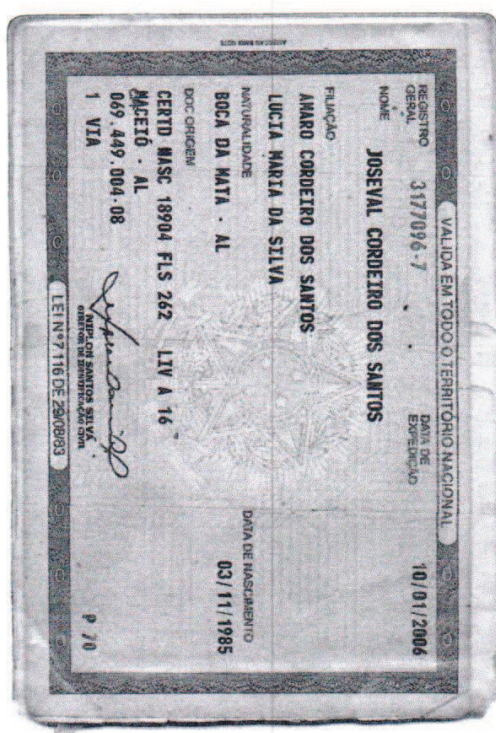






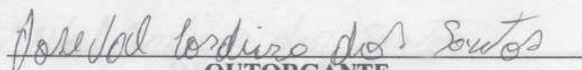
INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG 3177096.7 SDS/AL, inscrito no CPF sob o n.º 069.449.004-08, residente na Rua Quinze, n.º 234, Bairro: Curado I, CEP.: 54240-150—Cidade: Jaboatão dos Guararapes, Estado de Pernambuco,

OUTORGADOS: CARLA ROCHA LEMOS, brasileira, solteira, advogada, OAB/PE 27.103 D e DIVANETE MARIA ALMEIDA DA SILVA, brasileira, solteira, advogada, OAB/PE 34.040, ambas com endereço profissional à Avenida Conde da Boa Vista, n.º 50, sala 909, Boa Vista, Recife-PE, CEP 50060-004.

PODERES: O OUTORGANTE confere aos outorgados poderes da cláusula **ADJUDICIA ET EXTRA** para representá-lo perante qualquer Juízo ou Tribunal, podendo apresentar declarações, queixa, assinar, requerer, transigir, desistir, firmar e prestar compromisso, requerer, receber e levantar alvarás judiciais, substabelecer o presente instrumento com ou sem reservas de poderes, ou seja, tudo enfim para o bom e fiel cumprimento deste mandato.

Recife/PE, 05 de Outubro de 2019.


