA	
NOME DO PACIENTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
DIAGNÓSTICO	CID
CONDUTA ADOTADA	
MÉDICO EXECUTANTE/CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAÇÃO E DATA

**A FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA DEVERÁ ACOMPANHAR O PACIENTE,
VISTO QUE ESTA É A SUA GARANTIA DE RETORNO**



SUS - RN

FICHA DE REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

UNIDADE DE ORIGEM SOLICITANTE	ESPECIALIDADE <i>Neurologia</i>		
NOME DO PACIENTE <i>Francisco Antônio de Sá</i>	DATA DE NASCIMENTO <i>/ /</i>		
NOME DA MÃE			
ENDERECO			
SEXO <input checked="" type="checkbox"/> M () <input type="checkbox"/> F ()	CPF	IDENTIDADE / ÓRGÃO EMISSOR	MUNICÍPIO DE ORIGEM

RELATÓRIO DA UNIDADE DE ORIGEM

RESUMO CLÍNICO: (HISTÓRIA CLÍNICA E EXAME FÍSICO DO PACIENTE).

*PFD opés tumeur
Necrose elektroenemografie e
seabul. toco*

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA <i>Tumor</i>	CID	PRIORIDADE <input checked="" type="checkbox"/> 1 () <input type="checkbox"/> 2 () <input type="checkbox"/> 3 ()
LOCAL E DATA DA SOLICITAÇÃO <i>10/08/10</i>	MÉDICO SOLICITANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO) <i>[Signature]</i>	

PARA USO DA CENTRAL DE REGULAÇÃO

UNIDADE EXECUTANTE:	PRONTUÁRIO DO EXECUTANTE:	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
ENCAMINHADO PARA DR.	DIA	HORA

FICHA DE CONTRA REFERÊNCIA / ENCAMINHAMENTO

RELATÓRIO DA UNIDADE DE REFERÊNCIA

NOME DO PACIENTE	CÓDIGO DO ATENDIMENTO
------------------	-----------------------

DIAGNÓSTICO	CID
-------------	-----

CONDUTA ADOTADA	
-----------------	--

MÉDICO EXECUTANTE / CRM (ASSINATURA E CARIMBO)	LOCAL E DATA
A ficha de Contra-Referência deverá acompanhar o paciente, visto que está a sua garantia de retorno.	



PREFEITURA MUNICIPAL DE GUAMARÉ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Monsenhor José Tondela, nº 427 - Centro.
CEP 58.500-000 Tel.: (84) 3525-2728
E-mail: smg.guamaré@pmae.net.br



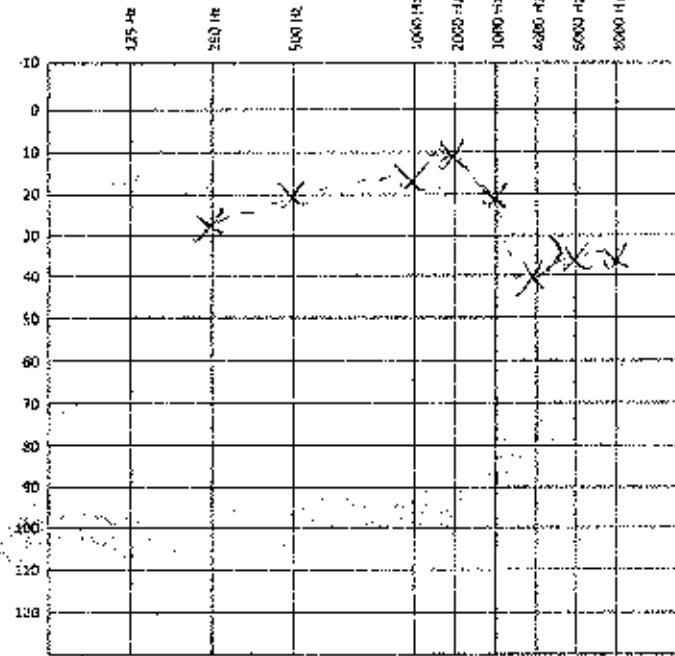
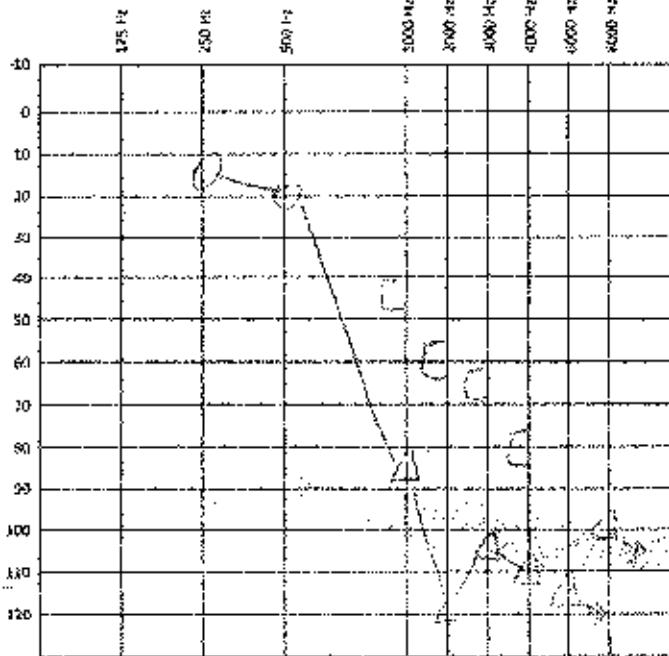
RECEITUÁRIO

