



Número: **0816969-86.2019.8.18.0140**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **6ª Vara Cível da Comarca de Teresina**

Última distribuição : **11/07/2019**

Valor da causa: **R\$ 9.450,00**

Assuntos: **Seguro, Seguro**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
CICERA RODRIGUES LIMA (AUTOR)		HAUZENY SANTANA FARIAS (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
5616464	11/07/2019 10:40	Petição Inicial	Petição Inicial
5616472	11/07/2019 10:40	Procuração e Documentos Pessoais	Procuração
5616478	11/07/2019 10:40	Documentos Líder	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO
5616485	11/07/2019 10:40	Documentos hospitalares	DOCUMENTO COMPROBATÓRIO

Inicial



PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Cícera Rodrigues Lima
nacionalidade: Brasileira, estado civil: casada, RG: 627.922, CPF: 397.337.933-53, com endereço: Cy Parque Piane S/A, Qd. 49, Casa 02, Cep: 64025-150

OUTORGADO: **Hauzeny Santana Farias**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil Seccional Piauí - OAB/PI sob o nº. 18051, com escritório profissional na Rua Governador Tibério Nunes, nº. 329, Cabral, Teresina - PI, e endereço eletrônico: hsf.adv@hotmail.com.

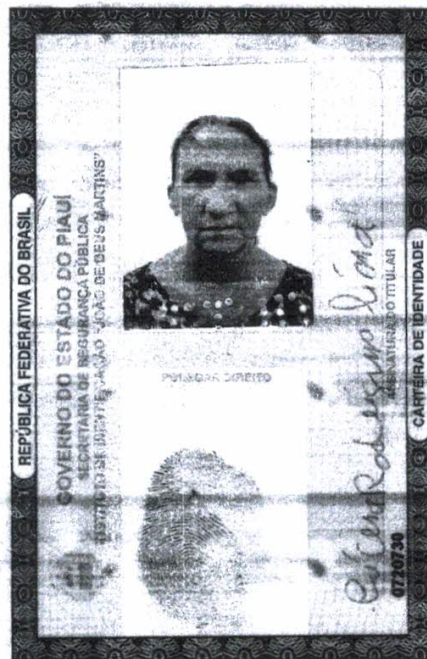
PODERES: pelo presente instrumento o outorgante confere ao outorgado amplos poderes para o foro em geral, com cláusula "*ad-judicia et extra*", em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito, as ações competentes e defendê-lo nas contrárias, seguindo umas e outras, até final decisão, usando os recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhe ainda, poderes especiais para receber citação inicial, confessar, e conhecer a procedência do pedido, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, podendo agir em Juízo ou fora dele, assim como substabelecer esta a outrem, com ou sem reservas de iguais poderes, para agir em conjunto ou separadamente com o substabelecido.

Teresina, Piauí. 31 de maio de 2019.

Cícera Rodrigues Lima

Outorgante





VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
IDENTIFICAD. GERAL	827.922
DATA DE EXPIRAÇÃO	07/10/15
NOME	CICERA RODRIGUES LIMA
FILIAÇÃO	MARIA RODRIGUES COSTA JOSÉ VENTURA DA SILVA
NATURALIDADE	SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI
DATA DE NASCIMENTO	07/05/1959
DOP. ORIGEM	CERT. CASAM. 451 E. 2. F. 151
EXP. SÃO MIGUEL DO TAPUIO-PI	07/25/09/15
TRABALHO	397.337.933-53
Circunstâncias de emissão: U. De Maricá	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83 - DECRETO Nº 89.250/83	

ser
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 12/09/18



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 10:40:03



COMPANHIA ENERGÉTICA DO PIAUÍ
Av. Maranhão 759 - Centro/Sul - Teresina - PI
CNPJ: 06.840.748/0001-89 | Insc. Estadual: 19.301.383-5
Nota Fiscal / Livro de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 06/98

Nº da Nota Fiscal 006806502

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2018	15/06/2018	688	625,48

JOSE RIBAMAR DA COSTA
CJ PARQUE PIAUI S/N QD 49 CASA 02 PARQUE PIAUI
CPF: 000000000000000000
CEP: 64.025-170 - TERESINA

ROT: 6.001.13.62.155000

DADOS DA LEITURA		kWh	DADOS DA LEITURA	
Atual:		15004	Atual:	08/06/2018
Anterior:		14316	Anterior:	09/05/2018
Constante de Multiplicação:		1,000	Próxima Leitura:	11/07/2018
Consumo Medido:		688	Emissão:	07/06/2018
Consumo Faturado:		688	Apresentação:	08/06/2018
		FCAM		

NORMAL

30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	MONO	A1540615		1.1.1.1	447

HISTÓRICO kWh	DESCRIÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
MAI/18 493	CONSUMO 688 A R\$ 0,840163 = 578,03
ABR/18 577	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP) 47,45
MAR/18 431	ADICIONAL BANDEIRA AMARELA - 5,02
FEV/18 433	ADICIONAL BANDEIRA VERMELHA - 9,13
JAN/18 610	
DEZ/17 708	
NOV/17 363	
OUT/17 392	
SET/17 341	
AGO/17 294	

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 688 - 0,574756

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

DEBITOS JA REAVISADOS

Mes/Ano	Valor R\$
01/2015	118,61
06/2013	84,39

===== AVISO DE DEBITOS VENCIDOS =====
Informamos existirem debito(s) vencido(s) no valor de R\$
XXXXXX203,00 (sem acrescimos legais) ate esta data. Caso o(s)
debito(s) ja tenha(m) sido pago(s), procurar uma loja de
atendimento da Eletrobras Distribuição Piauí com o(s) compro-
vante(s) de pagamento.

