
Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180497046

Vitima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180497046**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180497046**

Vitima: **MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS**

Data do Acidente: **29/04/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180497046**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 19 de Novembro de 2018

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

O(s) documento(s) abaixo não permitiram o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médica-hospitalar

Sendo assim, favor entrar em contato com um dos canais relacionados a seguir para as informações necessárias.

Ponto de atendimento, onde o seu pedido do Seguro DPVAT foi entregue, ou site www.seguradoralider.com.br ou Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Data do Acidente: 29/04/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Informamos que o pagamento da indenização o Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000015189-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:
www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

NFORMAÇÕES 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

CPF da Vítima

053 658 654-30

Nome completo da vítima

Marcio Andrade Pereira dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Marcio Andrade Pereira dos Santos	053-658-654-30	Segurança
Endereço	Número	Complemento
R. faísca Arivino dos Santos	85	
Bairro	Cidade	Estado
Mangabeira	faísca Pereira	P. M
Email	CEP	Telefone (DDD)
	58000-000	83) 99921-9283

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

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | <input type="checkbox"/> 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. 3487 D/V 13 CONTA NRO. 15189 D/V
 (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.

Local e Data
 Marcio Andrade Pereira dos Santos, 17 de outubro de 2018
 COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
 22 OUT 2018
 PROTOCOLO
 00100 PESSOA

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01867.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01867.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 13:34 horas do dia 28 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araújo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Marcio Andre Pereira dos Santos**, CPF nº 053.658.654-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Segurança, filho(a) de Josefa Pereira dos Santos e Paulo Virginio dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 16/05/1980 (38 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) João Quirino dos Santos, complemento MANG.II, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência Coqueiral, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98720-6653.

Dados do(s) Fatos:

Local: Hildebrando Torino, Jardim Luna, Escola Particular, João Pessoa/PB, bairro Brisamar; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 29/04/18 14:35h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE o notificante trafegava com o veículo pas/automóvel tipo motocicleta, marca e modelo:HONDA/NXR 160 BROS, ano e modelo:2016 de cor vermelha, placa:QFV 1556/PB, chassi nº 9C2KD1000GR042308, registrado em nome do notificante;QUE segundo o mesmo seguia normalmente em sua mão, quando um veículo que seguia mas afrente fez uma manobra errada tentando voltar;QUE segundo o notificante não sabe informar qual a marca e modelo desse veículo e que este sem ter a devida atenção terminou por colidir com o notificante;QUE segundo o notificante o condutor deste veículo evadiu-se do local sem se quer prestar socorro;QUE devido ao fato foi jogado ao chão;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSÉ DE ALMEIDA BRAGA, CRM 2329/PB, DATADO DE 31.08.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) pelo resgate do corpo de Bombeiros ; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar. CID 10 S82.3

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 28 de setembro de 2018.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS

Agente de Investigação


MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Noticiante



Procedimento Policial: 01867.01.2018.1.00.420

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoraslider.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

Marcia Andrade Pereira dos Santos

CPF da Vítima

053.658.654-31

Data do Acidente

29.04.18

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

83-99921-9283

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:

Assinálar uma das opções abaixo:

- Não há estabelecimento do IML que atende 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.

Local e Data
Local e Data
Local e Data

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AO JOÃO PESSOA


Marcia Andrade Pereira dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1078891

**Identificação do paciente**

ID 1277620	Nome MARCO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS			Sexo Masculino
Data de nascimento 16/05/1980	Idade 37 anos 11 meses 13 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS				Pai PAULO VIRGINIO DOS SANTOS
Escolaridade				Responsável (Parentesco) O MESMO - O MESMO(A)
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987206653	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2273252	Nº Crns		
Local de procedência JARDIM LUNA				Tipo BAIRRO
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	UF PB		
CBO/R				

Endereço

CEP 58056535	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOÃO QUIRINO DOS SANTOS
Número 85	Complemento	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 29/04/2018 15:52:20	Número da pulseira 1000005136512	Convênio SUS	
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica		
Classificação de risco	Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente OUTROS	

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veículo de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA <i>140</i> / <i>90</i>	mmHg	P脉 <i>51</i>	Temperatura <i>36.2 - 300</i>
------------------------------	------	-----------------	----------------------------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						

Diagnóstico

CID

Atendido por
ADRIANA DE OLIVEIRA PORTOTempo
10seg

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 30/01/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000015189-0

