



Relação de documentos e exames necessários para abertura de processo, para dispensação de medicamentos padronizados no elenco estadual, para tratamento medicamentoso complementar da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) grave ou muito grave, conforme Portaria GAB/SES-GO n.º 285/2013 c/c Portaria GAB/SES-GO n.º 199/2018 e a Portaria GAB/SES-GO n.º 114/2014.

- BROMETO DE GLICOPIRRÔNIO 50 mcg (por cápsula inalante);
- BROMETO DE TIOTRÓPIO 2,5 mcg (Solução para inalação);
- SALMETEROL 50 mcg + FLUTICASONA 250 mcg (Pó inalante);
- SALMETEROL 25 mcg + FLUTICASONA 125 mcg (Suspensão propelente).

*Juarez Melo  
Neusa Ferreira Melo  
Matrícula: 007123371  
Autor de Abertura de Processo  
CEMAC - Juarez Barbosa  
9-03-20  
2016/2017  
9-03-2017*

## - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) -

Classificação no código internacional de doenças CID- 10 contemplado no CEAf\*.

J 44.0 — Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior.

J 44.1 — Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbão aguda não especificada.

J 44.8 — Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica

\*CEAF- Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

### ATENÇÃO:

Este Protocolo se destina somente a pacientes residentes e domiciliados no Estado de Goiás, mediante comprovação documental e visita domiciliar, conforme descrito no item 5 (ver abaixo).

#### 1 – Prescrição médica devidamente preenchida por especialista em PNEUMOLOGIA:

- RECEITA (original + xerox): com posologia, datada, assinada e carimbada pelo médico solicitante. (Validade máxima de 90 dias, contados a partir da data de emissão);

O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal 9.787 de 10/02/1999.

#### 2 – Relatório médico elaborado por especialista em PNEUMOLOGIA. *original + xerox*

#### 3 – Formulário para inclusão e acompanhamento dos pacientes com DPOC, Estadios III e IV, devidamente preenchido por médico especialista em PNEUMOLOGIA (ver páginas 3 e 4).

#### 4 – \*\* Segue relação dos Exames Obrigatórios para inclusão no Programa. Conforme RDC/ANVISA N° 302/2005, ressalta-se que o Laudo Laboratorial deve ser datado e assinado pelo responsável técnico.

- Xerox do Laudo de Radiografia do Tórax, nas incidências PA e Perfil, com validade máxima de 180 dias;
- Xerox do Exame completo (demonstração espirométrica de distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo, com o resultado de VEF1/CVF pós-broncodilatador) com o Laudo de Espirometria devidamente datado e assinado. (Validade máxima de 180 dias)
- Xerox do Laudo do exame de Gasometria Arterial, apenas quando a hipoxemia ou a hipercapnia forem os critérios para classificação da DPOC nos Estadios III ou IV.

\*\* ATENÇÃO, posteriormente, a xerox de laudo de OUTROS exames complementares pode ser exigida por esta Unidade de Saúde, para que a avaliação dessa solicitação seja concluída.

#### 5 – Apresentar xerox dos seguintes documentos do paciente:

ATENÇÃO: Considerando a Portaria nº114/2014-GAB/SES-GO que amplia o acesso ao Usuário à assistência farmacêutica no Estado de Goiás para a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (D.P.O.C.) e a Portaria

GAB-SES/GO nº 285/2013, em seu artigo 4º em conjunto com a Portaria GAB-SES/GO nº 199/2018 dos documentos, listados a seguir, deverão ser obrigatórios para a abertura do processo de autorização dos medicamentos contidos neste Protocolo Clínico Complementar e Diretrizes Terapêuticas, bem como, a realização de visita domiciliar ao endereço informado pelo requerente (paciente), sem agendamento prévio, no intuito de que haja comprovação de que este reside no Estado de Goiás.

- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- CPF;
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone). Caso o comprovante de endereço não esteja no nome do requerente, o proprietário e/ou locatário do imóvel deverá emitir uma declaração, devidamente assinada, cientificando que o requerente (paciente) reside naquele local. A assinatura do declarante deverá ter firma reconhecida em cartório.
- Cartão SUS. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na *Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC)*.

**6 – Termo Compromisso para Monitorização** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura e em 02 vias. Atenção: esse documento é *assinado apenas pelo paciente (ou responsável legal)*. O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente (ver página 4).

**7 – Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Atenção: esse documento é *assinado pelo paciente (ou responsável legal) e pelo médico*. O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente (ver página 5).

**6 – LME** (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) adequadamente preenchido (ver formulário de instruções para preenchimento anexado ao LME). As instruções de preenchimento e o arquivo do LME, para preenchimento manual, ainda estão disponíveis para serem baixados (download) no sítio eletrônico <http://www.saude.go.gov.br>. Cabe ainda salientar que o LME terá sessenta (60) dias de validade, a partir de sua data de preenchimento pelo médico solicitante, para a solicitação de medicamentos na Unidade.

Relação de documentos e exames necessários para abertura de processo para dispensação de medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), conforme Portaria GM/MS n.º 1.554/2013, com suas atualizações, e a Portaria SAS/MS n.º 609/2013, preconizada nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde.

- BUDESONIDA 400 mcg (por cápsula inalante);
- FORMOTEROL 12 mcg (por cápsula inalante);
- FORMOTEROL 6 mcg + BUDESONIDA 200 mcg (pó inalante);
- FORMOTEROL 12 mcg + BUDESONIDA 400 mcg (pó inalante);

*Juarez Barbosa Melo  
 Matriúculo: 0071233371  
 Matrícula de Abertura de Processo  
 CEAC - Juarez Barbosa  
 09/03/2019  
 Revisor: 02/03/2019  
 Revisor: 02/03/2019*

## - DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA (DPOC) -

Classificação no código internacional de doenças CID- 10 contemplado no CEAF\*.

**J 44.0** — Doença pulmonar obstrutiva crônica com infecção respiratória aguda do trato respiratório inferior.

**J 44.1** — Doença pulmonar obstrutiva crônica com exacerbação aguda não especificada.

**J 44.8** — Outras formas especificadas de doença pulmonar obstrutiva crônica

\*CEAF-Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

### 1 – Prescrição médica devidamente preenchida:

- RECEITA (original + xerox): com posologia, datada, assinada e carimbada pelo médico solicitante. (Validade máxima de 90 dias, contados a partir da data de emissão);  
 O medicamento deve ser prescrito pela Denominação Comum Brasileira, considerando o Art. 3º da Lei Federal 9.787 de 10/02/1999.

