

Rio de Janeiro, 06 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO LIMA**

Nº Sinistro: **3180341965**

Vitima: **MARCOS ANTONIO LIMA**

Data do Acidente: **13/03/2016**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180341965**.

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 13193000



Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Nº Sinistro: **3180341965**
Vitima: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Data do Acidente: **13/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341965**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE 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

Carta nº 13201370



Rio de Janeiro, 30 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Nº Sinistro: **3180341965**
Vitima: **MARCOS ANTONIO LIMA**
Data do Acidente: **13/03/2016**
Cobertura: **INVALIDEZ**
Procurador: **NELLE ROZE SOARES MARQUES**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180341965**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **GENTE 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

Carta nº 13308677



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

053.593.823-33

Nome completo da vítima

Marcos Antonio Lima

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo Marcos Antonio Lima		CPF titular da conta 053.593.823-33	Profissão Pintor
Endereço Rua Mauro Almeida		Número 1540	Complemento Casa
Bairro VL Firmiano Filho	Cidade Teresina	Estado PE	CEP 64060-370
Email		Telefone (DDD) (86) 3303-4104	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

<input checked="" type="checkbox"/> RECURSO INFORMAR <input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00		<input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00	
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção): <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0855 (Informar dígito se existir)	D/V CONTA NRO. 326.718 (Informar dígito se existir)	BANCO Nome AGÊNCIA NRO. D/V (Informar dígito se existir)	NRO. CONTA NRO. D/V (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.

Teresina 23 de Julho de 2018
Local e Data

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Loterias CAIXA

CAIXA ECONOMICA FEDERAL

TERESINA: sorteios de segunda-feira a sábado. Após

204-602681775-5

23/JUL/2018

HORA DE 10:18:57

LOT. 16.005418-4

TERM 011642

LOCALIDADE: TERESINA

AG. VINCULADA: 0855

CONTROLE: 204403863

COMPROVANTE DE ABERTURA DE POUP CAIXA FACIL

NOME: MARCOS ANTONIO LIMA

AGENCIA: 0855

OPERAÇÃO: 013

CONTA-DV: 000.000.126.718-4

DATA DA ABERTURA: 23/07/2018

LOTerias CAIXA

204-602681775-5

1ª VIA

Loterias CAIXA

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



Governo do Estado do Piauí
Secretaria de Segurança Pública
Delegacia Geral de Polícia Civil
SisBO - Sistema de Boletim de Ocorrência



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº: 100203.002353/2018-41

Unidade de Registro: DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO Resp. pelo Registro: Francileude Lima Cordeiro

Data/Hora: 10/07/2018 - 09:45

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade Policial Responsável

DELEGACIA DE REPRESSÃO AOS CRIMES DE TRÂNSITO

Tipo Local

VIA PÚBLICA

Município

TERESINA

Endereço

RUA SANTA QUITÉRIA, Nº:

Complemento

459889

Data/Hora

13/03/2016 - 16:00

Bairro

SATÉLITE

Ponto de Referência

ANTIGA COMPANHIA DA POLICIA MILITAR

DADOS DOS PERSONAGENS ENVOLVIDOS

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA (49 ANOS)

RG: 1337357 SSP PI

Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

Endereço: RUA MAURO ALMEIDA, Nº 1540

Bairro: VILA FIRMINO FILHO

Cidade: TERESINA

Tipo Envolv.: VITIMA/Noticiante

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

NATUREZA(S) DA OCORRÊNCIA

Natureza(s) da Ocorrência

1 - Lesão corporal accidental no trânsito.

RELATO DA OCORRÊNCIA

A VÍTIMA RELATA QUE TRAFEGAVA PELO ENDEREÇO SUPRACITADO CONDUZINDO UMA MOTO YAMAHA/T115 CRYPTON K, COR AZUL, PLACA PIM-3285-PI, DE PROPRIEDADE DE ANTONIO NUNES DOS SANTOS, QUANDO PERDEU O CONTROLE DA MOTO E CAIU, SENDO SOCORRIDO PELO SAMU E LEVADO À UP-RENASCENÇA (PRONTUÁRIO 31165), E POSTERIORMENTE TRANSFERIDO AO HUT (PRONTUÁRIO 395934). INFORMAÇÕES PRESTADAS DE INTEIRA RESPONSABILIDADE DO NOTICIANTE.