Nr. da Autenticação E3F3E983BE7118F8

ALESSANDRA PEREIRA DOS SANTOS TRAJANO
RUA JOÃO GUINHO DOS SANTOS, 85 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP: 58020000 (AG. 1)

Emissão: 20/08/2018 Referência Ago / 2018
Classe/Sucessão: RESIDENCIAL / RESIDENCIAL MONOFÁSICO B-200, KWh-20, Custo Redutor- Jataí/Pessoal/PB-CEP:58021-080
Rotina: 10-5-250-1810 N° medidor: 000001961219

ENERGISA PARTE- DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
CNPJ: 09.095.180/0001-40 Inscrição Estadual: 18.015.162-0

Nota Fiscal/ Conta de Energia Elétrica nº 011.179.888
Cod. para Det. Automática: 00004117362

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Ago / 2018	20/08/2018	18/09/2018	339.724.749-7

UC (Unidade Consumidora):

5/411736-2

Canal de contato

Anterior	Data	Leratura	Atual	Data	Leratura	Constante	Consumo	Dias
19/07/18		47235	20/08/18		47501	1	158.	32.
CCI Descrição Demonstrativo								
DBCF Consumo em kWh			Tributos TCM(R\$) ICMS(R\$) IOME Fazenda/R\$ IPI/R\$ (4.8965%)					
0001 Adm. B. Vermelha			188.000,00 736980 122,28 121,86 37 33,12 122,88 1,33 6,12					
0007 LANÇAMENTOS E SERVIÇOS			12,40 13,40 27 3,35 12,40 0,13 0,62					
0007 CONTRIB SERV ILUM PÚBLICA			5,40 0,00 0 0,00 0,00 0,00 0,00					

CCI Código de Classificação do item TOTAL 140,48 125,68 36,47 135,08 1,46 6,74

Média últimos meses (kWh)

172

VENCIMENTO
27/08/2018

TOTAL A PAGAR
R\$ 140,48

Histórico de Consumo (kWh)

165 | 176 | 171 | 178 | 180 | 181 | 174 | 188 | 175 | 184 | 178 | 157
Ago/17 Set/17 Out/17 Nov/17 Dez/17 Jan/18 Fev/18 Mar/18 Abr/18 Mai/18 Jun/18 Jul/18

b642.799e.fd28.05e0.a9f8.96ad.d1f8.04cd.

Indicadores de Qualidade

6/2/18 - Atualização

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)	
DIC MENSAL	2,58		
DIC TRIMESTRAL	10,38		
DIC ANUAL	26,77	NOMINAL	220
FIC MENSAL	8,23		
FIC TRIMESTRAL	6,47	1,00	CONTRATADA
FIC ANUAL	15,25		LIMITE INFERIOR
DMC	2,94		272
DCRE	13,22	2,58	LIMITE SUPERIOR

Discriminação	Valor (R\$)	%
Bônus de Dist. da Energisa/PF	31,42	22,37
Comissão de Energia	45,46	32,36
Serviço de Transmissão	4,02	2,83
Encargos Setares	9,71	6,20
Impostos Diretos e Encargos	52,07	35,64
Outros Serviços	0,00	0,00
Total	140,48	100,00

Valor da EUZO (Ref: 6/2/2018) R\$ 46,65

ATENÇÃO

Faturas em atraso





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



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
DATA DE NASCIMENTO	16/05/80
NOME DA MÃE	JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.078.891
DATA DO ATENDIMENTO	29/04/18
HORA DO ATENDIMENTO	15:52
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA EXPOSTA DE 1/3 DISTAL DE Perna ESQUERDA
CID 10	S82.3

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com ferimento na perna esquerda, com deformidade local. Pulsos pediosos presentes. Presença de fratura exposta de perna esquerda.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de tornozelo esquerdo

RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura exposta de perna esquerda.