### 2 – Relatório médico informando: *original + xerox*

- os sinais e sintomas respiratórios;
- o estágio da DPOC ;
- as doenças concomitantes;
- se o paciente é tabagista ou participa de algum programa antitabagismo.

### 3 – \*\* Segue relação do(s) Exame(s) Obrigatório(s) para inclusão no Programa. Conforme RDC/ANVISA Nº 302/2005, ressalta-se que o Laudo Laboratorial deve ser datado e assinado pelo responsável técnico.

- Xerox do Laudo de Radiografia do Tórax, nas incidências PA e Perfil, com validade máxima de 180 dias;
- Xerox do **Exame completo** (demonstração espirométrica de distúrbio ventilatório de tipo obstrutivo, com o resultado de VEF1/CVF pós-broncodilatador) com o **Laudo de Espirometria** devidamente datado e assinado. (Validade máxima de 180 dias)
- Xerox do Laudo do exame de Gasometria Arterial, apenas quando a hipoxemia ou a hipercapnia forem os critérios para classificação da DPOC nos Estadios III ou IV.

\*\* ATENÇÃO, posteriormente, a xerox de laudo de OUTROS exames complementares pode ser exigida por esta Unidade de Saúde, para que a avaliação dessa solicitação seja concluída.

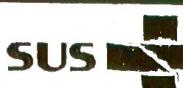
### 4 – Apresentar xerox dos seguintes documentos do paciente:

- Carteira de Identidade ou Certidão de Nascimento;
- CPF;
- Comprovante de Endereço com CEP (água, luz ou telefone);

Cartão SUS. Caso o usuário não possua Cartão SUS, este cartão poderá ser feito na *Central Estadual de Medicamentos de Alto Custo Juarez Barbosa (CEMAC JB)*.

5 – **Termo de Esclarecimento e Responsabilidade** com todos os campos corretamente preenchidos sem emenda e/ou rasura. Atenção: esse documento é *assinado pelo paciente (ou responsável legal) e pelo médico*. O reconhecimento da incapacidade do paciente é confirmado mediante a apresentação de documentos comprobatórios (Tutela, Curatela, Interdição ou equivalente) ou, ainda, por meio do preenchimento do “campo 13” do LME pelo médico assistente.

6 – LME (Laudo para Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica) adequadamente preenchido (ver formulário de instruções para preenchimento anexado ao LME). As instruções de preenchimento e o arquivo do LME, para preenchimento manual, ainda estão disponíveis para serem baixados (*download*) no sítio eletrônico <http://www.saude.gov.br/page/77/central-de-medicamentos-de-alto-custo-cmac>. Cabe ainda salientar que o LME terá sessenta (60) dias de validade, a partir de sua data de preenchimento pelo médico solicitante, para a solicitação de medicamentos na Unidade.



Sistema Único de Saúde

Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÉUTICA

## FOLHADO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

## SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

## CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES\*

2339552

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3- Nome completo do Paciente\*

Jairo Januário da Silva

5-Peso do paciente\*

96

kg

4- Nome da Mãe do Paciente\*

X Abadia Rufina Januário

6-Altura do paciente\*

153

cm

7- Medicamento(s)\*

	8- Quantidade solicitada*		
	1º mês	2º mês	3º mês
1	Formotuel 12 + Buduronida 400 pó oral 1h 1h 1h		
2			
3			
4			
5			

9- CID-10\*

J44.8

10- Diagnóstico

DPOC

11- Anamnese\*

Dipneia, tosse, náuseas

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?\*

 SIM. Relatar: NÃO

Alergia

## 13- Atestado de capacidade\*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

 NÃO  SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

X Ordalia Conceição da Silva

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*

Dr. Heloisa da S. M. Costa

17- Assinatura e carimbo do médico\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

20176401400004

16- Data da solicitação\*

10/03/2020

Dr. Heloisa da S. M. Costa  
CRM 10010-5  
Clínica Médica18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante  
e CPF 893816701-10

Outro, informar nome:

19- Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável\*

 Branca Amarela Preta Indígena. Informar Etnia: Parda Sem informação

705 900502085277

20- Telefone(s) para contato do paciente

62 - 32426884

62 98210 6620

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

Dr. Heloisa da S. M. Costa  
CRM 10010-5  
Clínica Médica

21- Número do documento do paciente

 CPF ou  CNS

051894541 - 39

22- Correio eletrônico do paciente

-

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO



ClínicaVittá  
GOIÂNIA

JOVINO JANUÁRIO DA SILVA

**USO INALATÓRIO**

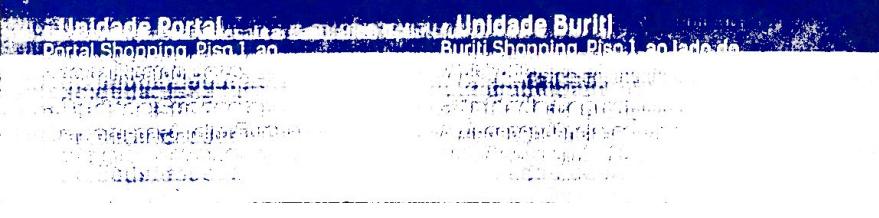
1- FORMOTEROL 12  
BUDESONIDA 400  
PÓ INALANTE ----- CONTÍNUO

INALAR 1 VEZ 12/12H , Lavar boca após .

*(Signature)*  
Dra. Heloisa da S. Moreira Costa  
CRM 10020-6  
Pneumologista/Clinica Médica

10/03/2020

Responsável Técnica: Dra. Karla Almeida Freitas Oliveira CRM: 20599  
Responsável Técnica: Dra. Luciana L. C. de Carvalho CRM: 19229  
Responsável Técnica: Dra. Lanna C G Leite CRM: 19507





Clínica **Vittá**  
GOIÂNIA

JOVINO JANUÁRIO DA SILVA

**USO INALATÓRIO**

**1- FORMOTEROL 12  
BUDESONIDA 400  
PÓ INALANTE ----- CONTÍNUO**

**INALAR 1 VEZ 12/12H , LAVAR BOCA APÓS .**

Dra Heloisa M. Almeida  
CRM 103206  
Pneumologa/Clinica Medico

10/03/2020

Responsável Técnica: Dra. Karla Almeida Freitas Oliveira CRM: 20599

Responsável Técnica: Dra. Luciana L. C. de Carvalho CRM: 19229

Responsável Técnica: Dra. Lanna C. G. Leite CRM: 19507

**Unidade Portal**

Portal Shopping, Piso 1, ap.

