

Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3140103896 - 1**
Nome do(a) Examinado(a): **CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES**
Endereço do(a) Examinado(a): **VILA TEN NEZINHO nº 21 - CENTRO - BAYEUX/PB**
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 2324563 - SSP**
Data local do exame: **30/01/2015 JOAO PESSOA/PB**

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA + TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MEDICA

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

DOR RESIDUAL, EDEMA RESIDUAL, DIFICULDADE RESIDUAL FLEXO EXTENSÃO DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA.

IV. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações(*)

☐ Vítima em tratamento ☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em _____ dias

Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal(Sequela)

MÃO ESQUERDA

☒ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(*)

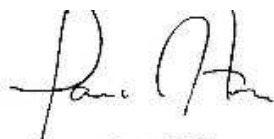
☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

PB - JOAO PESSOA, 30/01/2015

Médico Perito: MARCELLO Roter Marins dos Santos CRM: 5294941-8


Marcello Roter Marins
Médico
CRM 52.94941-8

Assinatura do perito Examinador - CRM

Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2014

Carta nº: 5879843

A/C: CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES

Sinistro: 3140103896
Vitima: CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES
Data Acidente: 06/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: AVISO DE SINISTRO

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que consta em nossos registros, a abertura do pedido de indenização.

Para acompanhar o seu processo, acesse o site www.dpvatsegurodotransito.com.br, ou ligue para o SAC DPVAT 0800 022 12 04.

Para fazer a consulta, tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário. Ao digitar qualquer um desses números no site www.dpvatsegurodotransito.com.br, não utilize barras, pontos ou traços.

Outras informações importantes sobre o seu pedido de indenização:

- O prazo para recebimento da indenização é de até 30 dias. Durante a análise do seu pedido, podem ser solicitados documentos ou informações complementares.
- Quando isso ocorre, o prazo de 30 dias é interrompido e se reinicia a partir da apresentação dos documentos ou das informações complementares.
- O Valor da garantia é de R\$ 13.500,00 para a Natureza Morte, até R\$ 2.700,00 para reembolso de despesas médicas para a Natureza DAMS, e, para Natureza de Invalidez é proporcionalmente ao grau da lesão sofrida e, na forma da lei, pode alcançar o limite máximo de R\$ 13.500,00.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Solicitamos que os documentos sejam encaminhados à GENTE SEGURADORA S/A de origem onde o sinistro foi cadastrado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 29 de Dezembro de 2014

Carta nº: 6009411

A/C: CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES

Sinistro: 3140103896
Vitima: CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES
Data Acidente: 06/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **09/12/2014** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **06/07/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Comprovação de ato declaratório não conclusivo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na GENTE SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Janeiro de 2015

Carta nº: 6173562

A/C: CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES

Sinistro: 3140103896
Vítima: CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES
Data Acidente: 06/07/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140103896 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALEXANDRE FELISBELA **Data do acidente:** 06/07/2014 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
FERNANDES

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/01/2015

Valoração do IML: 0

Diagnóstico: POLITRAUMA

Resultados terapêuticos: A ESCLARECER

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: DOCUMENTAÇÃO INSUFICIENTE PARA AVALIAR SEQUELA

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

Visão Médica Ltda

Nome do médico: JORGE ALBERTO C DE SOUZA

CRM do médico: 52.37730-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:





Seguradora Líder - DPVAT

AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

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

EU, Carlen Alexandra Feliabida FernandesPORTADOR(A) DO RG Nº 2.324.563 EXPEDIDO POR SSDS/RN EM 06/08/2013 ECPF 0373747504116 /CNPI 00000000-00, PROFISSÃO advogadoE RENDA MENSAL DE R\$ 2.700,00 (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DOSEGURO DPVAT DA VÍTIMA o mesmo, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO

DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

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

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

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ - nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer depósitos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
- Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque com comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISPDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

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

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: www.dpvatsegurodotransito.com.br

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

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

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

Nº do BANCO 237 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 10618 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00002631

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

J. Pereira/ps-26 de Novembro de 2014 Carlen Alexandra Fernandes
LOCAL E DATA ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