LIGUE 0800 086 0800 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 5 10 15 20 25

RESERVADO AO FISCO 6A5F.949F.3E1E.06B5.3B0E.F388.524B.C622

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 112,83	Base de Cálculo: 578,03
Energia: 214,65	Alíquota ICMS: 27,00%
Transmissão: 33,77	Valor do ICMS: 156,06
Encargos: 34,20	Valor do PIS: 4,73
Tributos: 182,58	Valor do COFINS: 21,79

INDICADORES DE CONTINUIDADE

5,08	10,15	20,30	3,43	6,85	13,70	2,86
0,00			0,00			0,00

TERESINA

04/2018

168,29

ROT: 6.001.13.62.155000

83640000006 0 25480017000 6 00000000035 6 11300618008 8



SEQ.: 00081 UC: 0035113-0 DT.LEIT.: 08/06/2018 T.ENTR.: 09
LEITURA: 15004 NORMAL TOTAL: 625,48 CARGA: 010
DT.VENC.: 15/06/2018 IRREG.: 000 COLETOR: 2221

MEDIDA CORRETORA DE SEGURANÇA

Recebido em: 11/09/18

3180419721



Buscar no site

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

Seguro DPVAT

Acompanhe o Processo de Indenização

Nova Consulta

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

SINISTRO 3180419721 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA CICERA RODRIGUES LIMA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS EIRELI - ME

BENEFICIÁRIO CICERA RODRIGUES LIMA

CPF/CNPJ: 39733793353

Posição em 23-06-2019 08:26:23

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
27/09/2018	R\$ 843,75	R\$ 0,00	R\$ 843,75

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
14/09/2018	Aviso de Sinistro	 (https://sisdpvatdocs.seguradoralider.com.br:8443/api/file/download/QAhSYAKUFDzPE6OUMIKcNA==/ufapi_key=XF9wMpOirHuH8H2cxGLf85QPlsPmAwCCvsHUJlCLuI8=)

Baixe o aplicativo do Seguro DPVAT



(<https://itunes.apple.com/us/app/seguro-dpvat/id1375178092?l=pt&ls=1&mt=8>)



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



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 10:40:04

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=1907111040038000000005378883>

Número do documento: 1907111040038000000005378883



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.001996/2018-76

Unidade de Registro: GERÊNCIA DE POLÍCIA ESPECIALIZADA

Resp. pelo Registro: Francisco Stênio Ferreira Barbosa

Data/Hora: 15/06/2018 - 11:21

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

AV. JOAREZ TÁVORA, Nº:

Complemento

Data/Hora

09/10/2017 - 22:30

Bairro

PARQUE PIAUÍ

Ponto de Referência

FARMACIA GLOBO

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: CICERA RODRIGUES LIMA

Tipo Envolv.: VÍTIMA/Noticiante

RG: 827922 SSP/PI

Mãe: MARIA RODRIGUES COSTA

Pai: JOSE VENTURA DA SILVA

Endereço: QUADRA 49 CASA 02, Nº

Bairro: PARQUE PIAUÍ

Cidade: TERESINA

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal acidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A NOTICIANTE INFORMA QUE ESTAVA SENDO TRANSPORTADA COMO PASSAGEIRA NA GARUPA DA MOTO HONDA/CG 150 FAN ESI, COR PRETA, ANO 2013, PLACA OUD-1019, RENAVAL 550250018 DE PROPRIEDADE DE PAULO VITOR LIMA CARDOSO, TAMBEM CONDUTOR DA MOTO, E NAS PROXIMIDADES DA FARMÁCIA GLOBO, O CONDUTOR DE UM VEÍCULO DE PLACA E PROPRIETÁRIO NÃO IDENTIFICADOS, AVANÇOU O SINAL LUMINOSO, COLIDINDO COM A MOTO ACIMA DESCRITA, FICANDO A NOTICIANTE LESIONADA SEGUNDO PRONTUÁRIO Nº 456583 DO HUT, PARA ONDE A NOTICIANTE FOI LEVADA APÓS SER SOCORRIDA PELO SENHOR PAULO VITOR. FATO TESTEMUNHADO FRANCISCA ROSINEA DA COSTA RG 2.106.829 CPF 943.396.003-34 END RUA CANDENCE Nº 7764 VILA IRMÃ DULCE.

Cláudio Costa De Sousa - Mat. 1085166
AGENTE DE POLÍCIA

CICERA RODRIGUES LIMA - Noticiante
Responsável pela Informação

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS
Recebido em: 11/09/18



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Cícera Rodrigues Lima CPF da Vítima: 397.337.933-53 Data do Acidente: 09.10.2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal: _____ CPF do Representante legal: _____
Email: _____ Telefone (DDD): (86) 98821-4516

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência 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 da 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 contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Beusima, 06 de setembro de 2017
Local e Data

Cícera Rodrigues Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

"DOCUMENTO ORIGINAL"
MEDICINA CORRETORA DE SEGUROS
11/09/18
recebido em

DALI.001 V001/2017



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL: 397.337.933-53 CPF da Vítima: 397.337.933-53 Nome completo da vítima: Licena Rodrigues Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>Licena Rodrigues Lima</u>	CPF titular da conta <u>397.337.933-53</u>	Profissão <u>Recuso</u>
Endereço <u>Rd. 49 Os-02</u>	Número	Complemento <u>Coa</u>
Bairro <u>Parque Piani</u>	Cidade <u>Trussimã</u>	Estado <u>PE</u>
Email	CEP <u>64025-170</u>	Telefone (DDD) <u>(86)99829-5708</u>