**Unidade Buriti**

Buriti Shopping, Piso 1, lado do elevador





JOVINO J DA SILVA

**USO INALATÓRIO**

**1- BROMETO DE TIOTRÓPIO 2,5  
SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO ----- CONTÍNUO**

**INALAR 2 JATOS CEDO .**

Dra. Heloisa da S. Moreira  
CRM: 19229  
Pneumologista/Clinicóloga

10/03/2020

Responsável Técnica: Dra. Karla Almeida Freitas Oliveira CRM: 20599

Responsável Técnica: Dra. Luciana L. C. de Carvalho CRM: 19229

Responsável Técnica: Dra. Lanna C. G. Leite CRM: 19507

Unidade Portão  
Portão Shopping, Piso 1, ae

Unidade Buriti  
Buriti Shopping, Piso 1, ee, fdd

Unidade Jardim das Américas

Jardim das Américas, Piso 1, ee, fdd

Unidade Setor Sul

Setor Sul, Piso 1, ee, fdd

Unidade Jardim Botânico

Jardim Botânico, Piso 1, ee, fdd

Unidade Jardim das Américas

Jardim das Américas, Piso 1, ee, fdd

Unidade Jardim Botânico

Jardim Botânico, Piso 1, ee, fdd





NOME: JOVINO JANUARIO DA SILVA

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE JOVINO JANUÁRIO DA SILVA , 83 A , EX-TABAGISTA , É PORTADOR DE DPOC GOLD D , COM DISPNÉIA MRC 4 E ITR DE REPETIÇÃO .  
PFP - DVO MODERADO , PBD+  
VEF1 PRÉ 50% , PÓS 55%  
ASSIM, TEM INDICAÇÃO DE USAR FORMOTEROL 12+BUDESONIDA 400 CONFORME PRESCRIÇÃO .

CID 10 : J44.8

Dra Heloisa Alves Costa  
(CRM: 19229)  
Próf. Dr. Gisele Costa Mendes

10/03/2020

Responsável Técnica: Dra. Karla Almeida Freitas Oliveira CRM: 20599

Responsável Técnica: Dra. Luciana L. C. de Carvalho CRM: 19229

Responsável Técnica: Dra. Lanna C. G. Leite CRM: 19507

• Unidade Portal  
Portal Shopping, Piso 1, ao  
lado da Ricardo Eletro

• Unidade Sudoeste  
Rua Noruega, Jardim Europa  
Em frente ao terminal Bandeiras

• Unidade Buriti  
Buriti Shopping, Piso 1, ao lado do  
Vapt-Vupt

• Unidade Centro  
Av. Independência, esquina  
com Av. Goiás, nº 4259

Fone: 62 3996 0505  
[www.clinicavittagoiania.com.br](http://www.clinicavittagoiania.com.br)

**NOME:** JOVINO JANUARIO DA SILVA

**RELATÓRIO MÉDICO**

O PACIENTE JOVINO JANUÁRIO DA SILVA , 83 A , EX-TABAGISTA , É PORTADOR DE DPOC GOLD D , COM DISPNÉIA MRC 4 E ITR DE REPETIÇÃO .  
PFP - DVO MODERADO , PBD+  
VEF1 PRÉ 50% , PÓS 55%  
ASSIM, TEM INDICAÇÃO DE USAR BROMETO DE TIOTRÓPIO 2,5 CONFORME PRESCRIÇÃO .

CID 10 : J44.8

Dra Heloísa Oliveira Costa  
CRM 19229  
Pneumologista Clínica Vittá

10/03/2020

Responsável Técnica: Dra. Karla Almeida Freitas Oliveira CRM: 20599

Responsável Técnica: Dra. Luciana L. C. de Carvalho CRM: 19229

Responsável Técnica: Dra. Lanna C. G. Leite CRM: 19507

**Unidade Buriti**

Portal Shopping, Piso 1, sala 100

**Unidade Buriti**

Buriti Shopping, Piso 1, sala 100





Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

Secretaria de Estado da Saúde

X

## COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

### LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

#### SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

##### CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1-Número do CNES\*

2339552

2- Nome do estabelecimento de saúde solicitante

Cariri Enseada do foremador

3- Nome completo do Paciente\*

Júlio Januário da Silva

5-Peso do paciente\*

46

kg

4- Nome da Mãe do Paciente\*

X Abadia Rufina Januário

6-Altura do paciente\*

153

cm

7- Medicamento(s)\*

1	2	3	4	5	8- Quantidade solicitada*	1º mês	2º mês	3º mês
1 Biometro de Fio duplo 2,5 ml p/ malaxar 1 h					1 h	1 h	1 h	
2								
3								
4								
5								

9- CID-10\*

744.8

10- Diagnóstico

DPOC

11- Anamnese\*

Síntese, Tore

12- Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença? \*

SIM. Relatar:

NÃO

Alergia

13- Atestado de capacidade\*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a obrigatoriedade da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

NÃO

SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

X Ordaliza Conceicao da Silva

Nome do responsável

14- Nome do médico solicitante\*

Dr. Delicia de S. m. Costa

17- Assinatura e carimbo do médico\*

15- Número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do médico solicitante\*

20176401400004

16- Data da solicitação\*

10/03/2020

X O

18- CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR\*:  Paciente  Mãe do paciente  Responsável (descrito no item 13)  Médico solicitante e CPF

Outro, informar nome:

89381670110

Branca

Amarela

Preta

Indígena. Informar Etnia:

Parda

Sem informação

20- Telefone(s) para contato do paciente

62- 32426884

21- Número do documento do paciente

CPF ou  CNS

051894541 - 34

23- Assinatura do responsável pelo preenchimento\*

Z

01/03/2020  
Ordaliza Conceicao da Silva  
Paciente: Dr. Delicia de S. m. Costa

\* CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolver o caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o(s) medicamento(s).

Autorizo a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás a fazer uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim. () Não.

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

() brometo de glicopirrônio.

() brometo de tiotrópio.

() salmeterol + fluticasona.