OUTORGANTE



ESTADO DE ALAGOAS		BOLETIM DE OCORRÊNCIA		NUMERO: 0101-M/17-0372		Pág. 1 / 2	
SECRETARIA DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL POLICIA CIVIL		DELEGACIA 8ª DRP - Matriz de Camaragibe - DPJA3 FONE. 32511967 DATA/HORA COMUNICADO: 30/07/2017 17:00 DELEGACIA DESTINO: 96º DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3					
FATO	NATUREZA: ACIDENTE DE TRÂNSITO - MORTE			INSTRUMENTO			
	DATA/HORA: 30/07/2017 03:30		LOCAL DO FATO: AL-101-NORTE Zona Rural Japaratinga				
	DIA DA SEMANA: 7 PONTO DE REFERÊNCIA: Proximo ao novo Hotel Salinas						
COR 1 BRANCO 4 PARDO 2 PRETO 5 SARDALHA 3 AMARELO 6 ALBINO		ESTADO CIVIL 1 SOLTEIRO 4 SEPARADO 2 CASADO 5 AMASIADO 3 VIUVO		NACIONALIDADE 1 BRAS. NATO 2 BRAS. NATURALIZADO 3 ESTRANGEIRO		DIA DA SEMANA 1 SEG. 4 QUI. 7 DOM. 2 TER. 5 SEX. 3 QUA. 6 SAB.	
						GRAU DE INSTRUÇÃO 1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO 2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR 3 FUNDAMENTAL	
VITIMA	NOME / RAZÃO SOCIAL MARINALDO DA SILVA SANTOS			RG 30155088		SSP-AL	
	FILIAÇÃO AMARO CORDEIRO DOS SANTOS			LUCIA MARIA DA SILVA			
	PROFISSÃO Trabalhador de indús			DATA DE NASCIMENTO 13/04/1984		IDADE 33	
	UF AL		NATURALIDADE PORTO CALVO-al		NACIONALIDADE 1		ESTADO CIVIL 5
	ENDEREÇO SITIO MARUIM - POVOADO S. BENTO					Nº S/N	
	BAIRRO ZONA RURAL		CIDADE Maragogi		FONE		
	SE / JPM / JPE / JPC / JPRE / JRM / JGM ESPECIFICAR / JEM SERVICIO / JEORA DE SERVICIO / JNATIVO						
VITIMA	NOME / RAZÃO SOCIAL MARCOS RIBEIRO DA SILVA			RG 31743390		SSP-AL	
	FILIAÇÃO Cicero Amaro da Silva			Maria das Neves Giraço Ribeiro			
	PROFISSÃO Desempregado			DATA DE NASCIMENTO 23/05/1985		IDADE 32	
	UF AL		NATURALIDADE Porto Caivo-AL		NACIONALIDADE 1		ESTADO CIVIL 1
	ENDEREÇO Sítio Muruini					Nº S/N	
	BAIRRO Povoado São Bento		CIDADE Maragogi		FONE		
	SE / JPM / JPE / JPC / JPRE / JRM / JGM ESPECIFICAR / JEM SERVICIO / JEORA DE SERVICIO / JNATIVO						
VITIMA	NOME / RAZÃO SOCIAL JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS			RG 3177096-7		SSP-AL	
	FILIAÇÃO Amaro Cordeiro dos Santos			Lúcia Maria da Silva			
	PROFISSÃO Autônomo			DATA DE NASCIMENTO 03/11/1985		IDADE 31	
	UF AL		NATURALIDADE Boca da Mata-AL		NACIONALIDADE 1		ESTADO CIVIL 1
	ENDEREÇO Sítio Maruim - São Bento					Nº S/N	
	BAIRRO		CIDADE Maragogi		FONE		
	SE / JPM / JPE / JPC / JPRE / JRM / JGM ESPECIFICAR / JEM SERVICIO / JEORA DE SERVICIO / JNATIVO						
AUTOR: DESCONHECIDO							
HISTORICO	Trata-se de um Acidente de Trânsito com 02 (duas) vitimas fatais e 01 (uma) vitima lesionada, fato ocorrido no dia 30/07/2017, por volta das 03:30 horas, na AL-101-Norte, mais precisamente nas proximidades do novo Hotel Salinas, no município de Japaratinga-AL, onde a motocicleta HONDA/CG 150 FAN XLR, Chassi 9C2JD17102R012287, conduzida pela pessoa de MARCOS RIBEIRO DA SILVA (vitima fatal) e a motocicleta HONDA/CG 150 FAN, cor cinza, placa IAP2138, chassi 9C2KC1650AR015634, conduzida por MARINALDO CORDEIRO DOS SANTOS (vitima fatal), em sentido contrário, colidiram frontalmente. QUE, na colisão ambos os condutores das referidas motocicletas vieram a óbito no local do acidente, enquanto o jovem JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS, que vinha na garupa da motocicleta de seu irmão MARINALDO foi socorrido gravemente lesionado para o HGE na cidade de Maceió-AL. É tudo a relatar.						
	ADITAMENTO: APÓS CONSULTA NA DOCUMENTAÇÃO DA MOTOCICLETA, ACIMA MENCIONADA, CONDUZIDA PELA VITIMA MARCOS RIBEIRO DA SILVA, FICOU CONSTATADO QUE TRATA-SE DA MOTOCICLETA HONDA/XLR 125, PLACA KLG6025-PE, ANO E MODELO 2002/2002, CHASSI 9C2JD1702R012287 REGISTRADA NO DETRAN/PE EM NOME DE JURANDIR JOSÉ DA SILVA.						
INQUÉRITO POLICIAL		NUMERO: 0103-P/17-0049		DELEGACIA 96º DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3		NUMERO 18/2017-	
DATA INSTAURAÇÃO 02/08/2017 10:00:00		DATA CONCLUSÃO 29/09/2017 10:00:00		FORMA CONCLUSÃO SEM AUTORIA			
MOTIVAÇÃO							