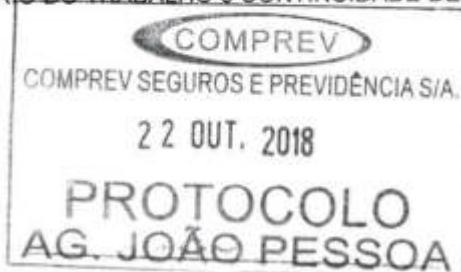
TRATAMENTO:

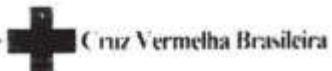
Imobilização e encaminhado para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	29/04/18
DATA DA EMISSÃO:	31/08/18

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





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA LARANJA UDC

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 2458276

Paciente MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS	BAE 1078891	Data/Hora Entrada 29/04/2018 15:52:20	Data Baixa
Data de nascimento 16/05/1980	Idade 37a 11m 13d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987206653
Mãe JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS			Prontuário
Endereço JOÃO QUIRINO DOS SANTOS, 85	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE	Nº Cons. Regional 165843/SP
Data/Hora Classificação 29/04/2018 15:52:20		Data/Hora Prescrição 29/04/2018 18:59:12	

Anamnese

PACIENTE AGUARDANDO AMBULÂNCIA PARA O ORTOGRAFIA
FAÇO ATB

MEDICAÇÃO

CEFAZOLINA SODICA 1G (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 2000,0 MG VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 6,0 ML VIA E.V., AGORA, POR 1 DIA(S)

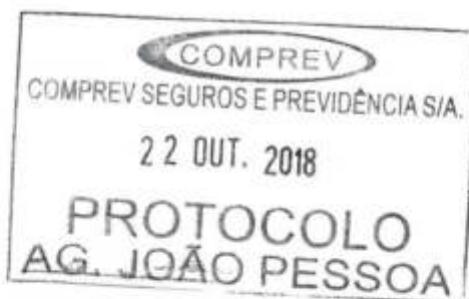
Conduta

Alta médica

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
(CRM: 165843/SP)

Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 8047
FOT 15589





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS	BAE 1078891	Data/Hora Entrada 29/04/2018 15:52:20	Data Baixa
Data de nascimento 16/05/1980	Idade 37a 11m 13d	Sexo Masculino	Telefone de Contato (83) 987206653
Mãe JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS			Prontuário
Endereço JOÃO QUIRINO DOS SANTOS, 85	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente OUTROS	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE MARTINHO CLAUDIO DE PONTES	Nº Cons. Regional 4719/PB
Data/Hora Classificação 29/04/2018 15:52:20		Data/Hora Prescrição 29/04/2018 18:38:32	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE POR MOTO COM FERIMENTO Perna Esquerda HA CERCA DE 3 HORAS COM DEFORMIDADE Perna ESQUERDA

VISTO RADIOGRAFIA

PERNA ESQUERDA

FRATURA EXPOSTA Perna

ESQUERDA

PULSO PEDIOSO E TIBIAL POSTERIOR PRESENTE

SENSIBILIDADE NORMAL

EXAME MUSCULAR PREJUDICADO PELA DOR

FEITA ANALGESIA TRAMAL

JA PRESCRITO VAT E SAT PELA CIRURGIA GERAL

COMFORME PACTUÇÃO AO HOSPITAL DE MANGABEIRA

COMPLEXO HOSPITALAR TARCISIO BURITY

MEDICAÇÃO

TETANOGAMMA, ADMINISTRAR 5000,0 UI VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0,0 (MGTSM)

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 1,0 ML VIA E.V., AGORA

Conduta

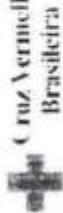
Em observação

Jose Martinho C. Pontes
TARMEF/PE 97

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

JOSE MARTINHO CLAUDIO DE PONTES
(: 4719/PB)





rua Vermelha HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H
Brasileira

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS		
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		
Convenio	Matrícula		
SUS	Senha		

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Poss.	Aprazamento
1 TETANOGAMMA	5000.0	UI		INTRAMUSCUL	AR	AGORA	
2 TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML)	1.0	ML		E.V.		AGORA	

29/04/2018 18:38:32
Data Prescrição
29/04/2018 18:38:32
Nº Prontuário
29/04/2018 18:38:32
Validade da Prescrição
29/04/2018 18:38:00 - 30/04/2018 18:38:00
Senha

JOSE MARTINHO CLAUDINO DE PONTES
CRM: 4719

Assinatura e Cachorro Profissional

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.
22 OUT. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data:	29/04/18 16:02:01
Usuário:	CICERO
Boleto	1078891

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS		
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito		
Convenio	Matrícula		
SUS			
	Data de	Idade	Nº
	16/05/1980	37 a 11m 13d	Prontuário
			1078891
			Data Prescrição
			29/04/2018 16:02:00 - 30/04/2018 16:02:00
			Validade da Prescrição
			Senha