Local:	lari eleitorais do governador		Data:	10/10/2020
Nome do paciente:	Jovino J. da Silva			
Cartão Nacional de Saúde:	702 9005 0208 5277			
Nome do responsável legal:			<i>Na minha pele</i> Fernanda de Sousa Freire Mat.: 008103461-1 CEMAC Juarez Barbosa	
Documento de identificação do responsável legal:	<i>X Odalíbia Conceição da Silva</i> Assinatura do paciente ou do responsável legal		CRM:	10020
dr. Hailoia da S. m. Costa	Médico responsável		UF:	GO
<i>X</i>	Assinatura e carimbo do médico	Carimbo da Dr. Hailoia da S. M. Costa	Data:	10/10/2020

**Observação:**

- Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamentos padronizados no elenco estadual para tratamento medicamentoso da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.
- Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente, em qual componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE**  
**Fluticasona, salmeterol, tiotrópio, glicopirrônio.**

Eu, Jovino Januário de Siqueira (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de fluticasona, salmeterol, brometo de tiotrópio e brometo de glicopirrônio, indicados para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC).

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico Dra. Kállia da S. M. Costa (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios: diminuição das internações hospitalares, diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença, melhora da condição de saúde e da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- quanto aos riscos na gravidez, esses fármacos são classificados na categoria C; portanto, caso engravidar, devo avisar imediatamente o médico;

- efeitos adversos da fluticasona: rouquidão, candidíase (na boca e na garganta), reações de hipersensibilidade (cutânea, edema facial, edema orofaríngeo, broncoespasmo e anafiláticas), síndrome de Cushing, manifestações da síndrome de Cushing, supressão adrenal, retardo do crescimento em crianças e adolescentes, diminuição da densidade óssea, catarata, glaucoma, hiperglicemia, ansiedade, desordens do sono e alterações de comportamento;

- efeitos adversos do salmeterol: tremor, dor de cabeça e palpitações subjetivas, arritmias cardíacas (como fibrilação atrial, taquicardia supraventricular e extra-sístoles), irritação orofaríngea, cãibra, artralgia, hiperglicemia, reações de hipersensibilidade (incluindo reações anafiláticas como edema e angioedema), broncoespasmo, e choque anafilático;

- efeitos adversos do brometo de tiotrópio: boca seca, tontura, insônia, dor de cabeça, palpitações, tosse, faringite, disfonia, broncoespasmo, candidíase orofaríngea, constipação, gengivite, estomatite, erupção cutânea (*rash*), prurido, edema angioneurótico, urticária, hipersensibilidade (inclusive reações imediatas);

- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos;

- a associação salmeterol + fluticasona é contraindicada para pacientes com alergia conhecida a qualquer componente da fórmula;

- o brometo de tiotrópio é contraindicado em pacientes com histórico de hipersensibilidade conhecida à atropina ou aos seus derivados, por exemplo, ipratrópio ou oxitrópio, ou a qualquer um dos componentes da fórmula.

- o brometo de glicopirrônio é contraindicado para pacientes com hipersensibilidade ao glicopirrônio ou a qualquer um dos excipientes das preparações e deve ser utilizado com cautela em pacientes com glaucoma de ângulo fechado ou retenção urinária.

**\* Via Farmácia**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA MONITORIZAÇÃO**

Eu, Janez Jomário da Silveira (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre o período e os exames que constituem a monitorização estabelecida para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e que devo trazer os seguintes exames, a cada ano:

- Xérox do Laudo de Radiografia do Tórax, nas incidências PA e Perfil, com validade máxima de 180 dias;
- Xérox do Laudo do exame de Espirometria, demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador, com validade máxima de 180 dias.
- Formulário para inclusão e acompanhamento dos pacientes com DPOC, Estadios III e IV devidamente preenchido por médico especialista em PNEUMOLOGIA.

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

Documento de identificação do responsável legal: \_\_\_\_\_

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

X Ordalia Conceição da Silveira  
Assinatura do paciente ou do responsável legal

**Atenção:** O recebimento do medicamento deverá seguir as orientações internas da Unidade e previamente divulgadas durante a abertura do processo.

**2ª Via do Paciente**

**TERMO DE COMPROMISSO PARA MONITORIZAÇÃO**

Eu, \_\_\_\_\_ (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre o período e os exames que constituem a monitorização estabelecida para o tratamento da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) e que devo trazer os seguintes exames, a cada ano:

- Xérox do Laudo de Radiografia do Tórax, nas incidências PA e Perfil, com validade máxima de 180 dias;
- Xérox do Laudo do exame de Espirometria, demonstrando a relação VEF1/CVF fase pós-broncodilatador, com validade máxima de 180 dias.
- Formulário para inclusão e acompanhamento dos pacientes com DPOC, Estadios III e IV devidamente preenchido por médico especialista em PNEUMOLOGIA.

Nome do responsável legal: \_\_\_\_\_

Documento de identificação do responsável legal: \_\_\_\_\_

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

X Assinatura do paciente ou do responsável legal

**Atenção:** O recebimento do medicamento deverá seguir as orientações internas da Unidade e previamente divulgadas durante a abertura do processo.



JOVINO J DA SILVA

**USO INALATÓRIO**

**1- BROMETO DE TIOTRÓPIO 2,5  
SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO ----- CONTÍNUO**

**INALAR 2 JATOS CEDO .**

*Y*  
Dra. Heloisa dos Santos Oliveira Costa  
CRM 10323-6  
Pneumologista/Clinica Med Cc

*10/03/2020*

Responsável Técnica: Dra. Karla Almeida Freitas Oliveira CRM: 20599

Responsável Técnica: Dra. Luciana L. C. de Carvalho CRM: 19229

Responsável Técnica: Dra. Lanna C. G. Leite CRM: 19507

**Unidade Portal** - Centro Comercial Unidade Buriti

Portal Shopping, Piso 1, loja

100, 101 e 102

Av. Presidente Dutra, 1000

Brasília - DF

CEP: 70160-000

Tel: (61) 3229-2000

Buriti Shopping, Piso 1, Unidade da

Av. Presidente Dutra, 1000

Brasília - DF

CEP: 70160-000

Tel: (61) 3229-2000

Fax: (61) 3229-2001

E-mail: [unidadeburiti@clinicavitta.com.br](mailto:unidadeburiti@clinicavitta.com.br)



NOME: JOVINO JANUARIO DA SILVA

RELATÓRIO MÉDICO

O PACIENTE JOVINO JANUÁRIO DA SILVA , 83 A , EX-TABAGISTA , É PORTADOR DE DPOC GOLD D , COM DISPNÉIA MRC 4 E ITR DE REPETIÇÃO .  
PFP - DVO MODERADO . PBD+  
VEFI PRÉ 50% , PÓS 55%  
ASSIM, TEM INDICAÇÃO DE USAR BROMETO DE TIOTRÓPIO 2,5 CONFORME PRESCRIÇÃO .