ATENÇÃO

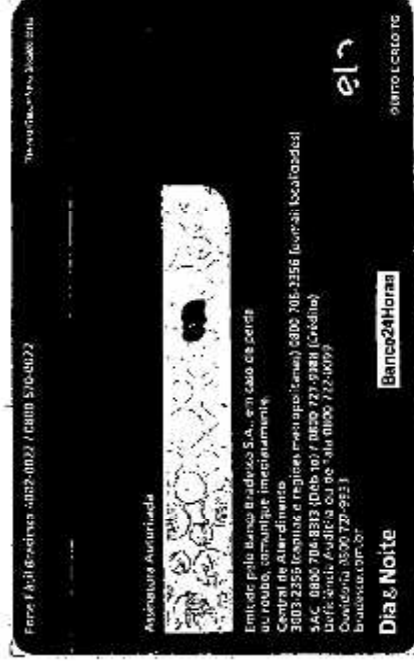
- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo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



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

03 DEZ. 2018

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S/A



DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

03 DEZ. 2018

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S/A

314 0103896


**GOVERNO
DA PARAIBA**
GOVERNO DO ESTADO DA PARAIBA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA E DA DEFESA
 4ª DELEGACIA SECCIONAL DE POLICIA DE BAYEUX-PB
 5ª DELEGACIA DISTRITAL DE BAYEUX/PB

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 3028/2014.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE AUTOMOBILISTICO

Data e hora do registro do B.O.: 14.11.2014. HORA: 16hs e 19 min.

Local do fato (logradouro/bairro): BAYEUX-PB.

NOTICIANTE

CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES, brasileiro, natural Congarretama-RN, filho de Sebastião Felisbela Fernandes e Maria Julia Fernandes, 33 anos, nascido em 14/01/1981 solteiro, ensino fundamental completo, RG nº 23245632 /SSP PB, Repositor, residente à Rua Tenente Nezinho nº 21, Centro, Cidade Bayeux PB, fone (83) 8896-6276, **NOTIFICANDO:** QUE por volta das 23h30min., do dia 06/07/2014 quando conduzia a motocicleta honda pop 100, cor preta, ano 2011 e modelo 2012, placa OEVI629, chassi 9C2HB0210CR406941, transitando na Rua tenente José Heleno, Bayeux-PB; ao tentar desviar de um buraco na via, perdeu o controle da moto vindo a cair, foi socorrido pelo resgate do corpo de bombeiro, e deu entrada no hospital de Trauma da capital João Pessoa-PB, sendo submetido a avaliação medica; QUE, registra este BO para dar entrada no seguro DPVAT.

Assinatura do (a) notificante: *Carlos Alexandre Fernandes*
Nome do Policial Civil:
Autoridade Policial: Belº GERALDO BATINGA DA SILVA

Josenildo de Lima Cardoso
 Escrivão de Polícia Civil
 Mat. 135.662-3

ATENÇÃO: Art. 299 do CPB: "Omitir, em documento público ou particular, declaração que dele devia constar, ou nele inserir ou fazer inserir declaração falsa ou diversa da que devia ser escrita, com o fim de prejudicar direito, criar obrigação ou alterar a verdade sobre fato juridicamente relevante: Pena - reclusão, de 01 (um) a 05 (cinco) anos, e multa, se o documento é público, e reclusão de um a três anos, e multa, se o documento é particular."

**DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT**

03 DEZ. 2014

**CONTEUDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S/A**

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

Cópia de Indenização de IML



0004

Eu, Carlos Alexandre Colubella Fernandes, portador da carteira de identidade nº 2-324.563 e inscrito no CPF/MF sob o nº 032.747.504-16, residente e domiciliado na Rua Ville Teresopolis nº 21, Cidade Bayeux, Estado Paraná, declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal - IML para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- () Não há estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- () O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

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

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

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

X Carlos Alexandre Colubella Fernandes

Assinatura do declarante
conforme documento de identificação

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

6º DEZ. 2014

João Pessoa/PB 26-11-2014

Local e data

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

GENTE SEGURADORA S/A

3140/10.3896

不

http://172.16.0.6:8080/cvlp/paging



Went OK

12-13-1918

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
São Carlos, Humberto Lucena

**GOVERNO
DA PARÁ**

AV. Oriente 1 Lisboa, S/N Cont: Pedro Gondim Joo Pessoa - Parq'ba - CNE5: 2430282 - FONE: (0085) 3216-5751-3216-5777