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA
DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL

BOLETIM DE Ocorrência

NUMERO: 0101-M/17-0372

Pág. 2 / 2

DELEGACIA: 8ª DRP - Matriz de Camaragibe - DPJA3

FONE: 32511967

DATA/HORA COMUNICADO: 30/07/2017 17:00

DELEGACIA DESTINO: 96ª DP - Japaratinga 8ª DRP/DPJA3

NOTICIANTE:

ASS.

ELABORADO POR: José Asnóbio Firmino da Silva

ASS.

José Asnóbio Firmino da Silva

RG / MAT.: 658375

AUTORIDADE: Aylton Soares Prazeres

ASS.

Aylton Soares Prazeres

RG / MAT.: 413887

ESCRIVÃO AD-HOC: José Asnóbio Firmino da Silva

ASS.

José Asnóbio Firmino da Silva

RG / MAT.: 658375





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ.: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

D. NASCIMENTO: 03.11.1985

PRONTUÁRIO: 2647766

DATA DO ATENDIMENTO: 30.07.2017

HORA: 6h:03min

ALTA: 01.11.2017

CID: T.01

DIAGNÓSTICO: ➤ POLITRAUMA

TRATAMENTO: ➤ CIRÚRGICO

ACHADO:

- ACIDENTE MOTOCICLISTICO
- FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
- INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESSO EM COXA)

CONDUJA:

- AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
- EXAUSTIVA LIMPEZA COM SF 0,09
- FIXAÇÃO COM PINOS E FIXADOR TUBO A TUBO (EXTERNO)
- DRENAGEM DE ABSCESSO EM COXA
- DEBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS
- CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO
- MEDICAÇÃO / ANTIBIOTICOTERAPIA
- HEMOTRANSFUSÃO
- EXAMES LABORATORIAIS

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 28 de dezembro de 2017

Assinado eletronicamente por:
Carla Rocha Lemos
Médica
CRM 3668/AL



O SEU DIA É GENTE CUIDAR LA



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

JOSEVAL CORDEIRO SANTOS

CPF da Vítima

069.449.004-08

Data do Acidente

30/07/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

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.

Maragogi, 02 de Outubro de 2018.

Local e Data

Joseval Cordeiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



BOLETIM OPERATÓRIO

NOME: JOÃO CARLOS DOS SANTOS REG: 2642766 IDADE: 45
DATA DA CIRURGIA: 29/09/17 HORA INÍCIO: 08:00 HORA TÉRMINO: 12:00
MÉDICO: Fernando Bastos MÉDICO AUXILIAR:
MÉDICO ANESTESISTA: Ueli ACADÊMICO:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

- ① Acesso: Minirincos na face lateral e medial do 1/3 distal da costela ①.
- ② Achados: Coleção purulenta em seu interior do 1/3 distal da costela ①.
- ③ Conduta:
 - Purulenta em DM sob anestesia
 - Antimicrobiano e drenagem dos líquidos
 - Minirincos na face lateral e medial da costela
 - Drenagem de pus
 - Trocas de SF 0,9%
 - Colocação de uma penicilina 4mm
 - Sutura esportiva.
 - Curativo compressivo.

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

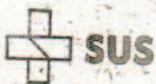
Dr. Fernando Bastos
Ortopedia - Traumatologia
CRM-AL 5211

ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VERSO

Av. Siqueira Campos, nº. 2095 - Trapiche da Barba - Cep: 57.010-001 - Maceió-AL - Fone/Fax: (82) 3315-3277 CNPJ: 12.200.259/0001-65.