CID 10 : J44.8

10/03/2020

Responsável Técnica: Dra. Karia Almeida Freitas CRM: 20599

Responsável Técnica: Dra. Luciana L. C. de Carvalho CRM: 19229

Responsável Técnica: Dra. Lanna C. G. Leite CRM: 19507

Unidade Portal

Portal Shopping, Piso 1, loja 100  
Av. Presidente Dutra, 1000

Unidade Centro

Rua Noruega, Jardim Europa  
Em frente ao terminal Bandeiras

Unidade Buriti

Buriti Shopping, Piso 1, loja 1013  
Av. Presidente Dutra, 1000

Unidade Centro

Av. Independência, esquina  
com Av Goiás nº 4259



## Formulário para Inclusão e Acompanhamento dos Pacientes com DPOC, Estadios III ou IV.

### • Identificação do paciente:

Nome do paciente:

Jeanne Januária da Silva

### • Tabagista:

( ) Atual. ( ) Pregresso. ( ) Outro fator de risco: \_\_\_\_\_.

### • Evolução:

Possui exacerbações infecciosas frequentes? Sim ( ). Não ( ).

Se sim, quantos episódios nos últimos 12 meses? 3.

### • Cor pulmonale:

( ) Sim. ( ) Não.

### • Classificação:

( ) Estadio III (DPOC grave).

( ) Estadio IV (DPOC muito grave).

### • Escore (Sintomas) Teste de Avaliação da DPOC(CAT): 31

#### Teste de Avaliação da DPOC (COPD Assessment Test – CAT ®)



Para cada um dos itens a seguir, assinale com um (X) o quadrado que melhor o descrever atualmente. Certifique-se de selecionar apenas uma resposta para cada pergunta.

Por exemplo:

*Estou muito feliz (0) –  – (2) – (3) – (4) – (5) Estou muito triste*

Pontuação

Nunca tenho tosse	(0) – (1) – (2) – (3) – <input checked="" type="checkbox"/> – (5)	Tenho tosse todo o tempo	<input type="checkbox"/>
Não tenho nenhum catarro (secreção) no peito	(0) – (1) – (2) – (3) – <input checked="" type="checkbox"/> – (5)	O meu peito está cheio de catarro (secreção)	<input type="checkbox"/>
Não sinto nenhuma pressão no peito	(0) – (1) – (2) – (3) – <input checked="" type="checkbox"/> – (5)	Sinto uma grande pressão no peito	<input type="checkbox"/>
Não sinto falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	(0) – (1) – (2) – (3) – (4) – <input checked="" type="checkbox"/> – (5)	Sinto bastante falta de ar quando subo uma ladeira ou um andar de escada	<input type="checkbox"/>
Não sinto nenhuma limitação das minhas atividades em casa	(0) – (1) – (2) – (3) – <input checked="" type="checkbox"/> – (5)	Sinto-me muito limitado nas minhas atividades em casa	<input type="checkbox"/>

Sinto-me confiante para sair de casa, apesar da minha doença pulmonar.

(0) – (1) – (2) –  (3) – (4) – (5)

Não me sinto nada confiante para sair de casa, por causa da minha doença pulmonar.

Durmo profundamente

(0) – (1) – (2) –  (3) – (4) – (5)

Não durmo profundamente devido à minha doença pulmonar

Tenho muita energia (disposição)

(0) – (1) – (2) – (3) –  (4) – (5)

Não tenho nenhuma energia (disposição)

• **Escore da mMRC (escala de dispneia do Medical Research Council modificada)**

Escala de dispneia do Medical Research Council (mMRC) modificada	
Certifique-se de selecionar apenas a alternativa que melhor representa o estado atual	
( )	Tenho falta de ar ao realizar exercício intenso (0)
( )	Tenho falta de ar quando apresso o meu passo, ou subo escadas ou ladeira.(1)
( )	Preciso parar algumas vezes quando ando no meu passo, ou ando mais devagar que outras pessoas de minha idade.(2)
( )	Preciso parar muitas vezes devido à falta de ar quando ando perto de 100 metros, ou poucos minutos de caminhada no terreno plano.(3)
<input checked="" type="checkbox"/>	Sinto tanta falta de ar que não saio de casa, ou preciso de ajuda para me vestir ou tomar banho sozinho.(4)

- Outras informações pertinentes em relação à evolução da doença (exacerbações/ataques de pulmão, hospitalizações, dentre outros) e uso do(s) medicamento(s) (efeitos colaterais, adesão, uso do dispositivo, dentre outros):

Dr. Tabaguita, DPOC gold 5 q dispneia  
MRC 4 e ITK de repetição? Om uso de alívio,  
Tirolong, suorvent-N.

Observação: Ao assinar este formulário assumo que todas as informações prestadas refletem a situação atual do paciente.

Data: 10 / 03 / 2020

Dra. Heloisa da S. Moreira Costa  
CRM 10020-6  
Pneumologista Clínica Médica  
*og*

Assinatura e carimbo do médico especialista em Pneumologia

**TERMO DE ESCLARECIMENTO E RESPONSABILIDADE  
BECLOMETASONA, BUDESONIDA, FENOTEROL, FORMOTEROL,  
SALBUTAMOL, SALMETEROL E METILPREDNISOLONA.**

Eu, José Luiz da Silva (nome do(a) paciente), declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos adversos relacionados ao uso de beclometasona, budesonida, fenoterol, formoterol, salbutamol, salmeterol e metilprednisolona, indicados para o tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram esclarecidas pelo médico

Dra. Kátia da S. M. Costa (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o(s) medicamento(s) que passo a receber pode(m) trazer os seguintes benefícios:

- diminuição das internações hospitalares;
- diminuição das faltas ao trabalho em virtude da doença;
- melhora da condição de saúde;
- melhora da qualidade de vida.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais efeitos adversos e riscos:

- os riscos na gravidez e na amamentação ainda não são bem conhecidos; portanto, caso engravidar, devo avisar imediatamente o médico;
- efeitos adversos da beclometasona e budesonida: problemas na fala (reversíveis com a suspensão do tratamento), infecções na boca (candidíase), boca seca, alteração do paladar, irritação na garganta, tosse, infecções urinárias, inchaço, cansaço, reações alérgicas de pele, palpitação, taquicardia, dor abdominal, vertigem, tontura, ganho de peso; efeitos adversos mais raros: náuseas, vômitos, coceira, problemas na visão, agitação, depressão, insônia, faringite, sinusite, alteração do ciclo menstrual, diarreia ou constipação, febre, dores de cabeça, infecções virais, redução da velocidade do crescimento em crianças, aumento dos níveis de glicose no sangue, reações de hipersensibilidade, sangramento anal e osteoporose (em caso de tratamento longo);
- efeitos adversos do fenoterol, formoterol, salbutamol e salmeterol: ansiedade, agitação, insônia, náuseas, vômitos, dores abdominais, prisão de ventre, tonturas, dores de cabeça, diminuição dos níveis de potássio no sangue, tremores, palpitações, tosse, respiração curta, alteração do paladar, secura da boca, dor muscular, reações alérgicas de pele, problemas no coração, aumento ou diminuição intensa da pressão arterial, inchaço dos pés e das mãos, cansaço, infecções do trato respiratório, falta de ar, insônia, depressão, dor de dente, alteração do ciclo menstrual e problemas de visão;
- efeitos adversos da metilprednisolona: retenção de líquidos, aumento da pressão arterial, problemas no coração, fraqueza nos músculos, osteoporose, problemas de estômago (úlceras), inflamação do pâncreas (pancreatite), dificuldade de cicatrização de feridas, pele fina e frágil, irregularidades na menstruação e manifestação de diabetes melito;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumenta com a superdosagem e com o uso concomitante de outros medicamentos.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo ou se o tratamento for interrompido. Sei também que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o(s) medicamento(s).

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato. () Sim. () Não.

Meu tratamento constará de um ou mais dos seguintes medicamentos:

- () beclometasona.      () budesonida.      () fenoterol.      () formoterol.  
() salbutamol.      () salmeterol.      () metilprednisolona.

Local:	<u>Oai Encanado</u>	Data:	<u>10/03/2020</u>
Nome do paciente:	<u>José Luiz da Silva</u>		

Cartão Nacional de Saúde: 702 9005 0208 5277

Nome do responsável legal:

Documento de identificação do responsável legal:

→ **Fernanda de Souza Barbosa**  
Assinatura do paciente ou do responsável legal

*Fernanda de Souza Barbosa*  
Mat.: 008103461-1  
CEMAC Juarez Barbosa

CRM: 10020

UF: GO

Dr. Heloáia de S. M. Costa

Médico responsável

Assinatura e carimbo do médico

*Dr. Heloáia de S. M. Costa*  
CRM: 10020  
Pneumologista/Clínica Médica

**Observação:**

- Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.
- Verificar na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) vigente em qual Componente da Assistência Farmacêutica se encontram os medicamentos preconizados neste Protocolo.

## Resultados de Teste de Funções pulmonares

### Espirometria

#### Prova de Função Pulmonar

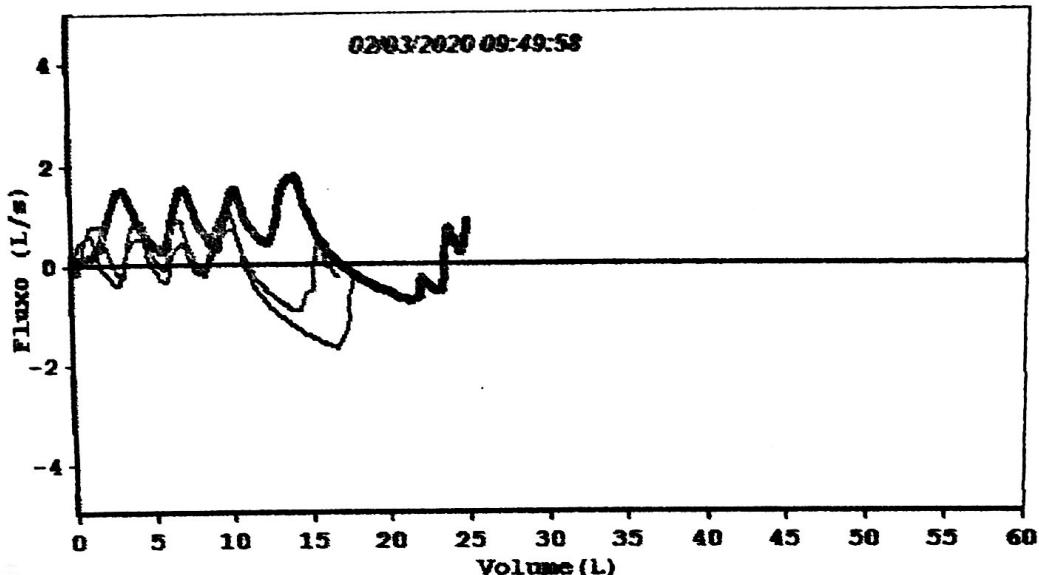
Data da Visita 02/03/2020

Cód. Paciente 2706  
 Sobrenome Silva Idade 82  
 Nome Jovino Januário da Sexo Masculino  
 Data de Nascimento 10/03/1937 Altura, cm 153  
 Grupo Étnico Não Definido Peso, kg 46  
 Fumante Ex Fumante Pacotes-Ano 10,5  
 Filtro lista

PRE data da Curva 02/03/2020 09:49:18

Parâmetros	BTPS 1,082 27°C - 80,6°F	Prev	PRE	%Prev
<b>Previstos</b>				
EVC	L	3,03	2,47	81
IVC	L	3,03		
IC	L	2,53	1,43	57
ERV	L	0,51	1,04	205
TV	L		1,18	

### Capacid. Vital Lenta



### Conclusão / Laudo Médico

Qualidade do exame: Boa execução das curvas espirométricas. Critérios de aceitabilidade e reprodutibilidade atingidos em pelo menos 3 curvas no pré e pós broncodilatador.

Valores preditos: Pereira, 2008.

Teste do broncodilatador: Administrado salbutamol 100mcg, 04 jatos no teste do broncodilatador e aguardado pelo menos 20 minutos para execução de novas manobras espirométricas.

Critérios de interpretação: Diretrizes e Normas em Função Pulmonar. Jornal Brasileiro de Pneumologia, 2002.