Boletim do Atendimento Emergencial: 787679

Identificação do paciente		Nome		Carlos Alexandre Felisbela Fernandes		Sexo		Masculino	
ID	754952	Idade		33 anos e meses 22 dias		Religião		NÃO INFORMADA	
Data de nascimento		14/07/1981		Estado civil		SOLTEIRO(A)		Profissão	
Mãe		MARIA JULIA FERNANDES		Pai		SEBASTIAO FELISBELA FERNANDES			
Exatidão		MEDIO COMPLETO		Responsável (Paterno)		BOMBEIRO NEILSON - ACOMPANHANTE			
CID Nova		E3		Fone Móvel		DDD Fone		Fone Fixo	
Tipo de documento		RG (IDENTIDADE)		Número documento		CNS		700501554811052	
Local de procedência		BAYeux		Naturalidade		CANGARATAMA		UF PB	
Email				Município de residência		BAYeux			
Endereço				Complemento		TENENTE NEZINHO, 31 - CENTRO			
CEP		6809480		Município de residência		BAYeux			
Data e Hora Previsão		06/07/2014 00:29:51		Número de pulso		2635019			
Exatidão		CLINICA GERAL		Clínica		CLINICA TRAUMA E GERAL			
Classificação de risco		VERMELHA		Munido do estandarte		ACIDENTE DE MOTOCICLETA			
Outros tipos de acidente de trânsito				Indicadores e Transporte					
Paciente		Paciente		Vestido de ambulância		Não		Quem transportou	
Paciente		Paciente		Pulso		mmHg		Temperatura	
Exames complementares				Raios X []		Sangue []		Líquor []	
Exames complementares				ECG []		Ultrassonografia []			
Exames complementares				Cid					
Exames complementares				Tempo		06/07/2014 17:26:08			

ESTRUTURA
HISTÓRICO

Primeiro Atendimento Médico



2625319
CARLOS ALBERTO DE F. FERREIRA
DT. NASC.: 14/01/1981
MIE: MARIA JULIA FERREIRA
END.: 1 Avenida das
M. 58 - Sala 1
FONE: (11)
CELULAR: (11) 96178520
IDADE: 32 anos
ST. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Carlos Alberto F. Fer IDADE: 32u.

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Queda de motosem ferimentos
parte

EXAME PRIMÁRIO

VIAS: () Pérvias () Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA: () Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCULTA PULMONAR:

1 - MURMÚRIO VESICULAR

() Presente e normal

HTD: () Rude

() Diminuído

() Ausente

HTE: () Rude

() Diminuído

() Ausente

2 - RUÍDOS

() Sim

HTD: () Rudos

() Sibilos

() Estertores

() Não

PR: Imp: SaO₂: %

DIÁGNOSTICO

Pupilas: () Fotorreagente

() Paralisadas

() Isocóricas

() Anisocóricas

(diferença de mm)

Escala de Glasgow:

ABERTURA OCULAR

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

ESCALA VERBAL

NAME: SECTUNDARIO

VERGLEICH

SOLVENTES:

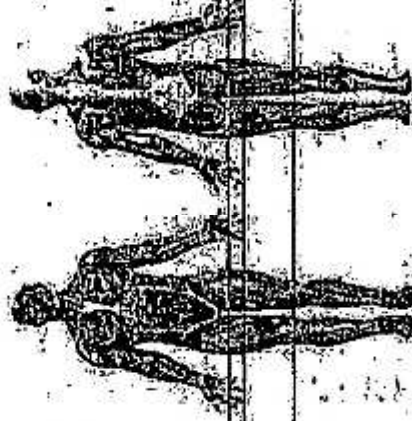
MUNIZIPIO

ATC10GTA

NUMEROSOS GÉNEROS:

LOCAL DA LESÃO

capitolo di letteratura
di lingua e di cultura



1. Alívio	19. Fratura Óssea Fechada
2. Amputação	20. Fratura Óssea Aberta
3. Anestésia	21. Hematoma
4. Contusão	22. Injúria e Injunctio Nervosa
5. Cegateira	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão Tendinea
7. Edema	25. Luxação
8. Empalamento	26. Mordedura
9. Etilismo Alcoolico	27. Movimento torçico paradosal
10. Envenenamento	28. Objeto Encastrado
11. Euforico	29. Otite
12. F. Amnia Branca	30. Paralisia
13. F. Amnia de Fogo	31. Parêse
14. F. Contuso	32. Parêstesia
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corto-Cortado	34. Rinite
17. F. Perfuro-Cortado	35. Sinal de Incontinência
18. F. Perfuro-Cortado	

09402

QUEM ADURÁ:

Superfície corporal/escala (região da palma)

8 Graus de Queimadura

EXAMES SOLICITADOS

() Radiografías

Ultrasonografia (FAST)

Tomografia computerizzata

...