Francileude Lima
Francileude Lima Cordeiro - Mat. 1945629
AGENTE DE POLÍCIA

Marcos A Lima
MARCOS ANTONIO LIMA (49 ANOS) - Noticiante
Responsável pela Informação

Delegado de Polícia

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 interdita 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

Marcos Antonio Lima

CPF da Vítima

053.593.823-33

Data do Acidente

33/03/2016

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

(86) 3303-4104

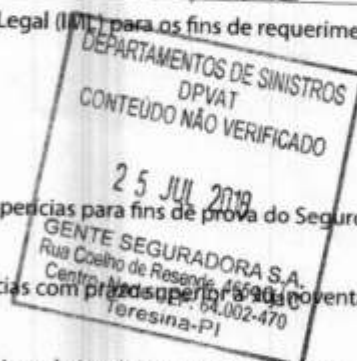
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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 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.



Teresina, 23 de Julho de 2016

Local e Data

Marcos Antonio Lima

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Dados do Chamado	01 N°. do chamado 05-SD-2269	02 Data do chamado 30/03/16	03 PRO (código) 2899	04 Saída do PA 16:40'	05 Chegada ao local 16:45'
	06 Saída do local 16:48'	07 Chegada ao 1º hospital 16:45'	08 Saída do 1º hospital	09 Chegada ao 2º hospital	
Local da Ocorrência	10 Endereço Rua Santa Quitéria, S/Nº (rua pública)	11 Bairro Sulite	12 Município-UF Te-PI	Código IBGE	
	13 Ponto de referência ANTIGA COMPANHIA DE POLÍCIA				
Dados do Paciente	14 Nome Antonio Marques Lima	15 Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	16 Idade 1 - Dia 2 - Mês 3 - Ano 9 - Ignorado		
	Se idade ignorada, preencha com 999		17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica? 1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		
Tipo de Ocorrência	18 Tipo de ocorrência				
	01 - Acidente de transporte - UPAR 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado				
Acidente de Transporte	19 Vítima 1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	20 Meio de locomoção 1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	21 Outra parte envolvida 1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	22 Equipamentos de segurança Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>	
	23 Glasgow = <input checked="" type="checkbox"/> RESPOSTA VERBAL ABERTURA OCULAR 4 - Espontânea 3 - À voz 2 - À dor 1 - Nenhuma 5 - Orientada 4 - Confusa 3 - Palavras inapropriadas 2 - Palavras incompreensíveis 1 - Nenhuma RESPOSTA MOTORA 6 - Obedece a comandos 5 - Localiza dor 4 - Movimento de retirada 3 - Flexão anormal 2 - Extensão anormal 1 - Nenhum				
Exame Físico	24 Sinais Vitais Pulso Resp. PA TAX SatO2	25 Local da lesão			
	26 Pupilas 1 - Iguais 2 - Desiguais	27 Pulso Radial <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> 1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	28 Sangramento <input type="checkbox"/> 1 - Sim 2 - Não		
Assistência	29 Dor <input checked="" type="checkbox"/> ESCALA DE DOR DE 0 A 10 0 - Sem Dor 1 - Leve 3 - Moderada 7 - Intensa 10				
	30 Fratura 1 - Sim <input type="checkbox"/> Exposta <input type="checkbox"/> 3 - Fechada 2 - Não <input type="checkbox"/> 3 - Suspeita				
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados (1 - Sim 2 - Não) Aspiração <input type="checkbox"/> Prancha longa/curta <input type="checkbox"/> Imobilização de extremidades <input type="checkbox"/> Glicemia <input type="checkbox"/> Oxigênio <input type="checkbox"/> Cefalorraquidiana <input type="checkbox"/> Reanimação cardiopulmonar <input type="checkbox"/> Acesso Venoso <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Kred <input type="checkbox"/> Assistência obstétrica <input type="checkbox"/> Medicamentos a) <input type="checkbox"/> b) <input type="checkbox"/>				
	32 Hospital de Destino UPA				
Observações Interdisciplinares	33 Condições de entrada <input type="checkbox"/> 1 - Melhorado 2 - Piorado 3 - Inalterado				
	34 Óbito <input type="checkbox"/> 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input checked="" type="checkbox"/> Antes do socorro <input type="checkbox"/> Antes do transporte <input type="checkbox"/> Durante o transporte <input type="checkbox"/>				
Observações Interdisciplinares: # Embriaguez. Queda de moto. Suspeita de fratura de clavícula. Agitação # CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU					