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 ☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

NRO. 1987 D/V 5
(Informar dígito se existir)

CONTA

NRO. 106422 D/V 5
(Informar dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Trussimã, 06 de setembro de 2018
Local e Data

Licena Rodrigues Lima
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

[Assinatura]
Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

DOCUMENTO ORIGINAL
MÉDIA CORRETORA DE SEGUROS
11/09/18
recebido em





UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO-RENASCENÇA
Rua Rio Verde, 2810 Renascença III - Fone: 86 3234 7074
TERESINA-PI CEP: 64082-110 CNPJ: 17.577.205/0015-32

UPA
24h

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 09/10/2017 16:25:58
(User: EDMAR JUNIOR)
(Estação: SERVICIOSOCIAL)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	CICERA RODRIGUES LIMA	Prontuário:	98198
Mãe:	MARIA RODRIGUES COSTA	Pai:	JOSE VENTURA DA SILVA
End.Resid.:	QD 49 C 2 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento:	07/05/1959	Idade:	58a:5m:2d
Responsável:	O MESMO	Sexo:	Feminino
Profissão:		Fone:	- -
G. Instrução:	Não informado	CNS:	
End.Local.:		Documento:	CPF: 397.337.933-53
		E.Civil:	Ignorado

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	206964	Entrada:	09/10/2017 15:23:11	Convênio:	S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR					

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrências Clínicas	Músculo Esquelético	Edemas localizados.	Verde
Breve História Clas. Risco: paciente relata ter sofrido acidente de moto			FRANCISCA NILMARA DA SILVA SALES COREN PI 200216 Em: 09/10/2017 15:26:29

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV:	(Hora: ____:____)			
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm	Pressão: 0 mmHg
DADOS CLÍNICOS: DOR EDEMA PUNHO E RX PUNHO E 2P FRAT RADIO E CD TALA GESSADA LUVA ENC AO HUT P CC MEDIDA CORRETORA DE SEGUROS Recebido em: 11/09/18				
Diagnóstico Inicial: Fratura da extremidade distal do rádio				CID: S525
EXAMES COMPLEMENTARES:				
PRESCRIÇÃO MÉDICA:				
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO: ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE DATA: ____/____/____ HORA: ____:____				

Assinatura Paciente ou Responsável

EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR
CRM - 2313 Em: 09/10/2017 16:25:57



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Imp: 09/10/2017 23:30:11

(User: RAINEIRA SOARES)
(Estação: RECEPCAO1)

BOLETIM DE ENTRADA - BE
DADOS DO PACIENTE:

Nome: CICERA RODRIGUES LIMA		Prontuário: 456593
Mãe: MARIA RODRIGUES COSTA		Pai: JOSE VENTURA DA SILVA
End. Resid.: QUADRA 49, CASA 02 - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento: 07/05/1959	Idade: 58a:5m:2d	Sexo: Feminino Fone: 86-98876-0448
Responsável: ROSA RODRIGUES DA SILVA COSTA		CMS: 706401615722600
Profissão: DOMESTICA		CPF: - * RG: 827922 - SSP PI
C. Inscrição: Não informado		E. Civil: Casado(a)
End. Local: - - -		

DADOS DO APENDIMENTO:

Código: 628921	Data: 09/10/2017 23:27:04	Condção: AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)		Convênio: S U S
Acid. Trab.: Não	Trajetos?: Não	Típico: Não
		CID Secundário: V299

DADOS CLÍNICOS:

paciente vítima de queda ao solo com dor e edemato
no joelho @ às 9hs. Levou encaminhada de UPE em
sala de espera a Rm para receber a avaliação de ortopedista @

PA ☒ mmHg:	Pulso: _____	FC: _____ bpm	Temp.: _____
Diagnóstico Inicial: <i>fratura de radio antebraço</i>			CID: 8525

CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:

☐ Elaborado ☐ Reelaborado ☐ A Pedido	☐ Administrativa ☐ Por Indisciplina ☐ Por Evasão	☐ Retornar à Unid. Origem: ☐ Transferência:
DESTINO: ☐ Até 24 Hs ☐ De 24 a 48 Hs ☐ Após 48 Hs		DATA SAÍDA: / / HORA: : : ☐ Internação na Unidade Proced. Solicitado: 9428020407 CID Compatível: 5525
ÓBITO: ☐ Família ☐ IML ☐ Anat. Patol.		Prof. Solicitante Internação:

Rosa Rodrigues da Silva Costa
Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Almir Rebêlo Filho
Ortopedia - Traumatologia
CRM - PI 2972

Carimbo Assinatura - Profissional - BE



**FMS**

Fundação Municipal de Saúde

PREFEITURA MUNICIPAL DE TERESINA

Fls. Nº _____

Proc. Nº _____

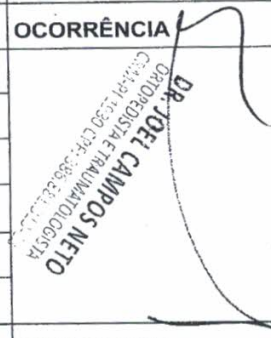
Rubrica _____

BOLETIM DE CONTROLE DE CENTRO CIRÚRGICO E OBSTÉTRICO

DATA 11 / 10 / 17

NOME DO PACIENTE: <u>Ciceia Rodrigues Lima</u>	PRONTUÁRIO Nº: <u>456583</u>
DIAGNÓSTICO: <u>Ruptura 113 msa de Apendicite</u>	CIRURGIA: <u>Não há 112 msa de Apendicite</u>
ANESTESIA:	Nº DA SALA: <u>05</u>
CIRURGIÃO: <u>Dr. Campos</u>	CPF Nº:
AUXILIAR: <u>Ch</u>	CPF Nº:
ANESTESIA: <u>Dr. Tanabe</u>	CPF Nº:
INSTRUMENTADORA: <u>Bene</u>	CPF Nº:

MATERIAL DE CONSUMO

DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO	DISCRIMINAÇÃO	UNID.	QUANT.	PREÇO
AGULHA 25X8	UNID.	01		LÂMINA DE BISTURI n	UNID.		
AGULHA 30X8	UNID.	01		LUVA Nº <u>7.5</u>	PAR	03	
AGULHA 40X12	UNID.	01		LUVA Nº _____	PAR		
AGULHA RAQUE	UNID.			LUVA DE PROCEDIMENTO	PAR	05	
ALCOOL 70%	ML	150		PVPI DE GERMANTE	ML	150	
ALGODÃO	BOLA			PVPI TÓPICO	ML	150	
ÁGUA OXIGENADA	ML	150		PVPI TINTURA	ML		
COMPRESSA	PAC.	01		SERINGA 20CC	UNID.	01	
EQUIPO MACRO-GOTA	UNID.			SERINGA 10CC	UNID.	01	
ESPARADRAPO	CM	80		SERINGA 5CC	UNID.	01	
ESCALPE Nº	UNID.			SERINGA 3CC	UNID.		
FORMOL	ML			SORO FISIOLÓGICO *	FRASCO		
GASES	PAC.	05		SONDA URETRAL c. 19 cm	UNID.	01	
JELCO Nº	UNID.			eletro		05	
FIOS	UNID.	QUANT.	PREÇO	OCORRÊNCIA			
CAT. GUT. SIMPLES C/AG							
CAT. GUT. SIMPLES S/AG.							
CAT. GUT. CROMADO C/AG							
CAT. GUT. CROMADO S/AG							
ALCOFIL							
MONONYLON							
FITA UMBILICAL				ENFERMARIA:			
VICRYL				CIRCULANTE: <u>6.12</u>			
PROLENE							

MOD - 094



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 10:40:05

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071110400429500000005378990>

Número do documento: 19071110400429500000005378990



FOLHA DE ANESTESIA



UNIDADE DE SAÚDE

NOME DO PACIENTE <i>Guarã Rodrigues Lima</i>				Nº DE REGISTRO		
DATA: <i>11/10/17</i>	P. ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
EXAMES DE SANGUE	GR. SANGINEO	HEMATIMETRIA	HEMOGLOBINEMIA	HEMATOCRITOS	GLICEMIA	DOS. URÉIA
EXAMES DE URINA						
FUNÇÃO RESPIRATÓRIA						
SISTEMA CIRCULATÓRIO <i>HAS e DM</i>				ELETROCARDIOGRAMA		
SISTEMA RESPIRATÓRIO				ASMA	BRONQUITE	
SISTEMA DIGESTIVO				SISTEMA URINÁRIO		
ESTADO MENTAL				CORTICOIDES	ATARAXICOS	OUTROS
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <i>Fratura antebraço esquerdo</i>				FÍSICOS		
PRÉ-MEDICAÇÃO (AGENTES DOSES)				APLICADO AS	EFEITOS	
AGENTES ANESTÉSICOS		TOTAL DE DOSES				
OXIGÊNIO						
LIQUÍDOS						
TEMPERATURA						
P. ARTERIAL						
V. O. PULSO						
INÍCIO E FIM ANESTESIA						
INÍCIO E FIM OPERAÇÃO						
RESPIRAÇÃO						
SÍMBOLOS						
TÉCNICAS		INCIDENTE - ACIDENTE				
OPERAÇÕES		CONDICÕES PÓS-OPERATÓRIO IMEDIATAS				
CIRURGIÕES						
ANESTESISTAS						
PARTICULARIDADES						

MOD. 76 - HUT



RELATÓRIO DE OPERAÇÃO centro cirúrgico					
Nome do Paciente _____					
Diagnóstico pré-operatório <u>Pneumonia 113 Anestezista</u>					
Operação - Tipo <u>Atm de Anestezista</u>					
Cirurgião <u>Dr. Carlos</u>		1º Assinante <u>Cirurgião</u>			
2º Assinante _____		3º Assinante _____			
Instrumentador(a) _____		Anestesiologista _____		Anestesia _____	
Anestésico(a) _____					
Data da Operação _____		Início _____		Fim _____	
Diagnóstico Pós-operatório _____					
Relatório Imediato do Patologista _____					
Acidente Durante a Operação _____					
DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO (Técnica, Ligadura, Suturas, Drenagem, Fechamento)					
1. Drenagem Aguda, dir. Blom um / G-2 2. Atm Anestezista - Direção. D-2 no Jm 3. Fix p- ampb. 4. Cuid. Dte final					



Dr. Yuri Ilyashenko /

Técnico: 61
MÉDICO ASSISTENTE

Airtel

Ortopedia e Traumatologia
DA COLUNA VERTEBRAL
TEOT 13-882





NOME Cícera Rodrigues IDADE anos DATA 10/10/2017
 HORÁRIO DE ADMISSÃO 10 hs 40 min TIPO DE ANESTESIA GERAL () RAQUE () BLOQUEIO () PERIDURAL () SEDACÃO
 CIRURGIA REALIZADA grat. Ponto (C) CIRURGIÃO