- (-) Lavado peritoneal
- (-) Gasometría arterial
- (-) Tipos de sangría

PROCEDIMIENTOS REALIZADOS

CONDUCTAS E PROCEDIMIENTOS

051097

'ASSINATURA E CARIMBO

No third and 50

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT

CONTATO DE PARCEIRAS MÉDICAS

Sollito parer da

Sollicito parecer de:

FINO DO PAZIENTE

DATA:

4

SafDAYS

IONAS:

Emerson (Eugene de Andrade)

CRM-86215

ATLANTA

10

ATUA O PACIENTE OU RESPONSÁVEL

1

F(NGI)CC001.5

CE 30-71-140190

2. *feitos* *relatos* *de* *travessia* *por* *um* *passo*
perigosos *por* *um* *passo* *perigosos*
de *relatos* *de* *travessia* *por* *um* *passo*
perigosos *por* *um* *passo* *perigosos*

Autran da Nobrega Alves
Cirurgião Bucal-Maxilo-Facial
11-3098-4072

CD. A 1/10
B, MF

WCR

cc(04)74
(3:50)

ANTHONY (JOHN)

Beate peditio corio n.
 be nacente mtoctro- h-
 400-10 hovi; pman day
 e edeas nay nio expm-
 pmaneto endu enciagen-
 7 nuno estia am olancia
 10 4-ade 7 hondo p-man. b.
 be nati- b. mngulento, nup
 nungned nati- b. con oxil-
 I olente (encendo)

On 1-1-1914 the vessel was left for the winter.

مجلسه

Ein
- ist =
Ausschüttung ;

→ **فصل** **في جملة** **ب**

Calculus

تصنيفات الكتب

الحمد لله

10

الحمد لله رب العالمين

Mr. R. L. Cusumano & Associates, Inc.

Ques. 12

5/11/2013

1944-45

$\rightarrow \text{CO}_2 + \text{C}_{60}\text{H}_{12}$. Cyclic of distinct angles

de Pitaine:

com 5
unverdor.
feg.
bica

② For constant
 ③ ΔT on top of d.
 ④ ΔT on top of d.

Emerson Magalhães de Andrade
NEURQUIMURGIAO
CRM 28.5215

(Handwritten notes on the left margin, oriented vertically):

- CRAMP B 804
- Mr. Thomas Young for analysis
- at 330 D. 104

7

12

Impressum

2.

5



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Carlos Alexandre Fehbela Fernandes,

RG nº 2.324.563, data de expedição 26/09/2013, Órgão SSDS-PB

CPF nº 037.747.504-16 venho perante a este instrumento declarar que não possuo comprovante de endereço em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito seguindo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:

Logradouro (Rua/Avenida/Praça)	<u>VILA TEN VEZINHO</u>
Número	<u>21 Centro</u>
Apto / Complemento	<u>CASA -</u>
Bairro	<u>CENTRO</u>
Cidade	<u>Bayeux</u>
Estado	<u>Pernambuco</u>
CEP	<u>58300000</u>
Telefone de Contato	<u>(81) 3538-0069</u>
E-mail	<u>DEPARTAMENTO DE SINISTRO</u> <u>DPVAT</u>

Por ser verdade, firmo-me.

03 DEZ. 2014

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S/A

Local e Data: João Pessoa PB 26-11-2014

Assinatura do Declarante: Carlos Alexandre Fehbela Fernandes



300000 Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena

GOVERNO
DA PARAIBA

Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim Joo Pessoa - Paraíba - Cep:58031-080 - CNES: 2593262 - FONE: (83) 3215-5736 / 3216-8775

Boletim de Atendimento Emergencial: 767679

Identificação do paciente

ID	Nome		Sexo
754962	CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES		Masculino
Data de nascimento	Idade	Estado civil	Religião
14/01/1981	33 anos 5 meses 22 dias	SOLTEIRO(A)	NAO INFORMADA
Mãe	Pai		
MARIA JULIA FERNANDES	SEBASTIAO FELISBELA FERNANDES		
Escolaridade	Responsável (Parentesco)		
MEDIO COMPLETO	BOMBEIRO NEILSON - ACOMPANHANTE		
DDD Móvel	Fone Móvel	DDD Fixo	Fone Fixo
83	35176020		
Tipo documento	CNS		
RG (IDENTIDADE)	700501554911052		
Local de procedência	Tipo	MUNICIPIO	UF
BAYEUX			PB
E-mail	Naturalidade	CBO/R	
	CANGUARETAMÁ		