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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

HGE

2 - CNES

200065110

4 - CNES

200065110

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

Masc. ☒

Fem. ☐

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO

Perfunde com histórico de fratura
em pé de fratura de 4
semanas, fratura de 11 dias
de 5 dias

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO

Quase 11 dias

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

Anomalia + fratura

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

Fernando Barros

29/08/12

Fernando Barros
Traumatologia
Médico - R. 211

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)

36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - Nº DO SINISTRO

41 - SÉRIE

37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

42 - CNPJ EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOE

38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

05/128

LAUDO AIIH
FATURADO - SCM



BOLETIM OPERATÓRIO

NOME: Jonhuel Gideão dos Santos REG: 2642766 IDADE: _____
DATA DA CIRURGIA: 29/08/17 HORA INÍCIO: _____ HORA TÉRMINO: _____
MÉDICO: Fernando Bastos MÉDICO AUXILIAR: _____
MÉDICO ANESTESISTA: João ACADÊMICO: _____

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

- ① Seam: Tumor em Face lateral do crânio
- ② Sebedos: Abscesso em Coxar
- ③ Conduta:
 - Painel em DHH Shantelene
 - Anestesia + aspiração dos campos
 - Infiltração + drenagem de Sequele Abscesso
 - Reposicionamento do fratura anterior
 - Duro da Penetração
 - Curativo compressivo

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

- Fratura anterior no TUB
- Transpiráveis

Dr. Fernando Bastos
Otorrinolaringologista
CRM-AL 3211

ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VERSO



BOLETIM OPERATÓRIO

NOME: Jonnel Gedeon de S. Santos REG: 2648166 IDADE: 41
DATA DA CIRURGIA: 13/09/17 HORA INÍCIO: 14h30 HORA TÉRMINO: 17h30
MÉDICO: Fernando Bastos MÉDICO AUXILIAR:
MÉDICO ANESTESISTA: Ubel ACADÊMICO:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

- ① Acesso: Incisão em pele lateral de tórax D.
- ② Achados: Abscesso em parede posterior direita.
- ③ Conduta:
 - Prelimbre em DPH sob anestesia
 - Antissepsia + Apótese dos campos
 - Incisão + irrigação q 3 litros de SF9,9%
 - Desbridamento
 - Instalação de Dreno de Suckes q 8cm
 - Sutura por planos
 - Curativo

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VERSO

Av. Siqueira Campos, nº. 2095 - Trapiche da Barra - Cep: 57.040-001 - Maceió-AL - Fone/Fax: (02) 3315-3277 CNPJ: 12.200.259/0001-65.



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

SUS - Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
Identificação do Estabelecimento de Saúde			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES	
HCE		200651	
Identificação do Paciente			
5 - NOME DO PACIENTE		3 - Nº DO PRONTUÁRIO	
JOMILSON CARDOSO DOS SANTOS			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
11 - NOME DA MÃE		9 - SEXO	
		Masculino [X] Feminino []	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - TELEFONE	
17 - CID, CID-10, CID-9, CID-11		16 - UF	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
10 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Paciente com Infarto profundo em forma poplitea D.			
11 - CONDIÇÃO QUE JUSTIFICA A INTERNAÇÃO			
Anedro de Urina			
12 - PRINCIPAIS PERICULOS DE PRIMA, SEGUNDA, TERCEIRA E QUARTA ESCALA REALIZADOS			
Anedro de Urina e exame FNC			
21 - DIÁG. CLÍNICO PRINCIPAL			
Abscesso em tórax			
22 - CID-10 PRINCIPAL			
J39.2			
23 - CID-10 SECUNDÁRIO			
24 - CID-10 CAUSAS ESTÓFAGICAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
25 - NOME DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Drenagem do Abscesso em tórax		01411510H10135	
27 - CLÍNICA		28 - N° DO DOCUMENTO (CNES/OPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
		00121404432	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE		30 - ASSINATURA	
Fernando Berto		13/10/12	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE DE TRÂNSITO, ACIDENTE DE TRABALHO, ACIDENTE DE TRÁFEGO, ACIDENTE DE TRABALHO, ACIDENTE DE TRÁFEGO)			
31 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA		32 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA	
33 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA		34 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA	
35 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA		36 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA	
37 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
38 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
39 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
40 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
41 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
42 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
43 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
44 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
45 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
46 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
47 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
48 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
49 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
50 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
51 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
52 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
53 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
54 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
55 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
56 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
57 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
58 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
59 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
60 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
61 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
62 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
63 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
64 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
65 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
66 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
67 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
68 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
69 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
70 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
71 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
72 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
73 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
74 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
75 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
76 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
77 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
78 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
79 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
80 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
81 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
82 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
83 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
84 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
85 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
86 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
87 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
88 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
89 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
90 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
91 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
92 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
93 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
94 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
95 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
96 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
97 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
98 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
99 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			
100 - CID-10 DA CAUSA EXTERNA			

