

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, 03 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Data do Acidente: 18/11/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 13 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094694 **Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

Data do Acidente: 18/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 0000035577-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

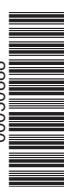
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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



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, 17 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094694 **Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

Data do Acidente: 18/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974. O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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

Rio de Janeiro, 03 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200094694 **Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

Data do Acidente: 18/11/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), JUNIO BARBOSA DE SOUSA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 843,75

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um tornozelo 25%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 25%) 18,75%

Valor a indenizar: 18,75% x 13.500,00 = R\$ 2.531,25

Recebedor: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Valor: R\$ 843,75

Banco: 237

Agência: 000000997-0

Conta: 0000035577-1

Tipo: CONTA CORRENTE

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.

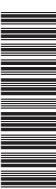
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura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



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 618 366 623-86 4 - Nome completo da vítima: Júnio Marques de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> Júnio Marques de Souza	6 - CPF: <input type="text"/> 618 366 623-86
7 - Profissão: <input type="text"/> Advogado	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua das Flores
11 - Bairro: <input type="text"/> zona rural	12 - Cidade: <input type="text"/> Piranhas
13 - Estado: <input type="text"/> CE	14 - CEP: <input type="text"/> 62230-000
15 - E-mail: <input type="text"/> juniorlira607@upnet.com	16 - Tel.(DDD): <input type="text"/>

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34	35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo): <input type="text"/>	36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo): <input type="text"/>	37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo): <input type="text"/>
40 - Local e Data: <input type="text"/> Recife - PE 19.02.2020	38 - 1º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>	41 - Assinatura da testemunha: <input type="text"/>	
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)	39 - 2º Nome: <input type="text"/> CPF: <input type="text"/>	43 - Assinatura do Procurador (se houver)	



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS
Impresso nº 202085458



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 484 - 131 / 2020

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**

Data / Hora da Comunicação: **29/01/2020 09:40:28**

Data / Hora da Ocorrência: **18/11/2019 00:30:00**

Endereço da Ocorrência: **AV DR. EPITÁCIO DE PINHO - PORANGA/CE**

Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **JUNIO BARBOSA DE SOUSA**

Nascimento: **18/05/2000** CPF: **618.366.623-86**

RG: **654266864**

Orgão Emissor: **SSP**

UF: **SP**

Filiação: **MARTA BARBOSA DE QUEIROZ**

GERALDO GONÇALVES DE SOUSA

Endereço: **SITIO CABOCLOS**

Bairro: **ZONA RURAL**

Município: **PORANGA/CE**

País: **BRASIL**

CEP:

Telefone: **(11) 96431-9957**

Histórico

A PESSOA ACIMA QUALIFICADA COMPARCEU EM CARTÓRIO DESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, ONDE, APÓS SER CIENTIFICADA DO TEOR DOS ARTIGOS 339 E 340 C.P.B., COMUNICOU O SEGUINTE: QUE NO DIA 18 DE NOVEMBRO DO ANO DE 2019, POR VOLTA DAS 00:30, ESTAVA TRANSITANDO A PÉ, PELA AVENIDA DOUTOR EPITÁCIO DE PINHO, CENTRO DE PORANGA, QUANDO FOI ATROPELADO POR UM CARRO, O QUAL NÃO SABE CARACTERIZAR, NEM IDENTIFICAR O CONDUTOR, POIS O MESMO SE EVADIU DO LOCAL, SEM PRESTAR SOCORRO; QUE, COM A COLISÃO, CAIU AO CHÃO, INCONSCIENTE, E FOI SOCORRIDO PARA O HOSPITAL MUNICIPAL DE PORANGA, POR UMA PESSOA CONHECIDA POR DANIEL, RESIDENTE NA LOCALIDADE DE PAU ROXO, ZONA RURAL DE PORANGA-CE; QUE, EM SEGUIDA, FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA NO MUNICÍPIO DE SOBRAL, ONDE FICOU INTERNADO POR 3 DIAS; QUE FICOU COM UMA FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA DO PÉ DIREITO; QUE NÃO SABE CARACTERIZAR O VEÍCULO QUE LHE ATROPELOU POIS O CONDUTOR SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; NADA MAIS DISSE.//////////

OBS: NÃO HÁ RELATÓRIO DO CORPO DE BOMBEIROS MILITAR, GUARDA-CIVIL MUNICIPAL, IML, SAMU, E NEM DE OUTROS ÓRGÃOS DE POLICIAMENTO RODOVIÁRIO, PORÉM APRESENTARAM-SE COMO TESTEMUNHAS AS PESSOAS DE MARIA VIVIANE FREITAS MATOS, RESIDENTE NO DISTRITO DE CABOCLOS, ZONA RURAL DE PORANGA-CE (TEL:11 952501025), A QUAL RELATOU QUE É ESPOSA DA VÍTIMA E PRESENCIOU O MOMENTO DO ACIDENTE, OCASIÃO EM QUE O MESMO FOI ATROPELADO POR UM CARRO, O QUAL NÃO FOI IDENTIFICADO, DISSE AINDA QUE A VÍTIMA FOI SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PORANGA, SENDO TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA E ANTONIA MIKAELLY LIMA BEZERRA RESIDENTE NA RUA RAIMUNDO BEZERRA DE MENEZES, 427, JARDIM DAS OLIVEIRAS, PORANGA-CE (TEL:

Francisco Irilan Pontes Filizola

DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

Consolidado em: 29/01/2020 10:12:42

MAT: 300619-1-8

Pag. 1 de 2

Impresso em: 29/01/2020 10:13:16

Junio Barbosa de Souza ex-Viliane Entrar moto



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PÓLICIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS
Impresso nº 202085458



BOLETIM DE OCORRÊNCIA N° 484 - 131 / 2020

88 996504812), A QUAL RELATOU QUE PRESENCIOU O ACIDENTE, NO QUAL A VÍTIMA FOI ATROPELADA POR UM CARRO, O QUAL NÃO FOI IDENTIFICADO, SENDO SOCORRIDA PARA O HOSPITAL DE PORANGA, DE ONDE FOI TRANSFERIDO PARA A SANTA CASA EM SOBRAL, APRESENTANDO LESÃO NO TORNOZELO DO PÉ DIREITO; AS TESTEMUNHAS PRESTARAM O COMPROMISSO DE FALAR A VERDADE E FICARAM CIENTES DA POSSIBILIDADE DE RESPONDEREM PELO CRIME DE FALSO TESTEMUNHO, NOS TERMOS DO ARTIGO 342 DO CPB; NADA MAIS DISSE.//////////