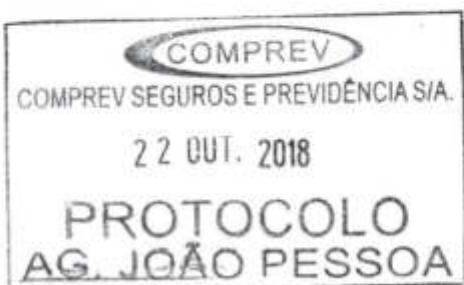
Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML)	1000,0	ML	E.V			AGORA	
2 PARÉCER ORTO	0,0						

29 de Abril de 2018

Dr. Cícero Lúdgero
GERAL
CIRURGIA 6311

Assinatura e Carimbo do Profissional

CICERO LUDGERO ALCINDRO DE MELO
CRM: 6311





Casa de Vida e Saúde
HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HÉLIO VIANA
Brasília

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº Prontuário	Data Prescrição
MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS	16/05/1980	37a 11m 13d	MASCULINO	1078891		29/04/2018 18:59:12
Motivo do Atendimento	Enfermaria / Leito					29/04/2018 18:59:00
Convenio	Matrícula					Senha
SUS						

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Via de	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento
1 CEFAZOLINA SODICA 1G	2000,0	MG		E.V.		AGORA	
2 GENTAMICINA 80MG/2ML (AMPOLA 2ML)	6,0	ML		E.V.		AGORA	

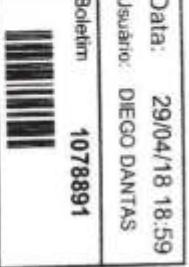
29/04/2018 18:59:00 - 30/04/2018 18:59:00
29 de Abril de 2018

DIEGO DANTAS LINS DE ALBUQUERQUE
CRM: 165843

Diego Dantas L. Albuquerque
Ortopedia e Traumatologia
CRM PB 8047
TEOT 15589

COMPREV	
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.	
22 OUT. 2018	
PROTÓCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Assinatura e Carimbo do Profissional



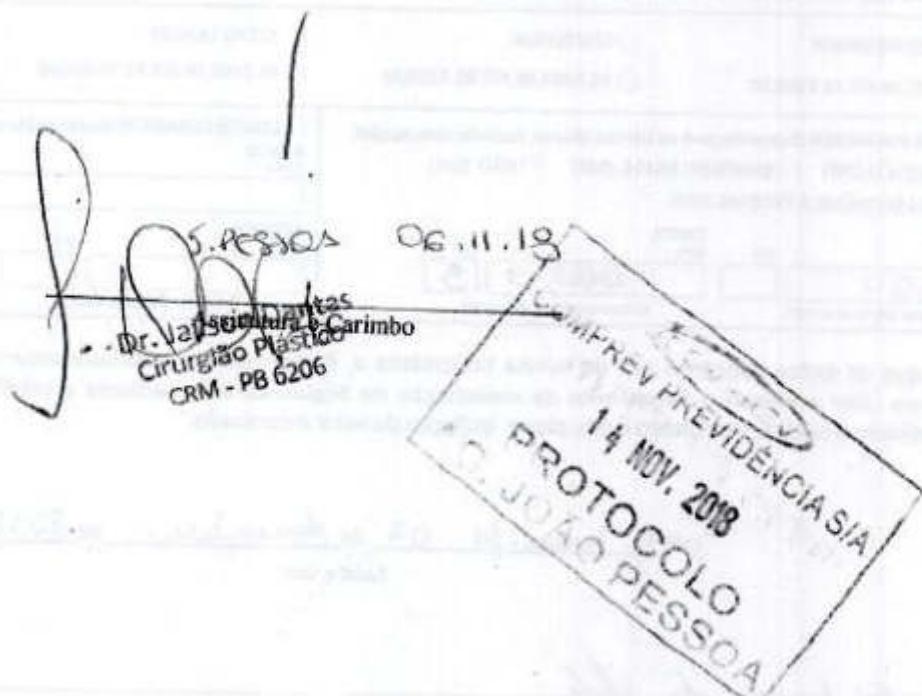
Data: 29/04/18 18:59
Usuário: DIEGO DANTAS
Boletim 1078891



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME: Germânia dos Sua Duéia

O paciente foi atendido no
ambulatório do
Complexo Hospitalar de Mangabeira.
O mesmo foi submetido à
cirurgia devido a fratura
de colo de tibia e fíbula na
extremitade inferior.
O paciente está
cicatrizado e fezida com
máximo deambulação.