OPM
COBRAR
ADM

LAUDO AN
FATURADO - SCMI

BOLETIM OPERATÓRIO

NOME: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS REG.: 2647766 IDADE: 31
DATA DA CIRURGIA: 30/07/17 HORA INÍCIO: HORA TÉRMINO:
MÉDICO: D4200 ROSENDO MÉDICO AUXILIAR:
MÉDICO ANESTESISTA: ACADÊMICO:

DESCRIÇÃO DO ATO CIRÚRGICO (ACESSO - ACHADOS - CONDUTA)

1. Paciente em decúbito dorsal sob anestesia
2. Antissepsia e colocação campos elétricos
3. Incisão sobre lesão exposta remota distal (6)
4. Evasiva um pedaço mecânico cirúrgico com 20 vértebras S9,9:
5. Passado 3 pinos chaves acima de foco de fratura de remota (6)
6. Passado 2 pinos proximais e 02 pinos de chaves distais
7. Fixado remota e tibia com tubo a tubo e alinhado com eixo e tibia
8. Pulso pedio 50 presente
9. Sutura com planos
10. Curativa

MATERIAIS ESPECIAIS UTILIZADOS

02 PLACAS DE FIBRA 8x10cm TUBO A TUBO
SF 0,9: 20cm
07 PINOS CHAVE

Dyego T. Rosendo de Barros
Médico
CRM-AL 2340

Cópia que a presente cópia
Conferir com o Original
O referido é verdadeiro, Dou fé
Mantendo a
S2207
Mantendo a
Mat. Nº 255076

ASS. DO RESPONSÁVEL PELA CIRURGIA - CRM

SE NECESSÁRIO USAR O VERSO

Av. Siqueira Campos, nº. 2095 - Trapiche da Barra - Cep: 57.010-001 - Maceió-AL - Fone/Fax: (82) 3315-3277 CNPJ: 12.200.258/0001-65.



Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				01	
Identificação do Estabelecimento de Saúde									
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE						2 - CRES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE						2 0 0 6 5 1 0			
HGE 3 LAUDOS						4 - CRES			
						2 0 0 6 5 1 0			
Identificação do Paciente									
5 - NOME DO PACIENTE						6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
JOSEVAL CONDOMINIO DOS SAPOS						3647266			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
						03/11/85		Masculino 1	
11 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE		10 - RAÇA / COR	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL						12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO)						12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
								19 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO									
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS									
FRATURA EXPOSTA FEMUR 100% COMISSO MOTO MOTO.									
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO									
NECESSIDADE DE DE DEBILITAMENTO + FARMACIA									
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)									
10 + EXAME FISIO. 0408050811 0408050500									
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL									
FRATURA FEMUR									
24 - CID 10 PRINCIPAL									
S72.9									
25 - CID 10 SECUNDÁRIO									
S72.2									
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS									
PROCEDIMENTO SOLICITADO									
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO						28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
FRATURA JOELHO FURANTE						04 1 1 1 0 3 0 0 1 0			
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO		32 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
Cabo Regis				1) CNS 6) CPF		0 7 1 9 3 1 1 2 9 4 0 2			
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE						34 - DATA DA SOLICITAÇÃO			
PYLLO F. NOBRE DO SAPOS						30/07/12			
35 - ASSINATURA E CARIMBO (INCLUIR REGISTRO DO CONSELHO)									
Dyego T. Rosário Medico CRM 10340									
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIA)									
36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO		38 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - Nº DO BILHETE		41 - SÉRIE			
37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO									
38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO		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. ORGÃO EMISSOR		52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
() CNS () CPE									
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (INCLUIR REGISTRO DO CONSELHO)							