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE IPUEIRAS

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

FRANCISCO IRLAN PONTES FILIZOLA - MAT.: 300619-1-8

Francisco Irlan Pontes Filizola

ESCRIVÃO DE POLÍCIA CIVIL

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO: Juliano de Almeida Paz

VISTO DO DELEGADO(A) : Juliano de Almeida Paz

JULIANO DE ALMEIDA PAZ - MAT.: 301258-5-1

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 618 366 623-86 4 - Nome completo da vítima: Júnio Marques de Souza

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: <input type="text"/> Júnio Marques de Souza	6 - CPF: <input type="text"/> 618 366 623-86
7 - Profissão: <input type="text"/> Advogado	8 - Endereço: <input type="text"/> Rua das Flores
11 - Bairro: <input type="text"/> zona rural	12 - Cidade: <input type="text"/> Piranhas
13 - Estado: <input type="text"/> CE	14 - CEP: <input type="text"/> 62230-000
15 - E-mail: <input type="text"/> juniorlira607@upnet.com	16 - Tel.(DDD): <input type="text"/>

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

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

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Bradesco

AGÊNCIA: CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (varascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 _____ 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: _____
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) _____

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____
FPS.001 V002/2019

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 843,75

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000035577-1

Nr. Autenticação

BRADESCO0104202005000000000237009970000003557784375 PAGO

BRADESCO

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

BANCO: 237 AGÊNCIA: 2373-6 CONTA: 000000429200-6

DATA DA TRANSFERENCIA: 11/03/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

BANCO: 237

AGÊNCIA: 00997-0

CONTA: 000000035577-1

Nr. Autenticação

BRADESCO11032020050000000002370099700000035577168750 PAGO

VILA NOVA
PORANGA
ESTADO DO CEARÁ

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORANGA
SECRETARIA DE SAÚDE

Nº 00.56
DATA: 18/11/43

BOLETIM DE ATENDIMENTO DE PACIENTE EXTERNO

1-IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE:

NOME: Junio Barbosa de Souza RG: 654466864
ESTADO CIVIL: Solteiro SEXO: M DATA DO NASC: 18/05/00 IDADE: 13a
NATURALIDADE: Jucuruna - GO PROF: Ogivalton
RESIDÊNCIA: Cabedelo CNS:
FILACÃO: Geraldo Gonçalves de Souza e Manta Barbosa de
CONJUGE:

2.QUEIRA PRINCIPAL:

3.HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL: Fraqueza exposta a poeira - D, descomunha
de audiente de trânsito (S2c).

4.PESO KG 5.P.A. minig 6.TEMPERATURA °C

7.EXAMES SOLICITADOS:

J. Barbosa de Souza da Silva

ASSINATURA DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

RAMON COLEMBRANT
MÉDICO
PROM. 177

ASSINATURA DO MÉDICO

- 1- Confundir 100 J + 100 e 50%
EV - 28 J + 1 m
- 2- Truncar 100 J + 100 e 50%
EV - 28 J + 1 m
- 3 - Possibilidade provisória.



DADOS DO PACIENTE

Matrícula: 975860
Paciente: JUNIO BARBOSA DE SOUSA CPF: 61836662385
Sexo: MASCULINO
Dt. Nasc: 18/05/2000 Idade: 19a 6m 1d
Mae: MARTA BARBOSA DE QUEIROZ Cor: PARDA
Pai:
S. Civil: SOLTEIRO CNS: 705506341346599
Endereço: BETANIA Nº: 0
Bairro: ZONA RURAL CEP: 62220-000
Cidade: PORANGA UF: CE
fone: 985942150

DADOS DO RESPONSÁVEL

Nome:
Endereço:
Documento:
fone:

DADOS DA INTERNACAO

Atendimento: 5655111 Atendente: RAIMUNDO COSTA
Data: 18/11/2019 Hora: 09:03 Permanência: 3 Dias
Procedimento: 0408050497 - TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA
Medico: ANDERSON NUNES CÁSSIANO (RES)
Unidade Int: UI EMERGENCIA ADULTA
Leito: LEITO EXT-12 EMERG ADULTA
Convenio: SUS - SIH
Plano:
Carteira:
Guia:

1-SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOBRAL
MV2000 - Sistema de Gerenciamento de Internação
Comprovante da Alta Hospitalar do Paciente

Página: 1/1

Emitido por: SHEILA COSTA
Em: 21/11/2019 17:31

Atendimento: 5655111 Dt. Atendimento: 18/11/2019 - 09:03

Data Alta.: 21/11/2019 Hora Alta: 17:00

Paciente.: 975860 JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Serviço: 22 TRAUMATO/ORTOPEDIA Convenio: 1 SUS - SIH
Leito.: 160 LEITO 10-3 - C.S.SAO J PIAO...: 1 SUS - SIH

Motivo Alta: 1 ALTA MELHORADA Usuário.: SHEILA COSTA
CID: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimento de Alta: 40805049 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA BIMALEOLAR / TRIMALEOLAR / DA FRATURA

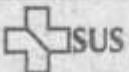
Observação de Alta:

ALTA MEDICA DA PRESCRIÇÃO : 2319291

DATA/HORA : 21/11/2019 10:29:33

USUÁRIO DA ALTA : PONCIANO LIMA

MOTIVO DA ALTA : 1 - ALTA MELHORADA



**LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

2 - CNES

30211114

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL

4 - CNES

3021114

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Nº IR: 5655111 DT. ATEND.: 18/11/2019 - 09:03
MATER.: 975860 NASCIMENTO.: 18/05/2000
NOME...: JUNIO BARBOSA DE SOUZA
MAE...: MARTA BARBOSA DE QUEIROZ
CPF...: 61836662386 CNS: 706506341346599 SUSFACIL:
ENDER.: BETANIA D
BAIRRO: ZONA RURAL - PORANGA