Endereço

CEP	Município de residência	Logradouro
98365450	BAYEUX	Tenente José Haleno
Número	Complemento	Bairro
21	TENENTE NEZINHO, 21 - CENTRO	Seel

Admissão

Data e Hora Prevista	Convênio
06/07/2014 00:28:51	SUS

Especialidade

CLINICA GERAL	Clinica
VERMELHA	CLINICA TRAUMA E GERAL
Classificação de risco	Origem do paciente
OUTROS TIPOS DE ACIDENTE DE TRANSITO	RUA
Caráter de atendimento	Detalhe do acidente
ACIDENTE DE MOTOCICLETA	

Indicadores e Transporte

Causa policial	Plano de saúde	Veio de ambulância	Trauma
Não	Não	Não	Não
Melo de transporte	Quem transportou		
RESGATE - BOMBEIROS			

Sinais Vitais

PA	X	Pulsc	Temperatura

Exames complementares

Razo X []	Sangue []	Urina []	Tc []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

CID	Tempo
	01min 17seg

Atendido por
BRUNO MARCIO VIANA DA SILVA

Imprimir

Free

07 14



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

8

LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	CARLOS ALEXANDRE FELISBELA FERNANDES
DATA DE NASCIMENTO	14/01/81
NOME DA MÃE	MARIA JULIA FERNANDES

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	767.679
DATA DO ATENDIMENTO	06/07/14
HORA DO ATENDIMENTO	00:29
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	Politraumatismo superficial
CID 10	T00.8

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma de face e de mão esquerda. Glasgow 15. Presença de múltiplas escoriações. Sem perda da consciência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coluna cervical P.	
RX de torax AP.	
RX de bacia AP.	DEPARTAMENTO DE GINECISTRO OPM47
RX de mão esquerda AP/P.	
RX de seios da face: mento-naso e fronto-naso.	63 222 206

RESULTADOS DOS EXAMES:

Aspectos radiológicos normais.

TRATAMENTO:

Primeiro atendimento.

ALTA HOSPITALAR:	06/07/14
DATA DA EMISSÃO:	18/08/14

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

SENTE SEGURADORA S/A

Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

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



25-2 MEMORIA
HISTÓRICA

Primeiro Atendimento Médico

BE : 767679

2825219 CARLOS ALEXANDRE FELISBELLA FERREIRA

DT. NASC.: 14/01/1981

MAR: MARIA JULIA FERNANDES

RNO.: Tenente Jov. Milano

N. SM - Seal

GRYBUX

FOHE: ()

CELULAR: (83) 85176040

IDADE: 33 anos

DT. ENTRADA:

PRIMEIRO ATENDIMENTO MÉDICO

NOME DO PACIENTE: Carlos Alexandre Ferreira IDADE: 33u.

DADOS CLÍNICOS - MECANISMOS DO TRAUMA

Queda de moto
Assim para fora a moto expulsa.
PORTE.

EXAME PRIMÁRIO

VIAS () Pérvias () Obstruídas

AÉREAS

CERVICAL IMOBILIZADA: () Sim () Não

VENTILAÇÃO:

TRAQUEIA NA LINHA MEDIANA: () Sim () Não

RESPIRAÇÃO ESPONTÂNEA () Sem dificuldade

() Com dificuldade

() VENTILAÇÃO MECÂNICA

() APNÉIA

AUSCUTA PULMONAR:

1- MURMÚRIO VESICULAR

() Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

HTE () Presente e normal

() Rude

() Diminuído

() Ausente

2- RUÍDOS

() Sim

() Não

FR: Imp SnO₂ %

DÉFICIT NEUROLÓGICO

Pupilas: () Fotorreagente

() Paralisadas () Isocóricas () Anisocóricas

Escala de Glasgow:

(diferença =

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S/A

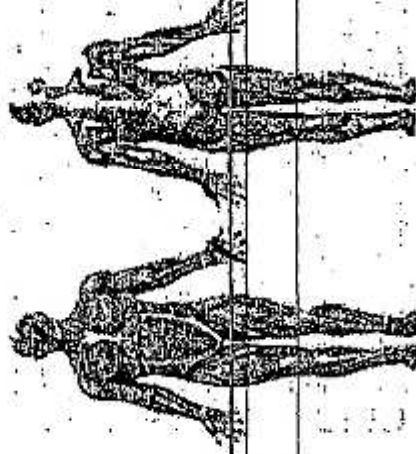
ABERTURA OCULAR	MELHOR RESPOSTA VERBAL ESCALA VERBAL PEDIÁTRICA (<4anos)	MELHOR RESPOSTA MOTORA
Exponência	4 Consciente / Palavras apropriadas, sorriso social, fixa e segue objetos	5 Obedece aos comandos
A solicitação verbal	3 Confuso / Chora, mas é consolável	5 Localiza a dor
Ap. contínuo-estímulo	2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

F(NG).CC.001-1

KAME SECUNDÁRIO

LERGIA: ☐ Não ☐ Sim:
 MEDICAMENTOS: ☐ Não ☐ Sim:
 HUNIZAÇÃO: ☐ Não ☐ Sim:
 ATOLOGIA: ☐ Não ☐ Sim:
 ALIMENTOS INGERIDOS: ☐ Não ☐ Sim:

LOCAL DA LESÃO Identifique o local com o número correspondente ao lado →



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

OBS.:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada (regra da palma%) % Graus de queimadura: ☐ 1º grau ☐ 2º grau ☐ 3º grau

EXAMES SOLICITADOS

- ☐ Radiografias
☐ Ultrassonografia (FAST)
☐ Tomografia computadorizada

- ☐ Lavado peritoneal
☐ Gasometria arterial
☐ Tipagem sanguínea

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

CONDUITAS E PROCEDIMENTOS

ASSINATURA E CARIMBO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO

Solicito parecer de ALVARO 31 de out de 2000 às 00 h do dia 06 de out de 2000 DEPARTAMENTO DE SINISTRO
 Solicito parecer de DESTINO DO PACIENTE DPVAT

DATA: ☐ Centro cirúrgico
☐ Transferência (unidade de saúde)
 DA: ☐ Internado (setor)
 SAÍDA: ☐ Alta hospitalar ☐ Decisão médica ☐ A pedido ☐ A reavalia ☐ Desistência
 HORAS: ☐ Jôbico ☐ Até 48 hs. ☐ Após 48 hs. ☐ Família ☐ JML ☐ SVO

Emerson Magno de Andrade
 NEUROCIRURGIÃO
 CRM-PB 6215

ASSIN
 ATURA/CARIMBO

ASSIN
 ATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
 GÊNE SEGRADORA S/A

06/07/14 08:30

BAP =
Pessoa física de trânsito livre em país
Pessoa física em região fronteiriça
presentada sem sinais clínicos ou
sintomas. Sem sinais clínicos ou
sintomas de doença em país.

CP. BAP 3MF
Autran da Nobrega Alves
Chefe de Posto-MAXILO-FACIAL
CRM-PB: 4072

NCR

06/07/14
13:00

ORDEMADA (3000)

Beate admitida com o rel.
h. acidente motociclista - hi-
tod-10 horas, sem dor
e idosa na
apresenta onde encorajou.
I. como está com orelha
no 4-2007
h. retina. / manguito, exp
reunidos retina. com orelha
e orelha (encardido).

Queda de motociclista com
acidente. Sem perda de consciência
ou náuseas.

- Co. normal.
- Gloriosa 13
- hemorragia intra-ocular
- Sem dor à palpção ocular

- R. Córneo + Córneo =

- Sem lesões
evidentes /

- R. Córneo + Córneo =
- R. Córneo + Córneo =

Col: 1 ~~Foto~~
2 Retina a olho nu

com 5 "microscópio" fol. tipo luma

- ① Foto contínuo fol. tipo luma
- ③ Angiografia
- ④ At. da ortopedia.