SINAIS VITAIS	ADMISSÃO	SAÍDA
PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)	<u>156 / 79</u>	<u>168 / 85</u>
FREQUÊNCIA CARDÍACA (bpm)	<u>74</u>	<u>75</u>
SATURAÇÃO DE O ₂ (%)	<u>100</u>	<u>100</u>
TEMPERATURA AXILAR (O° C)		
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA (rpm)		
NOME/ MATRÍCULA	<u>Adelina</u>	<u>Adelina</u>

ÍNDICE DE ALDRETTEE KROULIK		ADMISSÃO	SAÍDA
ATIVIDADE MUSCULAR	Movimenta os quatro membros	2 ☒	2 ☒
	Movimenta dois membros	1 ☐	1 ☐
	É incapaz de mover os membros voluntariamente ou sob comando	0 ☐	0 ☐
RESPIRAÇÃO	É capaz de respirar profundamente ou de tossir livremente	2 ☒	2 ☒
	Apresenta dispnéia ou limitação da respiração	1 ☐	1 ☐
	Tem apnéia	0 ☐	0 ☐
CIRCULAÇÃO	PA em 20% do nível pré-anestésico	2 ☒	2 ☒
	PA em 20-49% do nível anestésico	1 ☐	1 ☐
	PA em 50% do nível pré-anestésico	0 ☐	0 ☐
CONSCIÊNCIA	Esta lúcido e orientado no tempo e espaço	2 ☐	2 ☐
	Desperta, se solicitado	1 ☐	1 ☐
	Não responde	0 ☐	0 ☐
SATURAÇÃO O ₂	É capaz de manter saturação de O ₂ maior de 92% respirando em ar ambiente	2 ☒	2 ☒
	Necessita de O ₂ para manter saturação maior que 90%	1 ☐	1 ☐
	Apresenta saturação de O ₂ menor que 90%, mesmo com suplemento de O ₂	0 ☐	0 ☐

ESCALA DE DOR ADMISSÃO

ESCALA DE DOR ALTA

TOTAL 08

ASS.

() Sonda Vesical	() Dreno de Sucção	() Dreno Torácico	() DVE	() Colostomia	Sonda () Nasog () Nasoe
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		
hs mL	hs mL	hs mL	hs mL		

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM:
 10/10/17 Admitida na sala, em rot. grat. ponto (C), sob efeito de sedação. Contente, consciente. Respira a partir de oxigênio, hemodinamicamente estável. Sem febre.

RAIO-X REALIZADO
 DATA 11/10/2017
 Técnico:

PRESCRIÇÃO MÉDICA

ALTA SRPA

HORÁRIO

ANESTESIOLOGISTA

ENCAMINHAMENTO [] EXTERNO [] SALA DE GESSO [] IMAGENS E GRÁFICOS []

POSTO: [] 1 [] 2 [] 3 [] EMERGÊNCIA PED. UTI: [] PED [] NEURO [] GERAL [] 4 [] QUEIM. CLÍNICA: [] PED [] PORT [] NEU [] CIR [] MED



**CENTRO INTEGRADO DE SAUDE LINEU ARAUJO**

Rua Magalhães Filho, 152 - Su Centro - Fone: 86 3221-3040

TERESINA-PI CEP: 64000-000 CNPJ: 05.522.917/0016-56

LAUDO MÉDICO

Paciente: **CICERA RODRIGUES LIMA (Prontuário: 366318)**
Endereço: QD 49 CASA 02 PQ PIAUI - PARQUE PIAUI - TERESINA - PI CEP: -
Nascimento: 07/05/1959 Idade: 58a:5m:19d Sexo: Feminino Origem: OUTRA UNIDADE Atendimento: 0
Requisição: 96059 Solicitação: 23/10/2017 Solicitante: MEDICO
Controle: 113328 Convênio: S U S

RELATÓRIO:

Cod. SIA: 0204040019

Data Exame: 23/10/2017

ANTEBRAÇO ESQUERDO

- Tala de imobilização.
- Fios metálicos na região metaepifisária distal do rádio.

(TICIANA VIEIRA)

TERESINA - PI 26/10/2017

ALEXANDRE VITOR TAPETY E SILVA REGO

CRM -3678

Profissional Responsável





Prefeitura Municipal de Teresina
Secretaria Municipal de Saúde

CENTRAL DE REGULAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR COMPROVANTE DE REGULAÇÃO

AUTORIZAÇÃO: 29841720	Nº DA REGULAÇÃO: 3388
ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 7823169 - UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA - (86) 3234-7074	
ESTABELECIMENTO REFERENCIADO: 5828856 - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	
LEITO: ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA	
PACIENTE: CICERA RODRIGUES LIMA	NASCIMENTO: 05/05/1961

DADOS CLÍNICOS

HISTÓRIA CLÍNICA:

DOR E EDEMA EM PUNHO E RX PUNHO E 2P FRAT RADIO ECD TALA GESSADA LUVA

PROVAS DIAGNÓSTICAS:

RX

DIAGNÓSTICO(CID): FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO

COMORBIDADE:

PRESSÃO ARTERIAL: **FREQ. CARDÍACA:** **SATURAÇÃO:** **FREQ. RESPIRATÓRIA:**

GLICEMIA: **NÍVEL DE CONCIÊNCIA:** **USO DE O2:**

USO DROGAS VASOATIVAS:

USO ANTIBIÓTICOS:

USO DE OUTRAS MEDICAÇÕES:

DATA: 09/10/2017 17:53:41

DR. EDUARDO SOUZA LIMA JUNIOR
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA
CRM 2313 / RCO - 8854