6 - NOME	7 - SEXO	8 - RACA/COR
Masc. <input checked="" type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	1	3
9 - ENDERECO		
10 - TELEFONE DE CONTATO DDD: _____ N° DO TELEFONE		
11 - TELEFONE DE CICLOLISTA DDD: _____ N° DO TELEFONE		

-CE- CEP: 62220000

16 - MUNICIPIO DE RESIDÊNCIA

17 - CÓD. IEGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

*Ponto da ferida operada & tonsil, infec
Se infarto cerebral*

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Virus de caxumba

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Anemia + BF + Rx

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Hemorragia e infarto cerebral

24 - CD 1º PRINCIPAL - 25 - CD 1º SECUNDARIO - 26 - CD 1º ASSISTENTE
187

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgias Multiplos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

011510100102

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

32 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/ICPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Dr. Fábio Madalfo

I CNE

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Ortopedista e Traumatólogista

XOPF

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO - 35 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Cirurgia do Pé e Tornozelo

18/11/2019

36 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO

Cirurgia do Pé e Tornozelo

Ortopedista e Traumatólogista

CRM: 14316

Cirurgia do Pé e Tornozelo

TEOT: 16165

CRM: 14316

CRF: 14316

TEOT: 16165

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIDA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO SEGURO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNPJ EMPRESA

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() ADVENTISTAS

() NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - CÓD. ORGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

49 - N.º DOCUMENTO (CNS/ICPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS () ICPF

B

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



EliteMedical
MATERIALS | EQUIPMENT | TRAINING

Nº de Controle

916

17-VI-10
28-VI-10
30-VI-10

Branca
Azul
Amarula

Hospital
Mendadore
Elite Medical

FICHA TÉCNICA

HOSPITAL:	PACIENTE:
MÉDICO:	PROTÓTIPO:
CONVÊNIO:	PROCEDIMENTO:
DATA DA CIRURGIA:	ATENDIMENTO:

CONTROLE DE UTILIZAÇÃO DE MATERIAIS

Dr. Raoni Madeiro
Ortopedista e Traumatologista
Clínica do Pé e Tornozelo
CRM: 14314 TEOT: 16165

RESPONSÁVEL DO HOSPITAL:

BESPOONSAVEL DA ELITE MEDICAL

ELITE MATERIAIS CIRURGICOS E HOSPITALARES LTDA - ME
AV SANTOS DUMONT, 1140 - BLOCO A - PORTAL DA FÉ
CEP: 59010-000 - CAMPUS DA UFRGS - PORTO ALEGRE

◎本報記者王曉輝攝影



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA Matrícula: 975860 D.N: 18/05/2000 Idade: 19 Anos 6 Meses 0 Dia

Sexo: MASCULINO Atendimento: 5655111

Procedência: PORANGA Data da admissão: 18/11/2019 09:03:07

Diagnóstico Médico:

FRATURA EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

Presença de Familiares/Acompanhantes: Durante Atendimento

ANTECEDENTES PESSOAIS

Alergia a:

HISTÓRIA ATUAL

SSVV: PA: 130X80 mmHg P: 83 bpm FR: 22 rpm T: 36,3 °C

Motivo da internação/Queixas Principais:

PACIENTE VITIMA DE ATROPELAMENTO COM FRATURA EM TORNOZELO DIREITO. SEM QUEIXA NO MOMENTO.

AVALIAÇÃO DO NÍVEL DE CONSCIÊNCIA/SEDAÇÃO - NECESSIDADES DE PERCEPÇÃO SENSORIAL (PNS)

Orientado Consiente

Dor: Sem Dor

Abertura Ocular: Espontânea Resposta Verbal: Orientado Resposta Motora: Obedece a comandos verbais

Pupilas Isocônicas

Motricidade

Braço F. normal D. F. normal E

Perna F. normal E

Marcha Alterada

NECESSIDADE DE OXIGENACÃO/RESPIRAÇÃO

Regular

Inspeção torácica:

Simétrico

Palpação Expansibilidade: Preservada

Percussão: Claropulmonar

Sons pulmonares: Presente

Oxigenação: Ar ambiente

Ausculta cardíaca: Bulhas Normofonéticas

AVALIAÇÃO DO ABDOME

Inspeção: Plano

Ruidos hidroaéreos: Presente

Palpação: Normotenso

NECESSIDADE DE NUTRIÇÃO/HIDRATAÇÃO

Dieta por via oral Sólida

URINÁRIA

Micção Espontânea

Diurese:

Limpida e clara

EVACUAÇÃO

Presentes

MEMBROS SUPERIORES/INFERIORES

Dispositivos:

Catéter periférico MSD

Rede Venosa Visível

TEC: <3 seg

NECESSIDADE DE HIGIENE

Cabelos: Normal

Oral: Normal

Pele:

Turgor presente

Exames Realizados

RX: MID

RISCOS ENCONTRADOS:

Queda Flebite

Ligia Maria Pereira
COREN-CE 587671

LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS SAMPAIO
Coren: 587671

Ficha de Cirurgia Descritiva

Aviso de Cirurgia: 370692

Paciente: 975860

Convênio Atend.: 1

Leito: 213

Dt. Início:

Sala: 0004 SALA 04

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

SUS - SIH

Atendimento: 5655111

Canteira:

Idade: 19 Anos 12 Horas

Cid Pré-Operatório: S823

LEITO 1478 - RECUPERACAO

DL. Fim:

Cid Pós-Operatório: S823

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA

Procedimentos

Procedimento: 0415040035

DEBRIDAMENTO DE ULCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Convênio: 001

SUS - SIH

Procedimento: 0408050578

TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO TORNOZELO UNIMALEOLAR

Convênio: 001

SUS - SIH

Anestesia:

Equipe Médica

ANESTESISTA

11859 AUDY ROCHA DE OLIVEIRA FILHO

CIRURGIAO

14314 RAONI CARLOS MADEIRO

Descrição

Descrição Cirúrgica:

DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNÓZELO DIREITO

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE, NA MESA CIRÚRGICA, EM DECÚBITO DORSAL
- ANTISEPSIA E ASSEPSIA
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS PRIMÁRIOS
- FIXAÇÃO DOS CAMPOS CIRÚRGICOS
- DIÉRESE POR PLANOS ATÉ A VISUALIZAÇÃO DE TECIDOS DESVITALIZADOS
- DEBRIDAMENTO DA FERIDA
- IRRIGAÇÃO INTENSA DA FERIDA COM SORO FISIOLÓGICO 0,9%
- SUCÇÃO DA FERIDA
- HEMOSTASIA DEFINITIVA DA FERIDA
- SUTURA MÍNIMA DA PELE
- CURATIVO ACOLCHOADO

OSTEOSSÍTESE DO MALEOLO LATERAL DIREITO

- POSICIONAMENTO DO PACIENTE EM DÉCÚBITO DORSAL
- ASSEPSIA E ANTISEPSIA DO MEMBRO INFERIOR DIREITO
- ISOLAMENTO DA REGIÃO OPERATÓRIA, TORNOZELO, COM CAMPOS CIRÚRGICOS
- INCISÃO DO MALEOLO LATERAL
- DISSECÇÃO DA FRATURA
- REDUÇÃO DA FRATURA E FIXAÇÃO COM PARAFUSOS
- SUTURA POR PLANOS
- CURATIVO

Achados Cirúrgicos:

Descrição Complementar

Dr. Raoni Madeiro
Ortopedista e Traumatologista
Clínica do Pe e Tornozelo
CRM: 14314 TEOT: 16185

DR(A) : RAONI CARLOS MADEIRO
CRM : 14314

10-3

PREScrição.: 2314989 DATA: 18/11/2019 12:02
 USUÁRIO....: RAONI
 ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 1D)
 CONVÊNIO...: SUS - SIH
 PACIENTE...: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
 UNID. INT...: UI SALA DE RECUPERACAO LETTO.: LEITO 1478 - RECUPERACAO COBERTURA: ENFERMARIA
 CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO.:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

VÍTIMA DE ATROPELAMENTO COM LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO
 REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE
 D1 DE CEFALOTINA E GENTAMICINA
 CD: AVALIAR FO E MANTER TALA BOTA

5655111*

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1					[18/11] 12:02

Obs.: APÓS AS 17H

ANTIMICROBIANOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA-TO	1 AMPOLA		EV	24X24 HOR		23/11

Justificativa: prescrita

Obs.: Diluir em 250mL de SG5* e infundir em 60 minutos

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE	1 FRASCO AM		EV	06X06 HOR		[18/11] 12:02 18:02
Justificativa: PROFILAXIA						[19/11] 00:02 06:02
> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA	2 AMPOLA					06/11/22
> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1 UNIDADE					
> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1 UND					
4 C.C. DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMPOLA	1 AMPOLA		EV	06X06 HOR	[18/11] 12:02 18:02	08/11/22
5 C.C. TRAMAL 100 MG AMPOLA + SF 0,9% 100 ML	1 AMPOLA	S EV	06X06 HOR		[19/11] 00:02 06:02	20/11/22
Obs.: se dor que não cede ao item 4						
6 C.C. BROMOPRIDA 5MG/ML AMPOLA 2ML + ABD 20ML	1 AMPOLA	S EV	06X06 HOR			
Obs.: se enjoos						

Dr. Raoni Madeiro
 Ortopedista e Traumatologista
 Cirurgia do Pé e Tornozelejo
 CRM: 14814 / TEOT: 16165

PREScrição.: 2314485 DATA: 18/11/2019 08:24
 USUÁRIO...: ANDERSON.CASSIANO
 ATENDIMENTO: 5654924 DT NASC: 19/05/2000 (19A GM ID)
 CONVÉNIO...: SUS - SIA
 PACIENTE...: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNACÃO.: 18/11/2019 07:41 0 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do Médico

MÉDICO....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVICO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
 UNID. INT...: AMBULATORIO DE ORTOPEDIA LEITO.: COBERTURA
 CID.....: CICLO.: /
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO.:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#VIDE ADMISSÃO
 #CD: ENCAMINHAR AO CENTRO CIRÚRGICO

5654924

PREScriÇÃO MÉDICA

Dr. Anderson Nunes Cassiano
 MÉDICO RESIDENTE
 TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA
 CRM-F-17520

DIETA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA ZERO	1					[18/11] 08:24
HIDRATACAO VENOSA	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 SORO FISIOLÓGICO A 0,9 FRASCO 1000ML	1 FRASCO		EV		CONTINUA	
Obs.: 14 GOTAS MINUTO						1000
ANTIMICROBIANOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 TENOXICAM 20MG/AMP + 100 ML SF 0,9% EV D.W	1 FRASCO AM		EV		12X12 HOR	
Obs.: RECONSTITUIR 1 AMP COM 2 ML AD + 100 ML SF 0,9% EV						10/12
MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
4 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE Justificativa: prescrita Obs.: INFUNDIR EM ATÉ 2 MINUTOS	1 FRASCO AM		EV		02X08 HOR	[18/11] 08:24 16:24 [19/11] 00:24
> AGUA BI-DESTILADA 10ML AMPOLA > AGULHA DESCARTAVEL 40X12 > SERINGA DESCARTAVEL 20ML	2 AMPOLA 1 UNIDADE 1 UND					18/11 00:24 04:24
5 C.C. DIPIRONA 500MG/ML 2ML AMP+ 18 ML AD EV D.W Obs.: FAZER 1 AMP+ 18 ML AD EV INFUNDIR EM ATÉ 2 MINUTOS	1 AMPOLA		EV		02X08 HOR	[18/11] 08:24 14:24 20:24 [19/11] 02:24
6 BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMPOLA + 18 ML AD EV D.W Obs.: OBSERVAÇÃO: FAZER 1 AMP+ 18 ML AD EV INFUNDIR EM ATÉ 2 MINUTOS SE NAUSEAS OU VOMITOS	1 AMPOLA	S	EV		02X08 HOR	

Dr. Anderson Nunes Cassiano
 MÉDICO RESIDENTE
 TRAUMATOLOGIA-ORTOPEDIA
 CRM-F-17520

PREScrição.: 2314995 DATA: 18/11/2019 12:06
usuário...: RAONI
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 1D)
CONVÉNIO...: SUS - SIH
PACIENTE...: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 0 DIAS(S) INT

1^a VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT...: UI SALA DE RECUPERACAO LEITO.: LEITO 1478 - RECUPERACAO COBERTURA: ENFERMARIA
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTÓCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

5655111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

RADIOLOGIA

8 RX PERNAS

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	---------------

Elw/ew
645 T

Dr. Raoni Madeiro
Ortopedista e Traumatologista
Cirurgia do Pé e Tornozelo
CRM: 14314 TEDT: 16165
RAONI CARLOS MADEIRO
CRM: 14314

REGISTRO DE ENFERMAGEM

NOME: Barbara Nº PRONTUÁRIO 5655111
 SETOR: São Joaquim ENFERMARIA: 10 LEITO: 3

DATA

Rodrigo Borges Ribeiro
Tec. de Enfermagem
CORENCE 81242

20/06-2010 - Fazendo a troca do leito
 09:00-10:00 da AVP montado e realizada
 troca de lençol e colchão para o novo paciente
 com UTI 1652 para o paciente que vai ser
 transferido para o novo leito enfermaria 10.
 Mencionar a enfermeira

Foto: R. Ribeiro
Tecnico de Enfermagem
CORENCE 81242

22:00 Fazendo a troca de setor
 de enfermagem São Joaquim
 para Maternidade Pediátrica

Erivelton Souza Portela
COREN-CE 001.447.155-TE

Gislaine Almeida Souza
Técnica de Enfermagem
COREN-CE 115.942

PREScrição.: 2315879 DATA: 19/11/2019 08:30
 USUÁRIO...: PONCIANO LIMA
 ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A GM 2D)
 CONVÊNIO...: SUS - SIH
 PACIENTE...: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNACAO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica do
Médico

MÉDICO....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
 UNID. INT...: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 10-3 - C.S. SÃO JOAQUIM COBERTURA:
 ENFERMARIA
 CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO...:
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO.:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR:

LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSÍNTSE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO
 REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI REALIZADO DEBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR RAONI

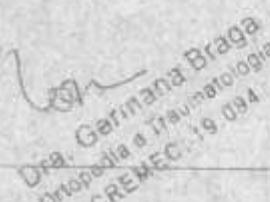
#EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE, SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL
 BEG, EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLOGICAS. ACEITANDO DIETA, ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII
 DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO

#EXAMES:

CD:

- CUIDADOS DA PO E MANTER TALA BOTA
- SOLICITO RX DE CONTROLE DE TORNOZELO AP E PERFIL E PÉ DIREITO EM PERFIL
- MANTENHO ANTIBIOTICOS


 Dra. Garinana Braga
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 19.084

5655111

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIETA

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1					[19/11] 08:30

Obs.: APÓS AS 17H

ANTIMICROBIANOS

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA TO	1 AMPOLA		EV		2X24 HOR	

Justificativa.: prescrita

Obs.: Diluir em 250ML de SG5% e infundir em 60 minutos

23/11

MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS

	Qty	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
3 C.C. CEFAZOLINA 1G FRASCO AMP DOSE ATAQUE	1 FRASCO AM		EV		06X06 HOR	[19/11] 08:30 14:30 20:30
Justificativa.: prescrita						[20/11] 02:30
> AGUA BI-DESTITULADA 10ML AMPOLA	2 AMPOLA					
> AGULHA DESCARTAVEL 40X12	1 UNIDADE					
> SERINGA DESCARTAVEL 20ML	1 UND					

14/06/2019

PREScrição.: 2315960 DATA: 19/11/2019 09:00
USUÁRIO....: PONCIANO.LIMA
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A GM 2D)
CONVÉNIO...: SUS - SIH
PACIENTE...: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rúbrica do
Médico

MÉDICO....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
DIAGNÓSTICO:
PROTocolo.: /
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Evolução médica

EM TEMPO:

CONDUTA:

- SOLICITO RX DE CONTROLE DE TORNOZELO DIREITO AP E PERFIL E PÉ DIREITO EM PERFIL

5655111

Prescrição médica

RADIOLOGIA

9 RX PÉ OU PODODACTILOS

Obs.: PÉ DIREITO EM PERFIL

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data/Horários
9 RX PÉ OU PODODACTILOS	1	-				

10 RX ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA

Obs.: DIREITA EM AP E PERFIL

1

CLOTEURO PONCIANO LIMA (NT)
Dra. Germana Braga
Ortopedia e Traumatologia
CRM-SP 379270

Boletim
19/11/19

PRESCRIÇÃO.: 2315560 DATA: 19/11/2019 00:30
USUÁRIO....: LIGIA.MARIA
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 2D)
CONVÊNIO...: SUS - SIH
PACIENTE...: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
INTERNAÇÃO.: 18/11/2019 09:03 1 DIAS(S) INT

1ª VIA

Rubrica
ENFERMEIRO

MÉDICO....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQUIM COBERTURA:
ENFERMARIA
CID.....: S823 FRACTURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO...:/
DIAGNÓSTICO:
PROTOCOLO...:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO

19/11/2019 VER HISTÓRICO.

5655111

PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO

DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

- 1 AJUDAR O PACIENTE A RECEBER TODOS OS CUIDADOS NECESSÁRIOS
- 2 DETERMINAR O NÍVEL DE MOBILIDADE E AS LIMITAÇÕES DE MOVIMENTO
- 3 APLICAR ESCALA DE RISCO DE QUEDA SEGUNDO PROTOCOLO

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	---------------

DOR AGUDA

- 4 OFERECER ALÍVIO DA DOR MEDIANTE ANALGESA PREScrita

	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
--	-----	---------	----	-----	------------	---------------

Ligia Campos
COREN: 587671

LIGIA MARIA PEREIRA CAMPOS SAMPAIO
COREN: 587671

1ª VIA

Rubrica do
Médico

PREScrição.: 2317551 DATA: 20/11/2019 08:30
 USUÁRIO...: PONCIANO LIMA
 ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 3D)
 CONVÊNIO...: SUS - SIH
 PACIENTE...: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNACÃO.: 18/11/2019 09:03 2 DIAS(S) INT

MÉDICO....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
 UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO.: LEITO 10-3 - C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
 ENFERMARIA
 CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO.: /
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO.:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR.

LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOZELO DIREITO

EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOZELO DIREITO E OSTEOSÍNTSE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO
 REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR
 CLAUDIO RAONI

EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE, SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL
 BEG, EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLOGICAS, ACEITANDO DIETA, ORIENTADO, PERMANECE COM DOR EM MMII
 DIREITO, EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO, FO COM POUÇO SANGRAMENTO À EXPRESSÃO E COM SINAIS DE
 NECROSE NAS BORDAS.

#EXAMES:

CD:

- CUIDADOS DA FO E MANTER TALA BOTA
- CHECO RX DE CONTROLE
- MANTENHO ANTIBIOTICOS

Dra. Garimana Braga
 Ortopedia e Traumatologia
 CREMEC 19.041

5655111

PREScrição MÉDICA

DIETA

DIETA GERAL	Qtd	Unidade	SN	Apl.	Frequência	Data Horários
	1					[20/11] 08:30

Obs.: APÓS AS 17H

ANTIMICROBIANOS

2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA- TO	Qtd	Unidade	SN	Apl.	Frequência	Data Horários
Justificativa.: prescrita	1	AMPOLA		EV	24X24 HOR	

Obs.: Diluir em 250mL de SG5% e infundir em 60 minutos

23 ✓

PREScrição.: 2318215 DATA: 20/11/2019 15:00
 USUARIO....: DRENALINA
 ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A SM 3D)
 CONVÉNIO...: SUS - SIH
 PACIENTE...: 975860 - JUNTO BARBOSA DE SOUSA
 PESO.....: ALTURA: SUP. CORPOREA:
 INTERNACAO.: 18/11/2019 09:03 2 DIAS(S) - INT

1^a VIA

Rubrica ENFERMEIRO

MÉDICO....: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES). SERVIÇO: TRAUMATO/ORTOPEDIA
 UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQUIM LEITO...: LEITO 10-3 - C.S. SAO JOAQUIM COBERTURA:
 ENFERMARIA
 CID.....: S823 FRATURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA CICLO...:/
 DIAGNÓSTICO:
 PROTOCOLO.:
 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO - ENFERMEIRO

20/11/2019 - PACIENTE ENCONTRA-SE EM REPOUSO NO LEITO, CONSCIENTE, ORIENTADO, NORMOCARDICO, EUPNEICO EM AR AMBIENTE, ACEITA A DIETA VO OFERECIDA, COM AVP. PERVIO SEM SINAIS FLOGÍSTICOS, AO EXAME TORAX SIMÉTRICO AUSCULTA PULMONAR MV PRESENTE, AUSCULTA CARDIACA, COM BNF 2T SEM SOPROS, ABDOMEN PLANO INDOLOR A PALPAÇÃO, ELIMINAÇÕES FISIOLÓGICAS PRESENTES, COM CURATIVO E TALA EM MÍD LIMPO E SECO FEITO CONFORME PROTOCOLO DA INSTITUIÇÃO. SEM QUEIXAS NO MOMENTO. SEGUE AOS CUIDADOS ASSISTENCIAIS E MEDICAMENTOSOS.

5655111

PRESCRIÇÃO - ENFERMEIRO

DEAMBULAÇÃO PREJUDICADA

- 1 AJUDAR O PACIENTE A RECEBER TODOS OS CUIDADOS NECESSÁRIOS
- 2 DETERMINAR O NÍVEL DE MOBILIDADE E AS LIMITAÇÕES DE MOVIMENTO
- 3 APLICAR ESCALA DE RISCO DE QUEDA SEGUNDO PROTOCOLO

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	-----	------------	---------------

DOR AGUDA

- 4 OFERECER ALÍVIO DA DOR MEDIANTE ANALGESIA PRESCRITIVA

Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Data Horários
-----	---------	----	-----	------------	---------------

FRANCISCA DRENALINA DE SOUSA ARAUJO
COREN: 579201

PREScrição: 2319060 DATA: 21/11/2019 09:00
USUÁRIO: PONCIANO.LIMA
ATENDIMENTO: 5655111 DT NASC: 18/05/2000 (19A 6M 4D)
CONVÉNIO: SUS - SIH
PACIENTE: 975860 - JUNIO BARBOSA DE SOUSA
PESO: ALTURA: SUP. CORPÓREA:
INTERNAÇÃO: 18/11/2019 09:03 3 DIAS(S) INT

1^a VIARubrica do
Médico

MÉDICO: ANDERSON NUNES CASSIANO (RES) **SERVICIO:** TRAUMATO/ORTOPEDIA
UNID. INT.: UI TRAUMATO/ORTOP. -S. JOAQIM **LEITO:** LEITO 10-3 - C.S.SAO JOAQIM **COBERTURA:**
ENFERMARIA:
CID.: S823 FRACTURA DA EXTREMIDADE DISTAL DA TIBIA **CICLO:** /
DIAGNÓSTICO:
PROTocolo:
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

EVOLUÇÃO MÉDICA

#PACIENTE 19 ANOS, VÍTIMA DE ATROPELAMENTO INTERNADO POR:

LUXAÇÃO EXPOSTA DE TORNOCÉL DIREITO

EM PO DE DEBRIDAMENTO DE TECIDOS DO TORNOCÉL DIREITO E OSTEOSÍNTSE DO MALÉOLO LATERAL DIREITO
REALIZADOS EM 18.11.19 POR DR RAONI REALIZADO DESBRIDAMENTO E FIXAÇÃO DA SINDEMOSE EM 18.11.19 POR DR RAONI

EM USO DE CEFALOTINA E GENTAMICINA (INICIADOS EM 18.11)

#EVOLUÇÃO: PACIENTE ESTÁVEL CLÍNICA E HEMODINAMICAMENTE SEM SINTOMATOLOGIA DE SD COMPARTIMENTAL.
BEG, EVACUAÇÕES E DIURESE FISIOLÓGICAS ACEITANDO DIETA ORIENTADA, PERMANECE COM DOR EM MMII
DIREITO. EXAME NEUROVASCULAR SEM ALTERAÇÃO. FO COM POUCO SANGRAMENTO À EXPRESSÃO E COM SINAIS DE
MELHORAS NA CICATRIZAÇÃO.

#EXAMES:

CD:

- CUIDADOS DA FO E MANTER TALA BOTA
- MANTENHO ANTIBIOTICOS

Dra. G. M. Braga
Odontologia e Traumatologia
CRM-MG 19.111

5655111**PRESCRIÇÃO MÉDICA****DIETA**

	Qty	Unidade	SN	Aplicação	Frequência	Data Horários
1 DIETA GERAL	1					[21/11] . 09

Obs.: APOS AS 17H

ANTIMICROBIANOS

	Qty	Unidade	SN	Aplicação	Frequência	Data Horários
2 C.C. GENTAMICINA 80 MG/2ML AMPOLA-TO	1 AMPOLA		EV		24X24 HOR	

Justificativa: prescrita

Obs.: Diluir em 250mL de SG5® e infundir em 60 minutos



SANTA CASA
DE MISERICÓRDIA
DE SOBRAL

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOBRAL
SERVIÇO DE TRAUMATO-ORTOPEDIA

RELATÓRIO DE ALTA

Nome: Junio Barbosa De Sousa

Tratamento para: S823 - Fratura Da Extremidade Distal Da Tibia

Cirurgia : DEBRIDAMENTO DE ÚLCERA / DE TECIDOS DESVITALIZADOS

Data:

Antibioticoterapia:

Recomendações:

- () Não Pisar
- () Não Sustentar Peso
- () Manter membro elevado (a 45°)
- () Crioterapia (Gelo) 3x ao dia
- () Retirar pontos após 15 dias
- () Fisioterapia precoce
- () Atentar à data de retorno (dias)
- () Fazer uso médicação prescrita (*Leplinna + Melcon*)
- () Trocar curativo diariamente
- () Caso apareça secreção (pus) na cirurgia, comparecer imediatamente à emergência da traumatologia

Marcar retorno ao ambulatório de Ortopedia após dias, com Radiografia do dia, com o Dr(a). RAONI CARLOS MADEIRO , para acompanhamento complementar.

Obs.: Antes de sair do Hospital, marcar o retorno na Sala de Gesso

Data: 21/11/2019

Assinatura e Carimbo

Dra. Germana Braga
Ortopedia e Traumatologia
CREMEC: 19.094

RECEITUÁRIO CONTROLE ESPECIAL

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

Nome Completo: _____

CRM: _____ UF: _____ Nº: _____

Endereço Completo: Rua Antonio Crisóstomo de Melo, 919 - Centro

Telefone: (88) 3112 - 0400 Cidade: Sobral UF: Ceará

Dra. Germana Braga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CIREMEC - 19.094

Paciente: Junio Barbosa De Sousa

Endereço: Betania, Nº 0 - Zona Rural

Prescrição:

Cefalexina 500mg – 60 cp. ; Tomar 1 cp. de 6/6 hs por 15 dias
Meloxicam 15mg – Tomar 1 cp. 24/24 hs por 5 dias

Data: 21/11/0019

Carimbo e Assinatura do Médico

Lia
Dra. Germana Braga
Ortopedia e Traumatologia
CRM/CIREMEC - 19.094

IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR

Nome: _____

Ident.: _____

Órg. Emissor: _____

End.: _____

Cidade: _____ UF: _____

Telefone: _____

IDENTIFICAÇÃO DO FORNECEDOR

DATA: _____

ASSINATURA DO FARMACÊUTICO

PARECER MÉDICO DE ASSISTENTE TÉCNICO

Informações da vítima

Nome Completo: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF e/ou RG: 658.366.623-86

Informações do Acidente

Data do acidente: 18/11/2019

Avaliação Médica

Descrever o quadro clínico atual informando:

a) Qual (quais) região(ões) corporal(is) acometida(s):

Fratura de maléolo dir. com lesões escoriativas em pe dir.

b) Tratamento(s) adotado(s) na vítima:

Tratamento cirúrgico de tornozelo dir. e fisioterapia.

c) As alterações (disfunções) presentes no patrimônio físico da Vítima, que sejam evolutivas e temporalmente compatíveis com o quadro documentado no primeiro atendimento médico hospitalar, considerando-se as medidas terapêuticas tomadas na fase aguda do trauma:

Lesão anatômica definitiva - lesão de tornozelo dir. com dor e mobilização; limitação da A.D.M. do tornozelo dir. e parestesia local; com claudicação da marcha e limitação para a gachamanto.

Segundo o previsto na Lei 11.945 de 4 de junho de 2009 favor promover a quantificação da(s) lesão(ões) permanente(s) que não seja(m) mais susceptível(is) a tratamento como sendo geradora(s) de dano(s) anatômico(s)e/ou funcional(is) definitivo(s), especificando, segundo o anexo constante à Lei 11.945/09, o(s) segmento(s)corporal(is) acometido(s) e ainda segundo o previsto no instrumento legal, firmar a sua graduação:

Segmento Anatômico e percentual:

1ª Lesão: TORNOZELO DIR.

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

2ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

3ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

4ª Lesão:

Marque o percentual: () 10% Residual () 25% Leve () 50% Média () 75% Intensa () 100% Completa

13-03-2020. CANELOS-CE

Local e data da realização da avaliação médica

Júnio Barbosa da SONSU

Dr. Clayton Freire Melo Filho
MÉDICO
CREMERC 19150

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE SÃO PAULO

ESTRUTURA DA INSTITUIÇÃO PÚBLICA

PROTEÇÃO DA IDENTIDADE CIVIL E CIVIL CIVIL

8400-4

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

65.426.686-4 1 via

DATA DE
EXPEDIÇÃO

01/02/2019

JÚNIO BARBOSA DE SOUSA

PALETA:

GERALDO GONÇALVES DE SOUSA
MARTA BARBOSA DE QUEIROZ

NATURALIDADE:
LUZIANIA - GO

DATA DE NASCIMENTO:
18/05/2000

DOC. DECREV.
LUZIÂNIA-GO LUZIÂNIA CN:LV.A101/FSP74 /NP76991

618366623/86


Márcio Júlio
Delegado de Polícia Civil do Estado de São Paulo

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 23/06/83

6D657750

Júnio Barbosa de Sousa

CARTEIRA DE IDENTIDADE

(Pj) 99H97-9386

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF: 618.366.623-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JUNIO BARBOSA DE SOUSA : 618.366.623-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF: 618.366.623-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ALANA DA SILVA DE MATOS

FORMULÁRIO PARA PEDIDO DE REANÁLISE - DPVAT

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações): 0800 022 8189 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Canal de Denúncia: 0800 591 2563 | Ouvidoria: 0800 021 91 35

Número do pedido DPVAT: 3200/094694

Data da solicitação: 16/03/2020

00/00/AA

Nome do beneficiário: JÚNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF do beneficiário: 618.366.623-86

Nome do solicitante: JÚNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF do solicitante: 618.366.623-86

DADOS PARA CONTATO

Tel. Celular: (88) (88) 99455-6655

Tel. Comercial: (00) 0000-0000

Tel. Residencial: (00) 0000-0000

E-mail:

INFORME A COBERTURA DO SEU PEDIDO

DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

MOTIVO DA SOLICITAÇÃO

DISCORDO DA NEGATIVA DISCORDO DO VALOR RECEBIDO DISCORDO DA EXIGÊNCIA DE DOCUMENTOS

ESTÁ APRESENTANDO UM NOVO DOCUMENTO PARA COMPLEMENTAR O PEDIDO DE REANÁLISE?

NÃO

SIM, informe qual(is) documentos estão sendo entregues:

- Novos documentos médicos
- Laudo do IML
- Boletim de Ocorrência
- Notas fiscais complementares
- Outros:

(DESCRIVER)

NO CAMPO ABAIXO, SE DESEJAR, DESCREVA A JUSTIFICATIVA DA SOLICITAÇÃO

Venho através de essa declaração requerer aos senhores analista a revisão do meu processo, a referida solicitação se faz pelo o fato de não concordar com o pagamento feito por vocês da seguradora líder sendo que eu tenho direito a uma perícia médica, fui vítima de acidente de trânsito na data de 18/11/19 fiquei com lesões graves por conta desse acidente, o qual sofri FRATURA EXPOSTA DA Perna DIREITA, COM TRATAMENTO CIRURGICO, DIFICULDADE DE LOCOMOÇÃO. INCHAÇO, ESTOU SEM TRABALHAR POIS NÃO TENHO NENHUMA POSSIBILIDADE DE TRABALHAR, e vocês analista vim pagar meu processo o valor de 1.687,50, é inaceitável um analista pagar um processo sem se quer um médico perito da seguradora líder me examine para constatar as lesões que eu sofri e que venho sofrendo até hoje.
Diante das informações venho solicitar aos senhores analistas revisão do meu processo e se necessário realização de um perícia médica que tenho total direito de fazer, o qual vocês não podem fazer o pagamento de um processo sem a vítima passa por uma perícia médica com um médico auditor da seguradora líder que o mesmo possa constatar real situação que eu me encontro, pois é inaceitável eu com sequelas permanentes o qual não posso mais ter uma vida normal e vocês analista tira meu direito de uma perícia médica.

Obs: Junto a essa carta vai novo laudo das sequelas sofridas.

Crateús-CE 16/03/2020

Local e Data

Júnio Barbosa de Sousa

Assinatura do solicitante ou de quem assina o pedido (a rogo)

IMPORTANTE:

Depois de preencher todos os dados, imprima o formulário, assine e entregue no mesmo ponto de atendimento em que deu entrada inicialmente no seu pedido do Seguro DPVAT.

Observação sobre beneficiário/vítima não alfabetizado:

O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo).

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

Número do Sinistro: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF: 618.366.623-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2019

JUNIO BARBOSA DE
SOUSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/03/2020
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF: 618.366.623-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ANDERSON DE SOUZA LEITE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 **Cidade:** Poranga **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA **Data do acidente:** 18/11/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 06/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 Cidade: Poranga Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA Data do acidente: 18/11/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ PAG 1. VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO TORNOCÉLO DIREITO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 Cidade: Poranga Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA Data do acidente: 18/11/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO TORNOZELO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
		Total	12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 Cidade: Poranga Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA Data do acidente: 18/11/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTSE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: 130320. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO, COMPLEMENTO PARA GRAU INTENSO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 Cidade: Poranga Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA Data do acidente: 18/11/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 16/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTESE- PAG 8) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @ PAG 1. VÍTIMA JÁ INDENIZADA EM GRAU MODERADO DO TORNOCÉLO DIREITO. SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VIGÊNCIA DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E/OU ANATÔMICAS E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R\$ 0,00
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200094694 Cidade: Poranga Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA Data do acidente: 18/11/2019 Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/03/2020

Valorização do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DO MALÉOLO LATERAL DIREITO

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO(OSTEOSSÍNTSE) E ALTA MÉDICA

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida: Não

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL INTENSO DO TORNOZELO DIREITO

Documentos complementares:

Observações: 130320. VÍTIMA JÁ INDENIZADA NESTE SINISTRO EM GRAU MODERADO DO TORNOZELO DIREITO, COMPLEMENTO PARA GRAU INTENSO CONFORME RELATÓRIO MÉDICO ACOSTADO NA PÁGINA 1

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

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 completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau intenso - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF: 618.366.623-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

JUNIO BARBOSA DE SOUSA : 618.366.623-86

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 02/03/2020
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF: 618.366.623-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 02/03/2020
Nome: ALANA DA SILVA DE MATOS
CPF: 067.348.933-75

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ALANA DA SILVA DE MATOS

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0075530/20

Número do Sinistro: 3200094694

Vítima: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

CPF: 618.366.623-86

CPF de: Próprio

Data do acidente: 18/11/2019

Titular do CPF: JUNIO BARBOSA DE SOUSA

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 16/03/2020
Nome: JUNIO BARBOSA DE SOUSA
CPF: 618.366.623-86

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/03/2020
Nome: ANDERSON DE SOUZA LEITE
CPF: 035.841.423-77

JUNIO BARBOSA DE SOUSA

ANDERSON DE SOUZA LEITE