Impresso por WinspiroPRO 1.0 7.2.0Mod.C07

Assinatura

Instrumento em uso  
 Spirobank II new S/N Y05331

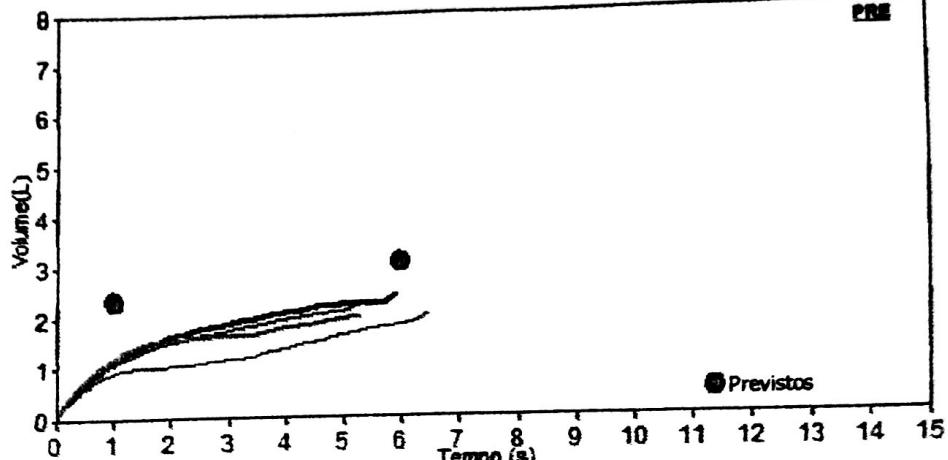
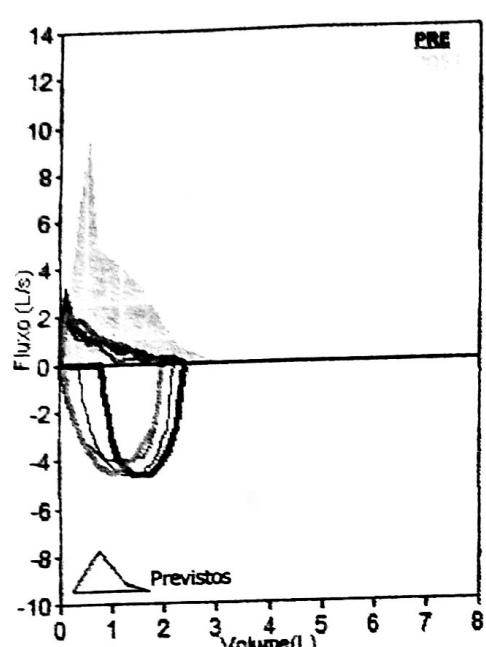
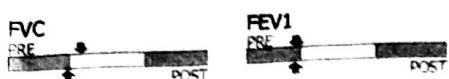
1/1



## Resultados de Teste de Funções pulmonares

### Espirometria

#### Prova de Função Pulmonar



Controle de Qual. Grau: B Variabilidade: FEV1=0,04L (3,57%), FVC=0,19L (8,64%)  
4 Acceptable trials

PRE data da Curva 02/03/2020 09:49:18

POS broncodilatador com Salbutamol - 10:24:02

Parâmetros	LLN	Prev	Best	%Prev	Z-score	PRE#1	PRE#2	PRE#3	POST	%Prev	%Des
FVC	L	2,13	3.03	2,39*	79	-1.17	2,39	2,20	<b>2.01</b>	2.46*	81
FEV1	L	1,56	2.32	1,16*	50	-2.50	1,16	<b>1,12</b>	<b>0.95</b>	1.28*	55
FEV1/FVC	%	69,8	77.4	48,5*	63	-6.25	48,5	<b>50,9</b>	<b>47,3</b>	52,0*	67
PEF	L/s	7,14	9.40	3,39*	36	-4.75	2,88	<b>3,39</b>	<b>2,71</b>	2,68*	-7
ELA	Anos		82	128	156		128	129	136	123	150
FEF2575	L/s	1,45	2.47	0,59	24	-3.05	0,59	<b>0,53</b>	<b>0,27</b>	0,86	35
FET	s		6.00	5,92	99		5,92	5,33	6,47	5,29	88
FIVC	L	2,13	3.03	1,54	51	-2.73	1,54	<b>1,77</b>	<b>1,96</b>	1,82	60
IVC	L	2,13	3.03								18
EVC	L	2,13	3.03	2,47	81	-1.03					
VC	L	2,13	3.03	2,47	81	-1.03					
FEV1/VC	%	69,8	77.4	47,0	61	-6.58	47,0	<b>45,3</b>	<b>38,5</b>		
IC	L		2.53	1,43	57						

\*Melhores valores de todas as curvas - BTPS 1,082 27 °C (80,6 °F) - Previstos Pereira

### Conclusão / Laudo Médico

Destrínse ventilatório obstrutivo modificado.

PBD +

Assinatura

Instrumento em uso  
Spirobank II new S/N Y05331

MIR

Paciente	Jovino Januario da Silva	Dt. Nascimento:	10/03/1937	Atendimento:	1452304
Identidade	159406 SSPGO' GO	Unidade	Clinica Medica Diagnostico	Solicitação	03/03/2020 10:08:52
Medico	Heloisa da Silveira Moreira Costa	Aba		Impressão	09/03/2020 10:43:02

## GASOMETRIA ARTERIAL

**Método:** Eletrodo Seletivo

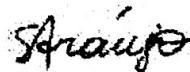
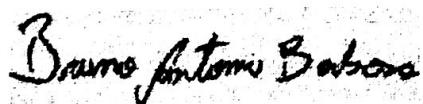
**Material:** Plasma heparinizado

**Resultado:**

pH : 7,45  
PO2 : 81,7 mmHg  
PCO2 : 28,1 mmHg  
B.E. : -3,5 mmol/L  
%SO2 : 96,4 %  
HCO3 : 19,0 mmol/L  
CO2 TOTAL: 19,9 mmol/L

Valores de referência:

pH : DE 7,35 A 7,45  
PO2 : DE 80 A 100 mmHg  
PCO2 : DE 35 A 45 mmHg  
B.E. : DE -3,0 A +3,0 mmol/L  
%SO2 : DE 95 A 99%  
HCO3 : DE 21 A 28 mmol/L  
CO2 TOTAL: DE 24 A 31 mmol/L



Liberado por: Bruno Antonio de Lima Barbosa

Data: 03/03/2020 11:20:50

Responsável Técnico: Simone Ribeiro Gabriel de Araújo CRBM GO - 1235

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**Paciente:** Jovino Januario Da Silva  
**Matrícula:** 1810903347344  
**Data de Nascimento:** 10/03/1937 **Idade:** 82 Anos  
**Sexo:** Masculino  
**Data Exame:** 24/02/2020  
**Unidade:** Hospital Estadual de Urgências de Aparecida de Goiânia - Caio Louzada  
**Origem:** Hospital Estadual de Urgências de Aparecida de Goiânia - Caio Louzada  
**Médico Acompanhante**



### TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

#### TÉCNICA

Exame realizado com cortes tomográficos computadorizados *multi-slice* com cortes axiais de 1,0 mm de espessura, sem contraste venoso.  
Realizados também cortes finos de alta resolução.