MEDICO RESPONSÁVEL PELO ENCAMINHAMENTO / CARIMBO





LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE INTERNAÇÃO/AUTORIZAÇÃO HOSPITALAR	Nº LAUDO: 21161
	AIH: 2217102249197

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

ESTABELECIMENTO SOLICITANTE UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO 24 HORAS - UPA RENASCENÇA	CNES 7823169
ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA PROFESSOR ZENON ROCHA - HUT	CNES 5828856

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CARTÃO SUS 801440492155130	NOME DO PACIENTE CICERA RODRIGUES LIMA	NASCIMENTO 05/05/1961	SEXO F	PRONTUÁRIO 426583
DOCUMENTO 8932491314	TELEFONE 8932491314	NOME DA MÃE MARIA RODRIGUES COSTA	RESPONSÁVEL ROSA RODRIGUES DA SILVA COSTA	
CEP 64330000	ENDEREÇO - LOGRADOURO			NUMERO / LOTE 56
BAIRRO CENTRO	COMPLEMENTO	MUNICÍPIO SAO MIGUEL DO TAPUIO	UF PI	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

PACIENTE VITIMA DE QUEDA, DOR E DEFORMIDADE EM PUNHO ESQUERDO.

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

NECESSIDADE DE CIRURGIA

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADO DOS EXAMES REALIZADOS)

RX - FRATURA DISTAL DO RADIO

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CID 10 PRINCIPAL / DIAGNÓSTICO INICIAL S525 - FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DO RADIO	CID 10 SECUNDARIO	CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
--	--------------------------	---------------------------------

PROCEDIMENTO SOLICITADO

COD/DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408020407 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA EXTREMIDADE METAFISE DISTAL DOS OSSOS DO ANTEBRACO

LEITO/CLÍNICA

ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

PROFISSIONAL SOLICITANTE (ASSINATURA/CARIMBO(Nº DO CONSELHO))

ALMIR ALVES REBELO FILHO
CPF: 77258690344

CRM:

CARÁTER

URGÊNCIA

DATA SOLICITAÇÃO

09/10/2017

DATA ADMISSÃO
09/10/2017 23:27

DATA ALTA
12/10/2017 01:00

MOTIVO ALTA
ALTA MELHORADO

CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

TIPO ACIDENTE	CNPJ SEGURADORA	Nº DO BILHETE	SÉRIE	CNPJ DA EMPRESA	CNAE EMPRESA	CBOR	NATUREZA DA LESÃO

AUTORIZAÇÃO

JUSTIFICATIVA DA "NÃO" AUTORIZAÇÃO

PROFISSIONAL AUTORIZADOR (ASSINATURA E CARIMBO(Nº DO CONSELHO))	NOME DO PROFISSIONAL / PARECER CONTROLE AVALIAÇÃO / AUDITORIA
JOSE DE RIBAMAR SANTOS FILHO CPF: 37320645300	
CRM:	CRM:
DATA ANALISE: 09/10/2017 23:49:28	DATA ANALISE:

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL:



CLIFOR - Clínica de Fraturas Ortopedia e Reabilitação

CNPJ 41.613.878 / 0002 - 60

Conj. Direceu II - Quadra 203 - Casa 11 - Fone: (86) 3235-4800
CEP 64078-140 - Teresina - Piauí

"Plantão Permanente"

ORTOPEDISTAS

Dr. Sotter Douville
CRM 1493-PI

Dr. Wilson Rodrigues
CRM 1839-PI

Dr. Weidner Resende
CRM 1352-PI

FISIOTERAPEUTAS

Dr. Wagner Mesquita Rodrigues
CREFITO 65.710-F

Dra. Fabíola Santos Araújo
CREFITO 126.354-F

Cecilia R. Lima

Solange Rodrigues

João Manoel

112 Pulmão da 1ª e 2ª

100ml e

30
11
17

Dr. Sotter D. Brito Neto
CRM 1493 / CPF: 148.432.193-90
ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA

MOD.03

Voltando à consulta queira trazer esta receita



Voltar no dia _____ às _____ horas.
Diagnóstico _____
Marcar Consulta na "CLIFOR" _____

Observações:

Se o gesso fica apertado e causar dor intensa, dedos frios, pálidos, azulados, inchados, volte imediatamente para ser examinado.
CUIDADO COM O GESSO - Não Molhar, Não Cortar, Não Retirar e Não Pisar. Estamos Permanentemente ao seu dispor.





HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA

NOME DO PACIENTE: Ciceira Honorato -
NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 456583 Wm

SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO - SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".