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DO ESTADO PROFESSOR OSVALDO BRANDÃO VILELA
SECRETARIA HOSPITALAR
Avenida Jorge de Lima, 2095, Trapiche da Barra - Maceió - AL - CEP: 57010-001
Fone: (82) 3315-7364 - CNPJ: 12.200.259/0001-65

RELATÓRIO MÉDICO

PACIENTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS

D. NASCIMENTO: 03.11.1985

PRONTUÁRIO: 2647766

DATA DO ATENDIMENTO: 30.07.2017

HORA: 6h:03min

ALTA: 01.11.2017

CID: T.01

DIAGNÓSTICO: ➤ POLITRAUMA

TRATAMENTO: ➤ CIRÚRGICO

ACHADO:

- ACIDENTE MOTOCICLISTICO
- FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DIREITO E FECHADA DA TÍBIA DIREITA
- INFECÇÃO PROFUNDA EM FOSSA POPLÍTEA DIREITA (ABSCESSO EM COXA)

CONDUTA:

- AVALIAÇÃO DA ORTOPEDIA
- EXAUSTIVA LIMPEZA COM SF 0,09
- FIXAÇÃO COM PINOS E FIXADOR TUBO A TUBO (EXTERNO)
- DRENAGEM DE ABSCESSO EM COXA
- DEBRIDAMENTOS CIRÚRGICOS
- CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIO
- MEDICAÇÃO / ANTIBIOTICOTERAPIA
- HEMOTRANSFUSÃO
- EXAMES LABORATORIAIS

OBS.: Paciente atendido pela equipe médica desta Unidade de Emergência através do Sistema Único de Saúde.

OBS.: Relato as informações constantes no prontuário.

Maceió, 28 de dezembro de 2017

Assinatura
Andreia Freitas Brito de Gusmão
Médica
CRM 3368/AL



Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**

Data Nascimento: **03/11/1985**

Idade Aparente: **31**

Sexo: **M**

Data: **30/07/2017 03:47**

Nº Atendimento: **011707300005** Nº Cartão SUS:

Procedimentos

♦ ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA

Resumo dos Atendimentos

Data / Hora	Profissional	Tipo Profissional	Evento
30/07/2017 04:25	BRENDA CAVALCANTI COSTA BARROS	MEDICO	REAVALIAÇÃO
30/07/2017 03:50	BRENDA CAVALCANTI COSTA BARROS	MEDICO	ENTRADA NA SALA AMARELA
30/07/2017 03:50	BRENDA CAVALCANTI COSTA BARROS	MEDICO	INÍCIO DO ATENDIMENTO MÉDICO

Saída do I - Remoção

Data:

Hora:

Cod.:

Data:

Destino:

Observação:

Médico: **BRENDA CAVALCANTI COSTA BARROS**

CRM: **7259**

Para Óbito:

Data Óbito:

Hora:

Destino do Corpo:

Declaração de Comparecimentos do Paciente:

à



Boletim de Atendimento Médico

Nome Paciente: **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**
Nome Mãe: **LUCIA MARIA DA SILVA**
Data Nascimento: **03/11/1985** Idade Aparente: **31** Sexo: **M**
Nacionalidade: **BRASIL**
Endereço: **092 MURUM,**
Bairro: **SAO BENTO**
CEP: **57955000**

Data: **30/07/2017 03:47**
Nº Atendimento: **011707300005**
Nº Cartão SUS:
Cor: **PARDA** Telefone: **0000000000**
Celular: RG:
Naturalidade: **MARAGOGI** CPF: .
Nº: **S/N** Compl.:
Município: **MARAGOGI** UF: **AL**
Possui Certidão de Nascimento: **SIM**
Telefone:
Grau de Parentesco:
Procedência: Tipo da Ocorrência:

Informante

Nome:
Endereço:
Chegou Como: **OUTROS MEIOS**

Classificação de Risco

Nível

Escala de Dor:

Início Classificação de Risco:

Queixa:

Causa Externa:

Doenças

Pré-Existentes:

Medicamentos:

Alergias **NÃO INFORMADO**

Peso **0,0**
(kg):

Pressão
Arterial

Pulso
(bpm):

Temp.
(C°):

Freq.
Resp

SAT.
O2

HGT
(mg/dl)

Avaliação:

Fim Classificação de Risco:

Classificação de Risco: **Amarelo Observacao**

Enfermeiro(a)

COREN:

Queixa Principal:

Anamnese:

PACIENTE TRAZIDO PELO BOMBEIRO EM PRANCHA E COLAR CERVICAL DEVIDO A QUADRO DE COLISÃO MOTO-MOTO.NEGA QUEIXAS. BOMBEIROS REFEREM OSSO EXPOSTO EM FEMUR DIREITO.

Exame Físico

REG, anictérica, acianótica, mucosas conjuntivais normocoradas, hidratadas, ativas, reativas, sem sinais de gravidade.

ACV: RCR em 2t BNF, sem SA FC: 67 BPM PA: 110X60 mmHg

AR: MV+ em AHT sem RA SATO2: 98%

ABD: indolor a palpação superficial, sem sinais de irritação peritoneal.

Glasgow 15

Restante do exame físico normal.

trauma (fratura de fêmur)

Traumatismo não especificado

hipótese Diagnóstica, Diagnóstico

Traumatismo não especificado

Procedimento Proposto:

1- sft0.9% 1000ml

2- radiografia de fêmur

Reavaliação:

30/07/2017 - 04:05:28 - (BRENIA CAVALCANTI C) - encaminhado para hge e samu





HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

Rua Cincinato Pinto, 199 - Centro
CEP: 57.020-050 - Maceió - AL
Fone: 3032.3740

RECEITUÁRIO

Paciente: Silene de Oliveira dos Santos

ATOS TADU

Paciente com história
de fratura simples distal
+ fixação no ± 8 meses
com fixador externo,
com melhora da con-
dição da fratura distal.
No momento em condições
laborativas.

CID-10: S72.4, S82.2, M84.2

DATA:

05/05/19

Dr. Elcio M. Cruz Jr.
Ortopedia / Traumatologia
CRM 5861 - RQE 3570

ASSINATURA DO MÉDICO

DIA DO RETORNO: ____/____/____

HORA: ____





HOSPITAL MÉDICO CIRÚRGICO DE ALAGOAS

Rua Cincinato Pinto, 199 - Centro
CEP: 57.020-050 - Maceió - AL
Fone: 3032.3740

RECEITUÁRIO

Paciente: Rosival Cordeiro
dos Santos

ATENDIDO

Paciente com fratura
fémur distal + Hbico (1),
com fixação externa.

Rx encaminhou para o
enfermeiro de consolidação.

CD - 10 542.4; 5822

DATA:

12/12/17

ASSINATURA DO MÉDICO

DIA DO RETORNO: / /

HORA: : :



Declaração

Eu, Josival Cordeiro Santos,
Solteiro, Autônomo, inscrito no CPF de
numero: 069.449.004-08, Residindo em Maragogi.

Venho através desta informar que
Não conheço e nem tenho contato com
O proprietário da Moto ao qual estava
Pilotoando no dia do meu acidente.
Não é possível encontrar a declaração - Proprietário da moto.
Espero que a LIDER. entenda a moto
é de terceiros amigos ao qual eles
não tem contato do mesmo, já foi
procurado no município de Palmares
PE, e não teve êxito.

Fico no aguardo da minha pericia
desde de já Agradeço:

Sem mais, Declarante:

Josival Cordeiro dos Santos

CPF: 069.449.004-08.