#### ANÁLISE

Partes moles e arcabouço ósseo sem alterações.  
Espaço pleural conservado.  
Pulmões hipertransparentes e hiperinflados  
Áreas de enfisema centrilobular e subpleural esparsas nos pulmões.  
Densificações lineares basais, provavelmente fibrocicatriciais.  
Aterosclerose de aorta e ramos normais.  
Coração com situação, morfologia, contornos e dimensões normais.  
Ausência de linfonodomegalias mediastinais ou peri-hilares.  
Ausência de massas patológicas comprometendo o mediastino.

Liberado por: VALIDADO / Dra. Lara Vilela De Souza - CRM GO-9717

A handwritten signature in cursive ink, appearing to read "Dra. Lara Vilela De Souza". Below the name, smaller text reads "Radiologia" and "Unimed - 064/00009717-5".

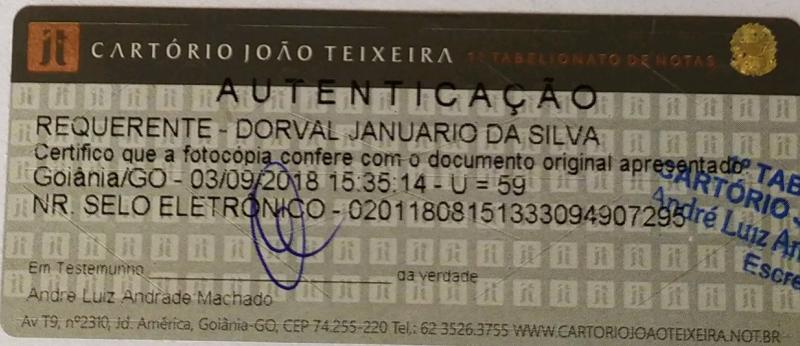
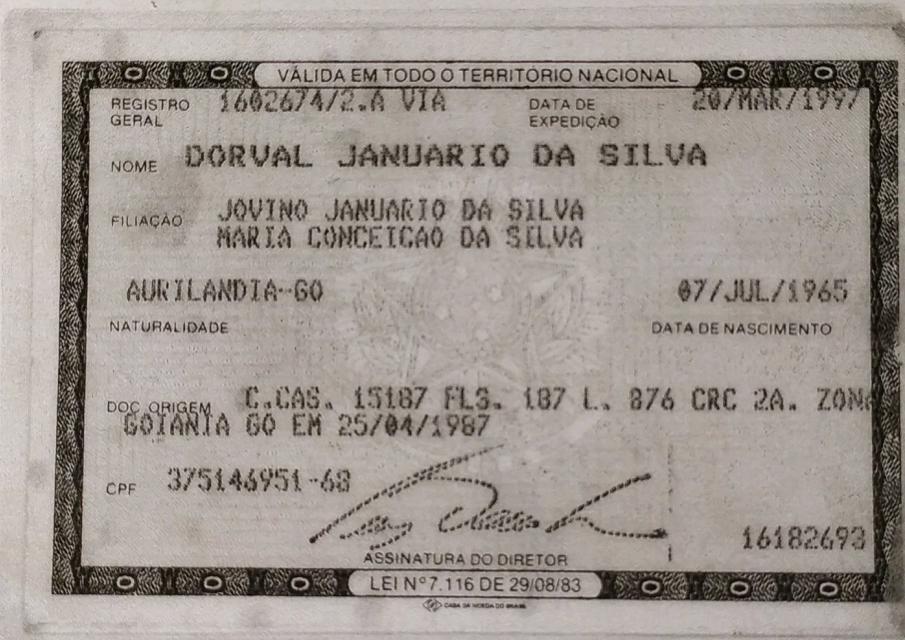
**SANEAMENTO DE GOIÁS S.A.**  
FATURA DE ÁGUAS/ESGOTOS/SERVIÇOS



PROPRIETÁRIO : JOVINO JANUÁRIO DA SILVA  
 USUÁRIO : AV. TEODORA VILA MAXIMINO ALVES  
 ENDEREÇO : AURILANDIA-GO CODIFICAÇÃO: 114.22.01.0940-6  
 CIDADE : HIDROMETRO N°: Y11E046378 ID.LIG.: 001/001 NOTA FISCAL: 1094383925







# CNH Digital

Departamento Nacional de Trânsito

VALIDA EM TODO  
O TERRITÓRIO NACIONAL  
1962636574

**REPUbLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

**G O**

NOME: CLEIDE JANUARIO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE/ÓRGÃO EMISSOR/AE: 1774462 DGPC GO

CPF: 467.641.861-20 DATA NASCIMENTO: 08/05/1969

PLACARÃO: GOIENE JANUARIO DA SILVA

MARIA CONCEICAO DA SILVA

PERMISSÃO: ACC CAT. HAB: B

Nº REGISTRO: 01962636574 VALIDADE: 18/12/2024 1ª HABILITAÇÃO: 09/02/1995

RESERVAZÕES:

*Cleide Januario da Silva*

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL: GOIANIA, GO DATA EMISSÃO: 10/12/2019

ASSINADO DIGITALMENTE  
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

78574730958  
GO139576436

GOIÁS

DENATRAN CONTRAN

## QR-CODE



Documento assinado com certificado digital em conformidade com a Medida Provisória nº 2200-2/2001. Sua validade poderá ser confirmada por meio da comparação deste arquivo digital com o arquivo de assinatura (.p7s) no endereço:  
<<http://www.serpro.gov.br/assinador-digital>>.

**SERPRO / DENATRAN**