Declaro para os devidos fins
que, o sr. Francisco Antônio da
Silva, realizou tratamento fisio-
terápico de dia 04/06 a 16/07
deste corrente ano, devidos benefi-
cios de PF Cervi à esquerda.

Renata Teotónio
Renata Teotónio
FISIOTERAPEUTA
CREFITO 236599-F

Guamaré, 20.08.2019

Nome: Francisco Antônio da Silva Idade: 54
 Data de Nas. 27/09/1965 Queixa: zumbido e dor
 Endereço: — N°: —
 Bairro: — Cidade: — Estado: — Telefone: —
 Encaminhamento: metro Data: 20/08/2017



TESTE	OUVIDO	
	DIREITO	ESQUERO
DISC. VOCAL	MONO.	DISSI.
	dB 60 dB	/ % 100 %
SRT	dB 20 dB	/
DET. FALA	dB 75 dB	/
MCL	dB /	/
UCL	dB /	/

Laudo:

Perda auditiva do tipo misto de grau
grave em OD e nas frequências de
1000, 6000 e 8000 Hz em OE.

Teste timpnométrico do tipo A bilateral.
Ausência de reflexos ipsilateral e contralateral.

Princípio de reflexos ipsilateral e contralateral.

Assi.:

Leonardo Tofola da Silveira
Fonoaudiólogo
CRF-R 11880

SÍMBOLOGIA:

VIA AÉREA

Normal: O/X

Masc: Δ/Δ

VIA ÓSSEA

Normal: </>

Masc: ||/||

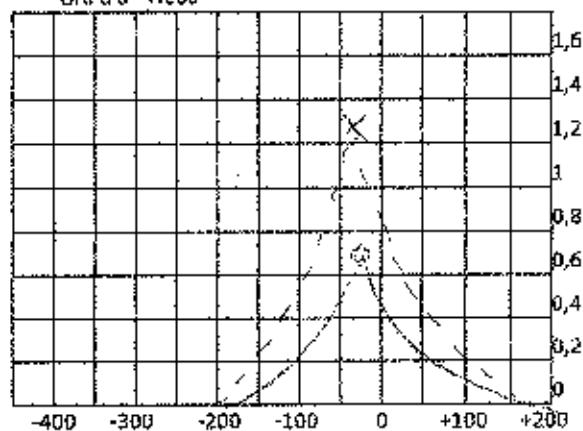
CAMPO LIVRE: S

AUDIÔMETRO:

Resonance r37a

COMPLACÊNCIA ESTÁTICA	OD	OE
	PRESSÃO	-35 46
POSIÇÃO NEUTRA	0,00	0,33
+200 mm/a	1,16	1,50
COMPLACÊNCIA (VOL.O.M.)	0,23	1,17

Hz	VIA EFERENTE DIREITA		VIA EFERENTE ESQUERDA	
	CONTRA LATERAL dB HTL	IPSILATERAL dB HTL	CONTRA LATERAL dB HTL	IPSILATERAL dB HTL
500	115			—
1000	70		100	
2000	—		60	
4000	—		—	



(+) Classif. do tipo de P. A., Siman e Silverman (1997)

() Classif. do grau da P. A., QMS (2014)

(+) Classif. do grau da P. A., Lloyd e Kaplan (1978)

() Classif. do grau da P. A. para crianças, Northern e Downs (2002)