Maragogi, 29 de Setembro 2018





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

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

069.449.004-08

Nome completo da vítima

JOSIVAL CORDEIRO SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	JOSIVAL CORDEIRO dos Santos		CPF titular da conta	069.449.004-08	Profissão	Autônomo	
Endereço	ST. MARUIM		Número	SIN	Complemento		
Bairro	RURAL	Cidade	MARAGOGI	Estado	AL	CEP	57955-000
Email			Telefone (DDD)	(82) 991410977			

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00				
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00					
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)				☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)			
☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341)							
☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)							
AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V	AGÊNCIA NRO.	D/V	CONTA NRO.	D/V
3544		13372	6				
(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)		(Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Maragogi 02 de outubro de 2018

Local e Data

Josival Cordeiro dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

FAPPF.001 V001/2017

CONTRATO DE HONORÁRIOS PROFISSIONAIS

CONTRATANTE: JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG 3177096.7 SDS/AL, inscrito no CPF sob o n.º 069.449.004-08, residente na Rua Quinze, nº.234, Bairro: Curado I, CEP.: 54240-150- Cidade: Jaboatão dos Guararapes, Estado de Pernambuco.

DECLARAÇÃO

1. O(A) CONTRATANTE necessita promover uma ação de reparação de danos, para recebimento de Eu, **JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG 3177096.7 SDS/AL, inscrito no CPF sob o n.º 069.449.004-08, residente na Rua Quinze, nº.234, Bairro: Curado I, CEP.: 54240-150- Cidade: Jaboatão dos Guararapes, Estado de Pernambuco, **DECLARO**, nos termos da Lei nº. 13.105/15, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que sou pobre na acepção jurídica do termo, não tendo condições de arcar com as despesas inerentes à ação ajuizada, sem prejuízo de meu sustento e de minha família, necessitando, portanto, da gratuidade da Justiça.

5. As partes elegem o foro de comarca do Recife/PE, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente instrumento.

Recife/PE, 05 de Outubro de 2019.

E por estarem assim justos e contratados, as partes, na presença de duas testemunhas, assinam o presente instrumento em (02) duas vias de igual teor e forma.

Joseval Cordeiro dos Santos

DECLARANTE

Recife/PE, 05 de Outubro de 2019.

CONTRATANTE:

Joseval Cordeiro dos Santos

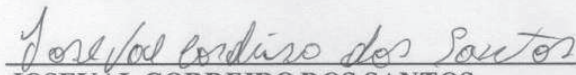
CONTRATADOS:



DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS, brasileiro, solteiro, autônomo, portador do RG 3177096.7 SDS/AL, inscrito no CPF sob o n.º 069.449.004-08, residente na Rua Quinze, nº.234, Bairro: Curado I, CEP.: 54240-150– Cidade: Jaboatão dos Guararapes, Estado de Pernambuco, por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração para que surta efeitos legais.

Recife, 05 de Outubro de 2019.



JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS



JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex: Masc.
Data de aquis.: 29/08/2018
Data de nascimento: 03/11/1995
ID: PAT001001

Data de aquis.: 29/08/2018
Hora de aquis.: 09:52:42
Índice de exp.: 2397

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,
Sex: Masc.
Data de nascimento: 03/11/1995
ID: PAT001001

Data de aquis.: 29/08/2018
Hora de aquis.: 09:58:52
Índice de exp.: 2119

FÊMUR
AP

W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,

Sex: Masc.

Data de aquis.: 29/08/2018
Data de nascimento: 03/11/1995
ID: PAT001001

Escala: 0.0
ORTAL

Data de aquis.: 29/08/2018
Hora de aquis.: 09:54:40
Índice de exp.: 1859

FÊMUR
LATERAL

W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

JOSEVAL CORDEIRO DOS SANTOS,,

Sex: Masc.

Data de aquis.: 29/08/2018
Data de nascimento: 03/11/1995
ID: PAT001001

Escala: 0.0
ORTAL

Data de aquis.: 29/08/2018
Hora de aquis.: 09:58:46
Índice de exp.: 1846

JOELHO
AP

W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

Escala: 0.0
ORTAL

18cm

JOELHO
LATERAL

W: 4095, L: 2043
ID de técnico: admin

20cm