Dr. Flamar Gomes de Aguiar
CRM-PB 8704

Dr. José
Rodrigues

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
SEGURADORA SIA

Emerson Magalhães de Andrade
NEUROCIQUIATRIA
CRM-PB 6215



REGISTRO GERAL 2.324.563 -2 VIA - EXPIÇÃO 26/09/2013

DATA DE

NOME CARLOS ALEXANDRE FELISBEIA FERNANDES

FLUOÇÃO SEBASTIÃO FELISBEIA FERNANDES

MARIA JULIA FERNANDES

NATURALIDADE CANGUARETAMA-RN

DATA DE NASCIMENTO 14/01/1981

NASC N. 4102 FLS 119 LIV 7-A

CARTÓRIO NATAPACA-PB

037.747.504-16

Assinatura do Diretor

LEIN 7.116 DE 29/08/83

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

03 DEZ 2013

CONTEUDO NÃO VERIFICADO
FONTE SEGURADORA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL P-038

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

V-02

Assinatura do Diretor

CARTEIRA DE IDENTIDADE

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

03 DEZ 2013

CONTEUDO NÃO VERIFICADO
FONTE SEGURADORA S/A

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9167718146

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20110000305628-7

VIA 1 34899623-3 00/00000000

SEVERINO FIGUEIRA MACHADO FILHO
RISSEVERINO JOSE NASCIMENTO SR
ROGER

58020195 JOAO PESSOA - PB

03335466446 PLACA 9V16/4/PR

NOV/DEL/ET/MEN/OPS DE/AS/ET/IA

NOVO PB 9C2HH0210CR406941

PAS/MOTO/ICIE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/POP100 MARCA/MODELO

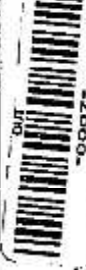
2/9/97/CI CATEGORIA PARTIC

A.F. HV FINANCEIRA S.A. OBSERVAÇÕES

N. Motor : HH02E1C406941

JOAO PESSOA - PB LOCAL DATA 22/09/2011

32280 7002781



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 9167718146

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

PRT 20110000305628-7

VIA 1 34899623-3 00/00000000

SEVERINO FIGUEIRA MACHADO FILHO

03335466446 PLACA 9V16/4/PR

NOVO PB 9C2HH0210CR406941

PAS/MOTO/ICIE/NAO APLIC COMBUSTIVEL GASOLINA

HONDA/POP100 MARCA/MODELO

2/9/97/CI CATEGORIA PARTIC

A.F. HV FINANCEIRA S.A. OBSERVAÇÕES

N. Motor : HH02E1C406941

JOAO PESSOA - PB LOCAL DATA 22/09/2011

32280 7002781

DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPIAT

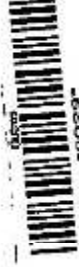
C. E. 230

CONTEUDO NÃO VERIFICADO
GENTE SEGURADORA S/A

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentos

INVALIDEZ PERMANENTE

www.segurodoviat.com.br

QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 02/14

Vítima

Carlos Alexandre Felisbela Fernandes

CPF 037 247 004-16

Seguradora

Genie

QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome

☐ Vítima ☐ Representante Legal ☐ Terceiro (especificar vínculo)

Endereço para Correspondência

nº Complemento Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone para contato

Preencha com ☒ para documentação entregue
Preencha com ☐ para documentação faltante

TIPO DE DOCUMENTO

DOCUMENTOS BÁSICOS

☐ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima☐ CPF da vítima☐ Comprovante de residência da vítima☐ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)DEPARTAMENTO DE SINISTRO
DPVAT

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

DOCUMENTOS DA VÍTIMA

☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatório☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria da Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localização do evento☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar para o tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental☐ Alvará Judicial (se for o caso)

03 DEZ 2014

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
GENY SEGURADORA

REPRESENTANTE LEGAL - se houver

☐ Procuração☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador☐ CPF☐ Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para o SAC-DPVAT 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das seqüelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6.194 / 74.

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

Data ____ / ____ / ____

☐ Documentação recebida sem conferência

Nome

Data ____ / ____ / ____

Identidade

Nome

Identidade

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3140103896 **Cidade:** Bayeux **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: CARLOS ALEXANDRE FELISBELA **Data do acidente:** 06/07/2014 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A
FERNANDES

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA

Descrição do exame médico pericial: DOR RESIDUAL, EDEMA RESIDUAL, DIFICULDADE RESIDUAL FLEXO EXTENSÃO DOS DEDOS DA MÃO ESQUERDA

Resultados terapêuticos: TRAUMA CONTUSO EM MÃO ESQUERDA + TRATAMENTO CONSERVADOR + ALTA MEDICA

Sequelas permanentes: APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DA MÃO ESQUERDA

Sequelas: Com sequela

Data da perícia: 30/01/2015

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: MARCELLO ROTER MARINS DOS SANTOS

CRM do médico: 52949418

UF do CRM do médico: RJ

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de uma das mãos	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PRESTADOR

CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

Médico revisor: MARCELO TERRIGNO

CRM do médico: 52.55920-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:

