

[illegible]

Declaração do Proprietário de Veículo

Eu, Aristoteles Ferreira Campos,
RG: 6.415.766, data de expedição 06/10/2014
Órgão SDS, portador do CPF 053.699.074-01, com
domicílio na cidade de Bezerros, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/avenida/estrada)
Rua Jose Gonzaga dos Santos, nº 37,
complemento _____, declaro, sob as penas da lei, que o veículo
abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima Wilson Bezerra da Silva,
cujo o conduto era Wilson Bezerra da Silva.
Veículo: Moto

Modelo: Honda / CG 160 START

Ano: 2016/2017

Placa: P D G 6492

Chassi: 9C2KC2500HR003275

Data do Acidente: 01/07/2018

Local e data do cartório: _____ 24 JUL. 2018

Assinatura do Declarante

Assinatura do condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante de sinistro)

Obs: Reconhecer firma por autenticidade I

TABELIONATO VASCONCELOS - CARTÓRIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Dr. José Mariano, 62 - Centro - Bezerros - PE - Fone: (81) 3726-1162
Maurício José de Vasconcelos - Tabelião Público

Reconheço a firma por autenticidade de: 24/07/2018 08:29:10
ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS. Dou fe.
Em testemunho da verdade.
Márcia Vasconcelos Lima - Escrevente
Selo Digital N. 0677727.TCB06201801.04876
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital

Custas R\$ 3,99
TGNR R\$ 0,80
Total R\$ 4,79





DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, em atenção ao pedido do Sr. Wilson Bezerra da Silva, Identidade 8788188 SDS-PE, CPF 101.095.614-06 que constam nos registros de ocorrências do SAMU BEZERROS, atendimento realizado por este serviço ao Sr. Wilson Bezerra da Silva, número da ocorrência – ID 0488, no dia 01 de julho de 2018, às 19h e 12min, com queixa de queda de moto, na Avenida Agamenon Magalhães, Bairro Centro, Bezerros-PE. Tendo sido enviada uma UNIDADE DE SUPORTE BÁSICO, que prestou atendimento a vítima no local, transportando-a em seguida para a UNIDADE MISTA SÃO JOSÉ.

Certa de pronto atendimento, desde já agradece.

Bezerros, 20 de julho de 2018.




Klevio Maranhão
Coord. RUE- SAMU
Bezerros-PE

Klevio Maranhão
Coord. Técnico da Rede de Urgência
e Emergência Bezerros
Mat. 600961

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima <u>Wilson Bezerra da Silva</u>	CPF da Vítima <u>303.095.614-06</u>	Data do Acidente <u>03/07/2018</u>
---	--	---------------------------------------

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal <u>Wilson Bezerra da Silva</u>	CPF do Representante legal <u>303.095.614-06</u>
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para o ~~caso de acidente de trânsito~~ **PROSEGUIMENTO** de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

COMPRE

NCIA SIA

07 AGO 2018

PROTOCOLO

NCIA RECIFE

Bezerros, 26 de 07 de 2018

Local e Data

Wilson Bezerra da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 091ª CIRCUNSCRIÇÃO - BEZERROS - DP91ªCIRC DINTER1/14ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **18E0181001362**

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **23/07/2018** às **16:21**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado), que aconteceu no dia **17/2018** às **19:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICÍPIO DE BEZERROS, 01, AVENIDA AGAMENON MAGALHÃES**, - Bairro: **COHAB - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CURVA APÓS O FORUM**
Local do Fato: **VIA PÚBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO HÁ AUTORIA (AUTOR \ AGENTE)
WILSON BEZERRA DA SILVA (VÍTIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEÍCULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Qualificação da(s) pessoa(s) envolvida(s)

WILSON BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA** Pai: **LUIZ BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/9/1991** Naturalidade: **BEZERROS / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **8788188/SDS/PE (RG)** **10109561406 (CPF)** Estado Civil: **AMASIADO(A)**
Escolaridade: **2º, GRAU INCOMPLETO** Profissão: **SOLDADOR**
Endereço Residencial: **RUA PADRE CICERO, 54 - CEP: 0 - Bairro: RETIRO - BEZERROS/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO HÁ AUTORIA - Ramo de Atividade: **NAO INFORMADO**

Nome do Representante: , Cargo do Representante: , Pessoa de Contato no estabelecimento comercial: , Telefone de Contato: ,

Qualificação do(s) objeto(s) envolvido(s)

MOTOCICLETA (VEÍCULO), que estava em posse do(a) Sr(a): **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/CG** Objeto apreendido: **Não**
Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**
Placa: **PDG6492** (PERNAMBUCO/BEZERROS) Renavam: **1106377726** Chassi: **9C2KC2500HR003275**
Ano Fabricação/Modelo: **2016/2017** Combustível: **ALCO/GASOL**
Descrição: **MOTOCICLETA CG 160 START. PROPRIETARIO: ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS**

Complemento / Observação

A VÍTIMA **WILSON BEZERRA DA SILVA** COMPARECEU A ESTA DELEGACIA ONDE PASSOU A DECLARAR QUE NA DATA E HORARIO ACIMA DESCRITO, ELE VÍTIMA CONDUZIA A MOTOCICLETA EM QUESTÃO VINDO DO CENTRO DA CIDADE COM DESTINO AO BAIRRO DO RETIRO, QUANDO NO TRAJETO NAS PROXIMIDADES DO FORUM DESTA CIDADE, NA CURVA A VÍTIMA PERDEU O CONTROLE DA MOTOCICLETA E BATEU NA GUIA JUNTO AO CANTEIRO CENTRAL DA AVENIDA, MEMENTO QUE CAIU AO CHÃO SENDO EM SEGUIDA SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO PARA A UNIDADE MISTA SÃO JOSE (HOSPITAL MUNICIPAL); ONDE A VÍTIMA FORA ATENDIDA CONFORME FICHA COM REGISTRO DE Nº869.317 ASSINADA PELO MEDICO BRUNO LUIZ CAXIAS - CRM /PE 23810, QUE DEVIDO A GRAVIDADE DAS LESÕES A VÍTIMA FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE NA CIDADE DE CARUARU- PE; CONFORME DOCUMENTAÇÃO EM ENEXO APRESENTADA PELA PRÓPRIA VÍTIMA, FICANDO ELE VÍTIMA INTERNADO COMO CONSTA NAS CITADAS DECLARAÇÕES, NADA MAIS DIGNO DE REGISTRO.

Assinatura da(s) pessoa(s) presente nesta unidade policial

Wilson Bezerra da Silva
WILSON BEZERRA DA SILVA
(VÍTIMA)

B.O. registrado por: **CLOVES VITORINO DA SILVA** - Matrícula: **3811646**



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)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

101.095.614-06

Nome completo da vítima

Wilson Bezerra da Silva

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Wilson Bezerra da Silva		CPF titular da conta 101.095.614-06	Profissão Recusou-se
Endereço Rua Pe. Cicero		Número 54	Complemento
Bairro Centro	Cidade Bezerros	Estado PE	CEP 55660-000
Email		Telefone (DDD) 8119321-0009	

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.

COMPROVANTE

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00		☐ SEM RENDA ☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		☐ ATÉ R\$ 1.000,00 ☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00		☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00	
☒ CONTA POUPANÇA (Sómente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)				BANCO Nome _____ NRO _____			
AGÊNCIA NRO. 2392 (Informar dígito se existir)	D/V ____	CONTA NRO. 86926 (Informar dígito se existir)	D/V 3	AGÊNCIA NRO. ____ (Informar dígito se existir)	D/V ____	CONTA NRO. ____ (Informar dígito se existir)	D/V ____

07 AGO 2018

PROTOCOLO

ENCIA RECIFE

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.

Bezerros, 26 de 07 de 2018

Local e Data

Wilson Bezerra da Silva

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Conta

CAIXA	
CONTA CAIXA	
NOME:	Wilson B do Silva
AGÊNCIA	2492, 013, 86926-3
OPERACAO	CONTA
GRACRED	

COMPREV
COMPREV S/A - AGÊNCIA S/A
07 AGO 2018
PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

Rio de Janeiro, 24 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180361477**

Vítima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **01/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180361477**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **01/07/2018**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 09 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Nº Sinistro: **3180361477**
Vitima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**
Data do Acidente: **01/07/2018**
Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180361477**, 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, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Nº Sinistro: **3180361477**

Vitima: **WILSON BEZERRA DA SILVA**

Data do Acidente: **01/07/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180361477**.

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

Carta nº 13207154



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180361477 **Cidade:** Bezerros **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA **Data do acidente:** 01/07/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: LUXAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR À DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR.
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

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

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0286345/18

Número do Sinistro: 3180361477

Vítima: WILSON BEZERRA DA SILVA

CPF: 101.095.614-06

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 01/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: WILSON BEZERRA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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: 19/10/2018
Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA
CPF: 101.095.614-06

WILSON BEZERRA DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/10/2018
Nome: JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA
CPF: 117.852.524-45

JOAO VITOR PEREIRA DA SILVA

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO TAYNARA BEZIL

09R17



Wilson Bezerra da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 8.788.188 DATA DE EXPEDIÇÃO 10/06/2009

NOME << WILSON BEZERRA DA SILVA >>

FILIAÇÃO << LUIZ BEZERRA DA SILVA >>
<< MARIA JOSÉ BEZERRA DA SILVA >>

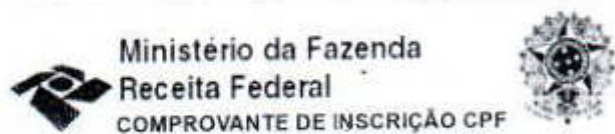
NATURALIDADE BEZERROS - PE DATA DE NASCIMENTO 12/09/1991

DEC-ORIGEM << CN.39693 L.A35 F.228 CART. 1º
BEZERROS-PE 14.09.1992 >>

CPF

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 20/06/83



Ministério da Fazenda
Receita Federal
COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO CPF

Número
101.095.614-06

Nome
WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimento
12/09/1991



Comprovante

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES

Nº 013728001057

DETTRAN - PE
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 1106377726
CÓD. RENAVAM 1106377726
R.N.T.C. 1106377726
EXERCÍCIO 2018

NOME
ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS

BEZERRAS-PB
CPF / CNPJ 053.599.074-01
PLACA PDG6492

CHASSI 9C2KC2500HR003275
PLACANT / UF PB

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

PAS / MOTOCICLETA
ESPECIE TIPO

ANO FAB. 2016
ANO MOD. 2017

MARKA / MODELO
HONDA / CC 160 START

CAP / POT / CIL 2P / 162CL

CATEGORIA
PARTIC

VENC. COTA ÚNICA
1º 1106377726
2º 1106377726
3º 1106377726

VENC. COTAS
1º 1106377726
2º 1106377726
3º 1106377726

DATA DE PAGAMENTO
10/01/18

SEM RESERVA
OBSERVAÇÕES

BEZERRAS
Zé Carlos Andrews Sousa Ribeiro
Diretor Presidente DETRAN/PE

DETRAN

CONTRAN

COMPREV
AGÊNCIA SIA

07 AGO 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE OU POR SUA CARGA A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PE Nº 013728001057 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ARISTOTELES FERREIRA CAMPOS 55660-000

RUA JOSE GONZAGA DOS SANTOS 37

CS RETIRO BEZERRAS-PB

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2018 DATA EMISSÃO 10/01/18

CPF / CNPJ 053.599.074-01 PLACA PDG6492

RENAVAM 1106377726 MARCA / MODELO HONDA / CC 160 START

ANO FAB. 2016 Nº CHASSI 9C2KC2500HR003275

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$) 10% (R\$) TOTAL SEM RESERVA (R\$)

SEGURO PAGO PAGAMENTO PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO

COTA ÚNICA

SEGURADORA LÍDER - DPVAT
CNPJ 09.248.808/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
ELE NÃO É DE PORTE OBRIGATORIO.

1106377726



COMPREV

AGÊNCIA S/A

19 OUT 2018

PROTOCOLO

AGÊNCIA RECIFE









**SUS****Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde****LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR****Identificação do Estabelecimento de Saúde**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE WALDEMIRO FERREIRA

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2 4 2 7 4 1 9

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Wilson Bezerra da Silva

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

320982

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

12/09/919 - SEXO
Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - RAÇA/COR

11 - NOME DA MÃE

Maria José Bezerra da Silva

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

12 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE**913 1156 4616**14 - TELEFONE DE CONTATO
Nº DO TELEFONE

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Kós 25 - Recife

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Recife

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*História de paciente do auto, apneia
de sono com risco. Exames e deficiências
sem boa resposta.*

COMPREV

AGÊNCIA S/A

07 AGO 2018**PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE**

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Delirium

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

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Insuficiência cardíaca congestiva

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO
() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Atendimento: 425737

Pedido:



106990

Data Pedido: 01/07/2018

Controle: 86638

Paciente: 320987 WILSON BEZERRA DA SILVA

Nascimento: 12/09/1991 (26a 9m 20d)

Leito:

Unid. Intern:

Médico Solicitante: 12 MEDICO PLANTONISTA

Sexo: MASCULINO

Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA

Local: SALA DE EXAME

Setor Executante: RADIOLOGIA

Plano: PLANO UNICO

Convenio: SUS - AMBULATORIO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante:	0 - Não Informado			Entrega
Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	
223899		871	RADIOGRAFIA DE CLAVICULA DIREITO (AP)	01/07/2018
223900		1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	01/07/2018
223901		1054	RADIOGRAFIA DE TORAX (AP)	01/07/2018



RX - REALIZADO
DATA: 01/07/18
HORA: 23:10
TC:

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

REG. 320787

01/07/18

PACIENTE:

Wilson Borges de Silva

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ITEM			
01	DIETA PARÁDM + HAS	dieta livre S.N.D	
02	JELCO HIDROLISADO		
03	SF0,9%, 1000 ML, EV, EM 24H	~ 500 ml/dia	
04	DIPIRONA 500mg/ml: 01 AMP + AD, EV, 6/6H		
05	OMEPRAZOL 40MG 01 AMP + DILUENTE PRÓPRIO EV EM JEJUM	OGP	02/07 19h50
06	TRAMAL 100MG: 01 AMP + SF 0,9% 100ML EV ATÉ DE 6/6H SE DOR INTENSA		
07	PLASIL 01 AMP + AD, EV, 8/8H SE NÁUSEA OU VÔMITOS		
08	GLEAXANE 40MG - 01 AMP SC 24/24H	500 mg/dia	
09	PA-E HGT-DE 6/6H		
10	CAPTOPRIL 25 MG, 01 COMP, VO SE PAS $\geq$ 160 mmHg E/OU PAD $\geq$ 110 mmHg		
11	INSULINA REGULAR, SC, CONFORME HGT * 70 a 200: nada; * 201 a 250: 04 UI; * 251 a 300: 06 UI; * 301 a 350: 08 UI; * 351 a 400: 10 UI; * >401: 12 UI		
12	GLICOSE 50%: 03 AMP IV EM BOLUS SE HGT $\leq$ 70MG/DLE COMUNICAR AO PLANTÃO		
13	CURATIVO-DIÁRIO		
14	SSVV + CCGG		



Handwritten signature and stamp of the medical professional.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS - FUSAM
HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Usuario da Internação
JOSILDOMSJ



426259



SUMÁRIO DE ADMISSÃO E ALTA

1 - Identificação do Paciente Data Int.: 03/07/2018 17:03 Atendimento: 426259 N° AIH: _____
Prontuário: 320987

Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA

Data Nasc.: 12/09/1991

Idade: 26

Sexo: MASCULINO

Cor: PARDA

Religião:

CPF:

RG:

CNS:

Nº: 25

Endereço: RUA DOIS

Bairro: RETIRO

Cidade: BEZERROS

Estado: PE

CEP: 55660000

Fone: 93156766

Profissão: AGRICULTOR

Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA

Nome do Conjuge:

Nome:

Parentesco:

RG:

Fone:

2 - Internar Para

Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Unidade de Internação: CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Leito: CORREDOR - EMERG ADULT

Diagnostico Inicial

(Constante do Laudo Médico):

CID: _____

Procedimento Solicitado:

CÓD.: _____

Procedimento Realizado:

CÓD.: _____

3 - Atendimento Médico

Méd. Laudo Ass./Carimbo	Cirurgião Ass./Carimbo	1º Aux. Cirurg. Ass./Carimbo	Ass./Carimbo 2º Aux. Cirurg.	Anestesista Ass./Carimbo	Méd. Assist. Ass./Carimbo

4 - Procedimentos Especiais

- () MUDANÇA DE PROCEDIMENTOS
- () DIÁRIA DE UTI
- () DIÁRIA DE ACOMPANHANTE
- () VACINA ANTI RH
- () USO DE DERIVADOS DE SANGUE
- () USO DE PRÓTESE, ORTESE
- () USO DEFATORES DE COAGULAÇÃO
- () USO DE OXIGENADORES
- () NUTRIÇÃO PARENTERAL



5 - Historia Clínica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

MOTIVO DE ALTA

DATA DE INTERNAMENTO	DATA DE ALTA	DIAS DE HOSPITALIZAÇÃO
03/07/2018 17:03		



Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria Municipal de Saúde
Unidade Mista São José



FICHA DE ATENDIMENTO		CARTÃO DO SUS:		REGISTRO: 869-317	
DATA: 01-07-18		HORA: 19:37		TELEFONE:	
NOME: WILSON BEZERRA DA SILVA				IDADE: 27	
NOME DA MÃE: Maria José Bezerra de Lencastre					
DATA DE NASCIMENTO:		ACOMPANHANTE:			
END.: R. 825 Lucas		BAIRRO: RETIRO		N.º 42	
CIDADE: BEZERRAS		SINAIS VITAIS			
PA: 130/80 mmHg	HGT: 82 mg/dL	T: °C	PESO: kg	Téc. Enfermagem/COREN	

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO/ ADULTO

I - Sinais de Emergência imediata

CLASSIFICAR COMO VERMELHO

1. O Apnéia O Cianose O Estridor O FC < 50 ou > 140 bpm O FR < 10 ou > 32 lpm
2. O Extremidades frias O Enchimento capilar letificado O Pulso fraco ou ausente O PCR O Sudorese
3. O PAS < 80 ou > 200 mmHg O PAD < 40 ou > 130 mmHg HGT < 40 ou > 40 mg/dl O Convulsão no momento
4. O Politraumatismo/Glasgow < 12 O Letargia O Queimaduras em mais de 25% do corpo/áreas críticas ou problemas respiratórios
5. O Intoxicação exógena O PAF O PAB O Sangramento intenso
6. O Broncoespasmo O Anafilaxia associada à insuficiência respiratória

II - Sinais de urgência - Atendimento preferencial sobre os pacientes classificados como VERDE, no consultório ou leito da sala de observação

CLASSIFICAR COMO AMARELO

1. O Politraumatizado com Glasgow entre 13 e 15 O TCE leve O PAS < 90 ou > 180 mmHg O PAD < 50 ou > 110 mmHg sem sintomas
2. O Febre > 39°C O Febre com imunodepressão O Histórico de convulsão nas últimas 24 horas O Impossibilidade de deambulação
3. O Tumor pastoso O Mucosas ressecadas O Vômitos no momento
4. O Queimaduras de 1ª e 3ª áreas não críticas SCQ < 10% O Víctima de abuso sexual ocorrido há até 72 horas
5. O Fraturas anguladas e luxações com comprometimento neuro vascular ou dor intensa
6. O Dor Abdominal intensa O Dor Torácica intensa O Melena O Hematêmese O Enterorragia O Epistaxe
7. O Acidente perfuro-cortante com material biológico O Crise asmática

III - Sem risco de morte - somente será atendida após todos os pacientes classificados como vermelho e amarelo

CLASSIFICAR COMO VERDE

1. O Febre sem outros sinais clínicos < 39°C O Retorno em período < 24 horas por ausência de melhora
2. O Lombalgia intensa O Entorse, suspeita de fraturas, luxações
3. O Dor abdominal sem alterações de sinais vitais O Dor de garganta com história de febre e com placas sem toxemia
4. O Vômitos, diarreia sem sinais de desidratação O Enxaqueca O Dor de ouvido moderada a grave
5. O História de convulsão sem alteração do nível de consciência O Abscessos O Intercorrências ortopédicas

IV - Quadro crônico sem agudização ou caso social (deverá ser encaminhado para atendimento em Unidade Básica de Saúde ou atendimento pelo Serviço Social)

CLASSIFICAR COMO AZUL

1. O Queixas crônicas sem alterações agudas O Tosse, coriza, dor de garganta, obstrução nasal O Coriza crônica ou recorrente
2. O Queimaduras de 1º grau em áreas não críticas e há mais de 12 horas
3. O Troca de curativos ou retiradas de pontos
4. O Administração de medicamento O Mostra exames laboratoriais ou raios X. Não urgentes.
5. O Solicitação de atestado de saúde ou ocupacional O Solicitação de exames e receitas não urgentes
6. O Constipação intestinal sem outros sintomas O Troca ou retirada de sonda

CLASSIFICAÇÃO

- ☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

Alergias: () NÃO () SIM, à

ENCAMINHADO:

Assinatura da enfermeira e carimbo

ORIENTAÇÕES

Assinatura da Assistente Social e carimbo

EXAME NEUROLÓGICO

Avaliação Primária: Alerta () Resposta Verbal () Resposta ao Estímulo Doloroso () Irresponsivo ()

Escala de Coma de Glasgow (ECG)

ABERTURA OCULAR

Abertura Ocular Espontânea: 4

Abertura Ocular a Voz: 3

Abertura Ocular a dor: 2

Sem abertura ocular: 1

RESPOSTA VERBAL

Orientado: 5

Confuso: 4

Resposta Inapropriada: 3

Sons Incompreensíveis: 2

Sem resposta Verbal: 1

RESPOSTA MOTORA

Obedece ao comando: 6

Localiza Estímulo Doloroso: 5

Retirada ao Estímulo Doloroso: 4

Descorticação: 3

Descerebração: 2

Sem resposta motora: 1

TOTAL DE PONTOS ECG: _____

Classificação TCE pela ECG
ECG 3-8: TCE Grave
ECG 9-13: TCE Moderado
ECG 14-15: TCE Leve

Sinais de disfunção cerebral: Déficit Motor () Desvio comissura labial ()
Dificuldade na fala ()

Avaliação Pupilar: Isocóricas () Anisocóricas () Midríase () Miose ()

NATUREZA DA LESÃO

Presença de sangramento externo: S () N ()

Lesões Intra-Torácica: S () N () Fratura Pélvis: S () N ()

Lesões Intra-abdominais: S () N () Fratura em Osso Longo: Fechada () Aberta ()

USO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

Usou álcool: S () N () Informante: Vitima () Outros ()

Hábito Alcoolico: () Alteração na Marcha () Sonolência/Agitação () Alteração no Humor ()

Usou outras drogas: S () N () Informante: Vitima () Outros ()

Loiro () Maconha () Cola () Cocaína () Crack () Lança-perfume () Anfetaminas () Éxtase ()

CONDUTA CLÍNICA/EVOLUÇÃO

Imobilização da Coluna Cervical: S () N ()

Imobilização Tala Gessada: S () N ()

Antibiototerapia: S () N () Especificar: _____

Oxigenioterapia: Cateter () Venturi () CPAP ()

Aspiração de Sangue ou Secreções: S () N ()

Intubação Orotraqueal: S () N ()

Ventilação Mecânica: Modalidade: _____

PIO2: _____

Reanimação Cardiopulmonar: S () N ()

RX: S () N () Analgesia: S () N ()

Infusão de Fluidos: S () N () Especificar: _____

Volume de Fluidos Infundido: _____

Outras Condutas: _____

Intercorrências: _____

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA

fratura fechada

07 AGO 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

CONCLUSÃO DO ATENDIMENTO

Hospital para onde foi encaminhado: *HAD*

Hora: _____

Médico Regulador: _____

Transferência com acompanhamento Médico: S () N ()

UMS, 01/04/2013

Local e data

Reynier 04/07/13
Médico Assistente

[Assinatura]
Luz Carlos
Médico
CRM - PE 20610

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

PACIENTE: *WILSON BEZERRA*

REG.

426254

LEITO:

320987

HORÁRIO

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

ITEM

01
02
03
04
05
06
07

DIETA LIVRE

01 OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM

02 DIPIRONA 500MG: 01 COMP. VO. 6/6H

03 NIMESULIDA 100MG: 01 COMP VO 12/12H SE DOR INTENSA

04 SSVV + CCGG

05 PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA

06 SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO

18 *18* *18*



8/10/18

H.R.A.

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

PRESCRIÇÃO MEDICA

REG: 320987

LEITO:

HORÁRIO

PACIENTE: Wilson Bezerra de Silva

Dr. Wilson Bezerra de Silva
CRM 200438

MEDICAMENTO - POSOLOGIA - VIA DE ADMINISTRAÇÃO

- | ITEM | DIETA LIVRE |
|------|--|
| 01 | OMEPRAZOL 20MG: 01 COMP VO EM JEJUM |
| 02 | DIPIRONA 500MG: 01 COMP. VO, 6/6H |
| 03 | NIMESULIDA 100MG: 01 COMP VO 12/12H SE DOR INTENSA |
| 04 | SSVV + CCGG |
| 05 | PACIENTE AGUARDANDO VAGA NA ENFERMARIA |
| 06 | SE INTERCORRÊNCIAS COMUNICAR AO PLANTÃO |
| 07 | |



Dr. Leonardo Lins
Oncologia / Traumatologia
CRM 200438
05 JUL. 2018

Dr. Nelson Pereira
Oncologia / Traumatologia
CRM 200438

6/7/2018

Be Bezerra de Silva

AB

Secretaria de Saúde de
HOSPITAL

Recife - Pernambuco - SES/ SUS/ PE
HOSPITAL AGRESTE

ARQUIVO

Unidade:

Nome:

Registro Nº:

Clinica:

Enfermaria:

Ex ambulatório
A8

HOSPITAL AGRESTE
06 07 18

Data

Dr. Nilton Pereira
Ortopedia - Traumatologia
CRM - 10660

Médico - CRM

O primeiro Cigarro é uma passagem para o vício
Elaida Monteiro de Souza

1º Lugar

2º Concurso 89



Atendimento: 426259

Pedido:



107346

Data Pedido: 06/07/2018

Controle: 86950

Paciente: 320987 WILSON BEZERRA DA SILVA

Leito.: 256 COR-A-34

Unid. Intern: 14

Nascimento: 12/09/1991 (26a 9m 24d)

CORREDOR - EMERGENCIA ADULTO

Médico Solicitante: 123456 HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Setor Solicitante: URGENCIA E EMERGENCIA

Sexo: MASCULINO

Setor Executante: RADIOLOGIA

Local: SALA DE EXAME

Convenio: SUS - INTERNACAO

Plano: PLANO UNICO

Motivo: ROTINA

Observações:

Médico Executante:	0 - Não Informado			Entrega
Accession Number	*Access. N. Hex.	Código	Descrição	
224696	 36088	1075	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (AP)	06/07/2018
224697	 36089	923	RADIOGRAFIA DE OMBRO DIREITO (PERFIL)	06/07/2018

RX - REALIZADO

DATA 06/07/18

HORA 13:00

TC *Felipe*



HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE EMERGÊNCIA



1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Atendimento: 425737 Prontuário: 320987

Nome: WILSON BEZERRA DA SILVA
Data Nasc.: 12/09/1991 Idade: 26 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião: 03107
CPF: RG: CNS: Nº: 25
Endereço: RUA DOIS Cidade: BEZERROS Estado: PE
Bairro: RETIRO Fone: 93156766 Profissão: AGRICULTOR
CEP: 55660000
Nome da Mãe: MARIA JOSE BEZERRA DA SILVA
Acompanhante:
Motivo do Atendimento: ATT COM MOTOCICLETA
Clínica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

2 - ATENDIMENTO

Data: 01/07/2018 22:45

Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

Lesão de articulação do ombro direito
infundibular do ombro D.

Exame Físico:

PA: _____ FC: _____ FR: _____

Diag. Provisório:

#01 Ombro: - Rx de Acromioclavicular D AP
- Rx de Ombro D AP
- Rx de Ombro AP

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

COMPREV

AGÊNCIA S/A

07 AGO 2018

PROTOCOLO
AGÊNCIA RECIFE

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE - SES

EVOLUÇÃO CLÍNICA

Unidade de Saúde:

HOSPITAL REGIONAL DO AGRESTE

Nome do Paciente:

WILSON BRASER

Registro Nº:

Leito Nº:

Clínica:

EVOLUÇÃO

DATA

HORA

* 02/08/2018

09

18

Paciente evolui com quadro
CLÍNICO EXTRA SEM INTERCORRÊNCIAS

CS VPM
SEM PREC

At. 2º e 3º graus
sem intercorrências

05/08/2018