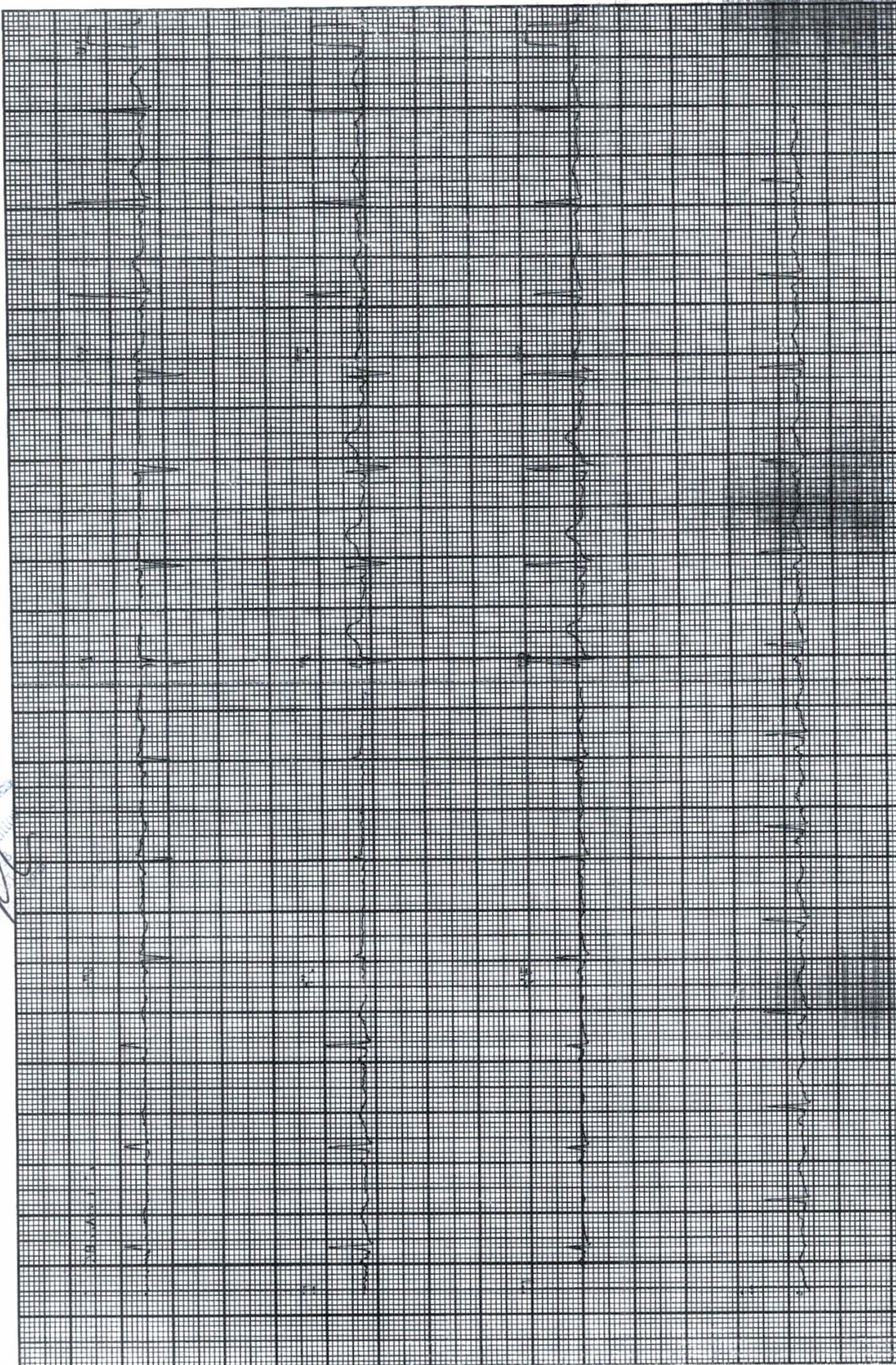




2na Rodrigues Lima

N: 07.05.1959 - 58a

Data: 10.10.2017 - 09:45h





17.577.205/0015-32
UPA RENASCENÇA
Rua Rio Verde Nº 2810
Renascença III CEP 64.082-110
Teresina - PI

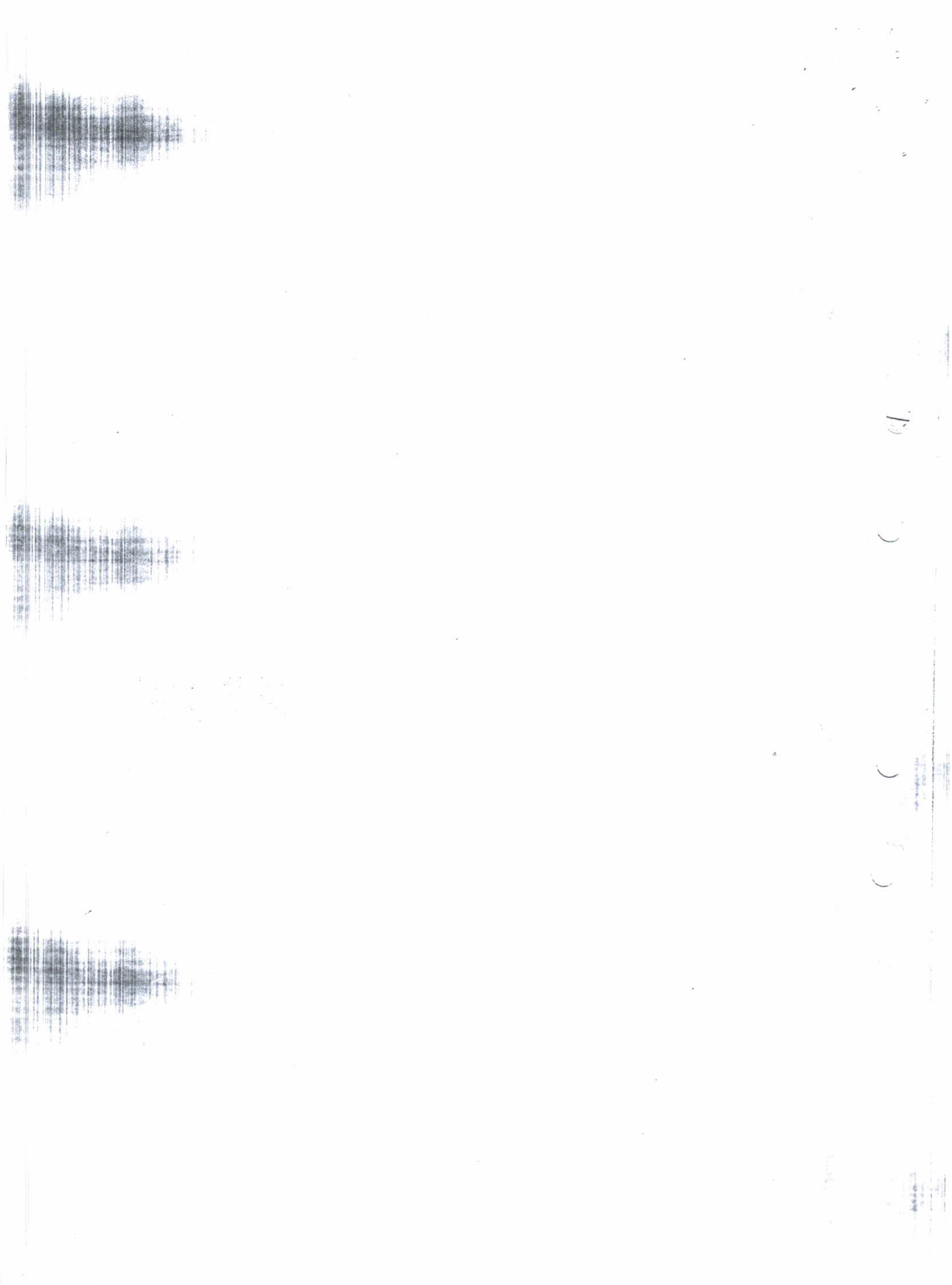
SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <u>VPA</u>	Para Unidade <u>MIU</u>
Paciente <u>Ricarda Rodrigues Lima</u>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<u>Queda</u> <u>de um chuveiro no 3º</u> <u>cão 4525</u> <u>de macho instável</u>	
HD.	DR. EDMAR DE SOUZA LIMA JUNIOR ORTOPEDIA / TRAUMATOLOGIA CRM 2313 TEOT - 8054
Data <u>08/10/19</u>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para Unidade
DIAGNÓSTICO	
Data ____/____/____	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo





NOME DO PACIENTE	Prontuário	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO																												
Diagnóstico Atual e Comorbidades	Médico Assistente/Especialidade																																
Nome do Paciente: <u>Carla Rocha Gomes</u> Diagnóstico Atual e Comorbidades: <u>profun. crônico do S. Int.</u> DATA: <u>10/10/17</u> HORA: <u>10h</u> PREScrição Médica: 1 - Dieta geral 2 - SF 0,9% 500ml EV de 12/12h 3 - Dipirona 01 amp + ADEV 6/6h 4 - Tenoxicam 20mg + ADEV 12/12h 5 - Ranitidina 50mg + ADEV 8/8h 6 - Plasil 01 amp + ADEV 8/8h 7 - CCGG + SSVV 8 - Lantoprol 25mg VO, 8/8h	ALERGIAS HORÁRIO OBSERVAÇÕES <table border="1"> <thead> <tr> <th>H</th> <th>PA</th> <th>T</th> <th>P</th> <th>R</th> <th>DURESE</th> <th>CIÊNIA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12</td> <td></td> <td>36</td> <td>78</td> <td>16</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>13</td> <td></td> <td>37</td> <td>85</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td></td> <td>38</td> <td>78</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					H	PA	T	P	R	DURESE	CIÊNIA	12		36	78	16			13		37	85				14		38	78			
H	PA	T	P	R	DURESE	CIÊNIA																											
12		36	78	16																													
13		37	85																														
14		38	78																														

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

[illegible]

MÉDICO/CRM:

Mod: 007



Assinado eletronicamente por: HAUZENY SANTANA FARIAS - 11/07/2019 10:40:05

<http://tjpi.pje.jus.br:80/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19071110400429500000005378990>

Número do documento: 19071110400429500000005378990



PRESCRIÇÃO MÉDICA



NOME DO PACIENTE	PRONTUÁRIO	D. NASCIMENTO	CLÍNICA	ENF. ou APT.	LEITO
Cicero Rodrigues Leive			ORTO	P-01	
DIAGNÓSTICO ATUAL E COMORBIDADES	MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE				
Fratura do Radio Pental C					
PRESCRIÇÃO MÉDICA	OBSERVAÇÕES				
DATA: 10/20/17 HORA: :	24h PA=170 x 90mmHg, P=90bpm.				
Taísa da C. Sobral Caland	Téc: Mariana Zos 192				
NUTRICIONISTA	10.10.2017 - 09:45h, glicidi-				
Q Data 01 PM e HAS CRN 1016916ª REGIÃO	zade ECG. ded. enf. VFI				
① Repirare 1comp VO 666 Suk	24h	12h	Sasmin 3x120 - 11		
② Captopril 25mg VO 12, 12h.					
③ Apretinure 500mg VO após o almoço					
④ 500mg + C 600					
	10/15/17				
	José Felipe Neto CRM-13558 CPF: 096.897.373-68				
	A O C C.				
	A 7 JUL 2017				
	Dr. Arthur Sampaio Soares de Sousa				
	Cirurgião				

MÉDICO/CRM:

✓ D / ANSWER 11/10/17

Mod: 007



DIAGNOSTICO ATUAL E COMORBIDADES

PRONTUÁRIO

D. NASCIMENTO

CLÍNICA

ENT. ou APT.

LEITO

ALERGIAS

MÉDICO ASSISTENTE/ ESPECIALIDADE

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA: / / HORA:

HORÁRIO

OBSERVAÇÕES

OBSERVAÇÕES

MÉDICO/CRM:

Mod: 007