37

CERTIDÃO

Nº. 1391/2018

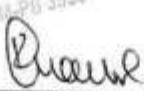
Atendendo solicitação de **MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS** de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 124322 e Prontuário Nº 2018.04.004260 pertencentes ao requerente que foi atendido dia 29/04/2018 às 20H24min, vítima de colisão moto x carro, apresentando trauma em perna esquerda.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de ossos da perna esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 29/04/2018 com alta médica dia 29/04/2018.

E para constar eu, Rossana de Fátima de Araújo Barbosa, Médica da Vigilância à saúde, data e assino a presente certidão.

João Pessoa, 11 de outubro de 2018

Dra. Rossana de F. A. Barbosa
Clínica Vênus / Saúde & Família
Governador Tarcísio Burity
CRM/PB 3533



Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3533



Ficha Nr: 124322

Atd: Nao Regulado

Data: 29/04/2018

Hora: 20:24:14

Repcionista: GABRIELA DA COSTA SERRA

Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Num. Prontuario: 2018.04.004260

CNS: SEM CNS Sexo: M IDENTIDADE: 2273252 Fone: 32397215

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/05/1980 Id: 38 ano(s)

End.: RUA JOAO QUIRINO DOS SANTOS, 85

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF :PB

Mae: JOSEFA PEREIRA DOS SANTOS

Pai: PAULO VIRGINIO DOS SANTOS

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

Ocupação: SEGURANCA

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: IRMA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Linha: HOSPITAL TRAUMA

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTOXCARRO AS 15:30/MIRAMAR

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

TIpo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemica: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[X] Regular [] Chocado

Cxa Principal

[] Vomito

FRATURA EXPOSTA DA Perna ESQ

Observacao

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

18 JAN. 2019

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico)

OCIDENTE MOTO. HOJE AS 14:00HS. COM FRACTURA EXPOSTA
DO OSO DA Perna. PULSO PRESERVADO, OJO PEGO.

Diagnóstico

| Conduta

FX EXPOSTA OSSO DA Perna AO Bloco com

Prescrição

| Horário da medicação

① CEFAZOLINA 2g EV 060mg 22

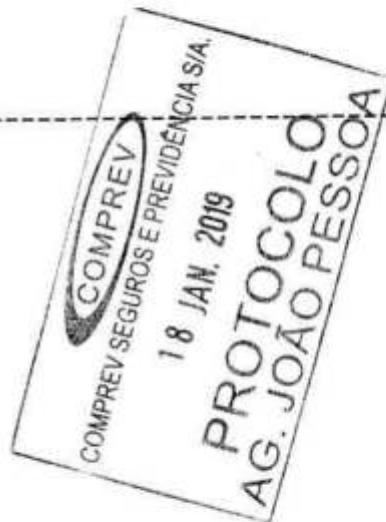
Yury Cordeiro
CRM-PB: 11507

C3.05.8c18

Realizado Atendimento Psicológico.

Guilherme Ferreira da Silva
Psicóloga Clínica e Hospitalar
CRM 13 4385

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)



ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolução
1				
1				
1	✓			
1	✓			
1				
1				
1				

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

✓ Peter und Barbara

Assinatura do Paciente/Responsável

Assinatura e Carimbo do Medico



FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: Marcio Andrade Reis Data da Admissão: / /
Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____ Bairro: _____
Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento / /
QPD: Fx exposto aviso prn
HDA: Pt deixa díaz de mês,
com quadro de febre expost
aviso prn E

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A.

Medicações em uso: _____ Data: 18 JAN 2019

PRÓTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: []Febre []Astenia []Anorexia []Perda de Peso _____ Kg em _____ []Prurido []Sudorese
[]Calafrios []Alopecia []Adenomegalias []Icterícia []Tonturas []Outros: _____

Pele: _____

Cabeca e Pescoco: []Cefaléia []Espirros []Rinorréia []Obstrução Nasal []Epistaxe
[]Dor de Garganta []Bócio []Rouquidão []Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: []Dor _____ []Tosse []Expectoração []Hemoptise
[]Dispneia []Palpitações []Desmaio []Cianose []Edema _____ Outros: _____

ABD: []Dor _____ []Pirose []Soluço []Regurgitação []Hematêmese []Náuseas
[]Vômitos []Dispepsia []Diarréia []Melena []Enterorragia []Constipação []Aumento de volume

AGU: []Disúria []Incontinência []Retenção []Poliúria []Oligúria []Noctúria []Hematúria
[]Mal Cheiro []Corrimento []Outras: _____

SME: []Dor _____ []Rigidez pós-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

SN e PSQ: []Insônia []Sonolência []Convulsões []Motricidade e Sensibilidade _____
[]Amnésia []Libido []Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: _____

Alergias: _____

Cirurgias: _____ []HTF

[]HAS []JDM []TB []HEP []Dislipidemia []Banco de Rio []Casa de Taipa _____

[]Trauma _____ []Neo _____ []Tabagismo _____

[]Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação: _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias: _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA= _____ mmHg

FC= _____ FR= _____ TEMP(°C)= _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: _____

ACV: _____

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: _____

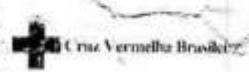
SN: _____

Resultados de Exames Complementares: _____

Hipóteses Diagnósticas: _____

Conduta: _____

COMPREV
 COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
 18 JAN. 2019
 PROTOCOLO
 AG. JOÃO PESSOA



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

Receituário

Paciente: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Idade 37

Data: 29/04/2018 18:38:07 Sexo Masculino CPF: Não Informado BAE: 1078891

PACIENTE COM FRATURA EXPOSTA Perna ESQUERDA
COMFORME PACTUAÇÃO AO HOSPITAL TARCISIO BURITY ORTOTRAUMA DE
MANGABEIRA

Dr. JOSE MARTINHO CLAUDIO DE PONTES
4719/PB

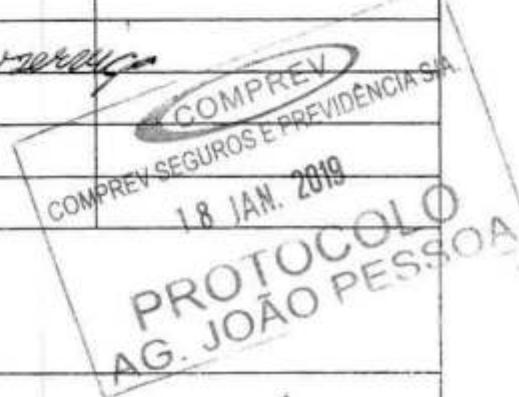
HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep: 58031-090

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A
18 JAN. 2019
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Marcio Andrei Reis</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<i>Fx agudo de dor pélvica</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<i>Operação</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)					CÓDIGO
<i>Impressão cirúrgica + Talo fessado</i>					
<i>O.B.S.: sem fator extenso no sequestro</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim 2 () Não	Descreva:		
Biópsia de Congelação:		1 () Sim 2 () Não			
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: <input checked="" type="checkbox"/> Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4() Óbito durante o Ato Cirúrgico					



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Lado em DPV na lateral
Assento + Antebraço + Coxa

Incisão:

Aplições do plástico

Achados:

Conduta:

- Língua lingua alveolar com fissura vertical
- OBS: sem STG, f. P/ língua
- Delevar da artéria

Fechamento:

Suturas
Curativo + Talo

OBS:

COMPREV
COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S.A.
18 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: ___/___/___

Dr. Thales Mendes
Médico - Traumatologista
CRM-PB 1201

29 JUN 2019

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Moreira André Reis</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica: ORTO	EMP:	LR:
Data: <i>13/05/18</i>	Cirurgião: <i>Dr. Edilson Almeida</i>			1º Assistente: <i>Dr. Reinaldo Ribeiro</i>	
2º Assistente: <i>Dr. Leonardo</i>	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <i>Dr. Cecílio</i>	Tipo Anestesia: <i>Logan</i>		Horário: I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Fist. tipo da onça do Reino</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>O nesse</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>NIC + DESBRIQUAMENTO + FIXADAS EST.</i>					
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 (<input type="checkbox"/>) Sim	Descreva:	<i>COMPREV</i>	
		2 (<input type="checkbox"/>) Não		<i>COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A</i>	
Biópsia de Congelação:		1 (<input type="checkbox"/>) Sim		<i>18 JAN. 2019</i>	
		2 (<input type="checkbox"/>) Não		<i>PROTÓCOLO</i>	
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:		<i>AG. JOÃO PESSOA</i>			
1 (<input type="checkbox"/>) Enfermaria 2(<input type="checkbox"/>) Terapia Intensiva 3(<input type="checkbox"/>) Residência 4 (<input type="checkbox"/>) Óbito durante o Ato Cirúrgico					

DESCRÍÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em ORT sob rotação extrema
- Asepsis + antisepsis + operação de campo estéril

Incisão:

- Aproxe 10 cm de ferida feita em nível anterior do peco

BBQ

Achados:

- ferida com tecido laxo e topo de fratura
do fêmur

Conduta:

- realizada redução de fratura + operação de fixação
internas sob controle fluoroscópico.
- realizada IVC de feridas essenciais em 80,9%.
- hemostase da ferida desvascularizada
- sutura em planos anatômicos
- curativo

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIA S/A

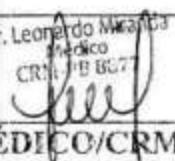
18 JAN. 2019

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Fechamento:

OBS: Nós foi observado saída de sangue premente. em ferida.

Data: 17/05/19

Dr. Leonardo Mendes
Médico
CRM-PB 807

MÉDICO/CRM

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

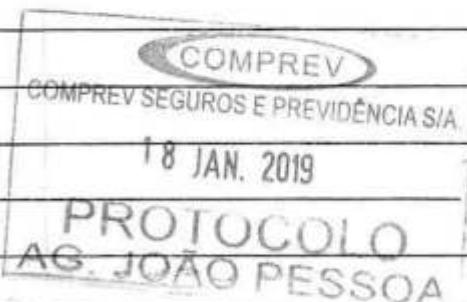
Posição e Preparo:

Relevoe sob DBH
Assento + suporte
Acessório
Spoon de couro cílico

Incisão:

Achados: fixos perna

Conduta: Redutor sacra e apófises
de peço del (disco)
Retirada de fixador externo
+
LME.



Fechamento: Setor de plástico autônomo
autônomo + Rx controle

OBS:

Agendado dia definitivo

Data: 01/06/18

MÉDICO/CRM



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Marcelo André Paixão</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <i>2/6/19</i>	Cirurgião: <i>Dra. Roseli Sandi</i>			1º Assistente: <i>J. Lemos</i>	
2º Assistente:	3º Assistente:		Instrumentador:		
Anestesista: <i>D. E. Vals</i>	Tipo Anestesia: <i>L</i>		Horário:	I:	T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

*Fratura em articulação
do ombro*

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*Adutoras
esquerda*

COMPREV

COMPREV SEGUROS E PREVIDÊNCIAS S/A.

18 JAN. 2019

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim
 2 () Não

Descreva:

Biópsia de Congelação: 1 () Sim
 2 () Não

Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico:

1 () Enfermaria 2() Terapia Intensiva 3() Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Preparo ecolímero
foco aberto

Incisão:

Incisão feita
ao nível do fio

Achados:

pedeço de fio
maior 10 cm q.d.

Conduta:

Fixação com
gipsóforos + cintil
após 30 dias

descida

Fechamento:

João Félix da Sil

COMPREV
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIA S.A.

18 JAN. 2019

OBS:

PRATICOLO
AG. JOÃO PESSOA

Data: 7/6/18

Dr. Roberto A. Santos
Orto - Traumatologia
CRM 1580

MÉDICO/CRM



RECEITUÁRIO MÉDICO - SUS

NOME:

Leandro Andrade

Perreira

~~PROTÓCOLO~~ 18 JAN. 2019
COMPREV SEGURO E PREVIDÊNCIAS

Leandro Andrade
à disposição

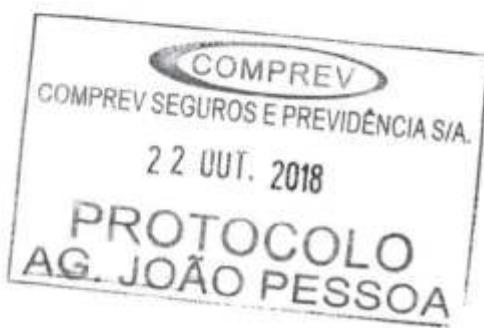
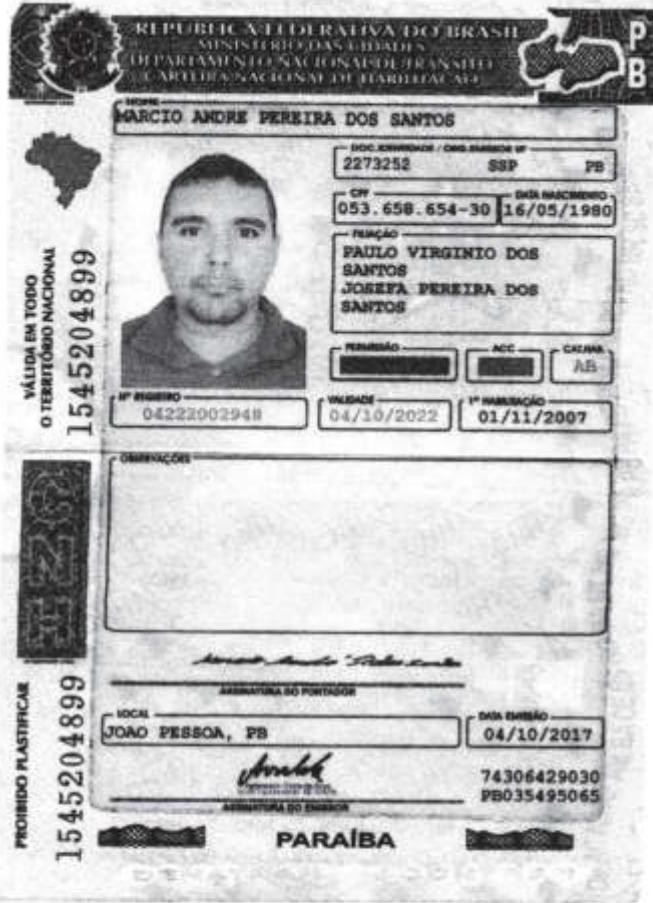
para CED:
5823-

Na 25/01/19
verso o Dr.
Belli de Oliveira,

6/11/18

Assinatura e Carimbo

Ricardo A. Santos
Traumatologista
3131590



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MÍNISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

L

A

C

R

E

1

0

0

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

4

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Márcio Andrade Pereira dos SantosDATA DO ACIDENTE 23.04.18 CPF DA VÍTIMA 053.658.654-30PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO Márcio Andrade Pereira dos Santos

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUI PARANTEESCO COM

A VÍTIMA É Márcio Andrade Pereira dos SantosENDERECO DO PORTADOR R. Jafet Assisino das SantasNº 85 COMPLEMENTO ResidencialCIDADE Jacareí UF SP CEP 58000-000 BAIRRO AssucabimE-MAIL gabtress@gmail.com TELEFONE (23) 55524-4222 S/AMARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:
() DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE
() REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)

() NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA DA VÍTIMA (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE CONFIRME A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA.

() BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CONFIRVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS - INVALIDEZ PERMANENTE

() CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO

() CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTERA DE TRABALHO OU CARTERA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)

() DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, Tais como cópia de FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

() Morte = R\$ 13.500,00

() INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PROPOSTA NA LEI 6.194/74.

() DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

() O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

() COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO

() PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSO WWW.DPVATSEGURADOOTRANSTO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

() PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

() RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

() DATA 19-10-18() IDENTIDADE 2273252

() NOME _____

() ASSINATURA Márcio Andrade Pereira dos Santos() ASSINATURA Márcio Andrade Pereira dos Santos

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180497046 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180497046 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS **Data do acidente:** 29/04/2018 **Seguradora:** ALFA SEGURADORA

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 23/01/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DA TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:
Observações:

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 um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Número do Sinistro: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Número do Sinistro: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

MARCIO ANDRE PEREIRA
DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2019
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Número do Sinistro: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

MARCIO ANDRE PEREIRA
DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/01/2019
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/01/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Número do Sinistro: 3180497046

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

Titular do CPF: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

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 0800-0221204.

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

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 14/11/2018
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 14/11/2018
Nome: ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA
CPF: 109.758.064-40

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

ADAILTON SANTOS DE OLIVEIRA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

MARCIO ANDRE PEREIRA
DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS : 053.658.654-30

Autorização de pagamento
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 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/10/2018
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

RENATO LUNA DIAS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0385135/18

Vítima: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

CPF: 053.658.654-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 29/04/2018

MARCIO ANDRE PEREIRA
DOS SANTOS

Seguradora: ALFA SEGURADORA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médica-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS : 053.658.654-30

Autorização de pagamento
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 0800-0221204.
- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

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

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 22/10/2018
Nome: MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS
CPF: 053.658.654-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 22/10/2018
Nome: RENATO LUNA DIAS
CPF: 705.216.494-98

MARCIO ANDRE PEREIRA DOS SANTOS

RENATO LUNA DIAS