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
 DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
 25 JUL 2016
 AGENTE SEGURADOR
 Rua Coelho de Almeida, 185 Loja C
 Centro - Fone CEP: 64.002-470
 Teresina-PI

RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada o nome do paciente está como **ANTONIO MARQUES LIMA**, porém o nome do paciente em questão é **MARCOS ANTONIO LIMA**. A troca do nome se deu devido o paciente está sem os documentos na hora do atendimento sendo colocado o nome do seu irmão que o acompanhava.

Dados do Paciente:

RG: 1.337.357 SSP-PI

CNS: 898003704890059




Teresina, 13 de março de 2016


Gabriella de Almeida Leão
Assistente Social
CRESS 3202 - 22ª Região/PI

Assistente Social

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 08/10/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARCOS ANTONIO LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00855

CONTA: 000000126718-4

Nr. da Autenticação B939BC1871F4AF0D

Teresina

CNPJ 27157474000106 - LE 295965574
Av. Odilon Araújo, 1035, Pícarre - CEP 64017-280, Teresina - PI
Telefone: 0800 328 2000 ou 113 / (86) 98124-3199

MATRICULA 13302825-9 MENS/ANO 151602958 6/2018

NOME/ENDEREÇO
MORADOR NELLE ROZE SOARES MARQUES

RUA VINTE E QUATRO DE
JANEIRO, 544-CENTRO-TERESINA-PI-cep: 64018650

LOCALIZAÇÃO 001-00008-000050 GRUPO 001 NÚMERO DO HODÔMETRO A10X133657

HISTÓRICO DE CONSUMO
Mês/ANO TIPO LIDO FATURADO
05/2018 1,140 02 10
04/2018 1,140 01 10
03/2018 1,140 00 10
02/2018 1,140 00 10
01/2018 1,140 00 10
12/2017 1,140 00 10

ECONOMIAS - CATEGORIAS / TIPO TABELA
1 Comercial - Normal

DATA LITURA CONSUMO MÊS ANO 11 06/2018
ANTERIOR 04/05/2018 168
ATUAL 06/06/2018 168

TABELA DE TARIFAS	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS DA NATUREZA
RESIDENCIAL TAXA DE CONSUMO (M3 E %)	DISCÇÃO VALOR REFERENTE AGUA - 62,52 > Comercial-Normal 11,0 m3 62,52 VALOR DE ESGOTO - 50,02 > Comercial-Normal 11,0 m3 50,02 JUROS POR ATRASO 04/2018 0,74 MULTA POR ATRASO 04/2018 2,01
NÃO RESIDENCIAL TAXA DE CONSUMO (M3 E %)	
0 1,0 5,400 00	
10 20 9,100 00	
30 999999 9,400 00	

VENCIMENTO 18/06/2018 115,29

IRREGULARIDADES / ANORMALIDADES

MENSAGEM
O CÓDIGO IDENTIFICADOR PARA CADASTRAR A CONTA DE AGUA NO DEBITO AUTOMATICO DEVE SER 00 + NUMERO DA MATRICULA + DIGITO

NOTA: O valor de consumo é calculado com base no valor de consumo anterior e no valor de consumo atual. O valor de consumo é calculado com base no valor de consumo anterior e no valor de consumo atual.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS E QUÍMICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
ODORO LIVRE	2.762	2.715	47	1,25	0,20-5,00 mg/L
COR APARENTE	2.570	1.787	783	10,14	Inferior a 15,00
PH	2.756	2.718	38	6,66	6,00-9,50
TURBIDEZ	2.767	2.435	332	2,87	Inferior a 5,00

CARACTERÍSTICAS MICROBIOLÓGICAS DA ÁGUA DISTRIBUÍDA (PORTARIA 2914/2011 DO MS E DECRETO Nº 5.440)

PARÂMETROS	AMOSTRAS REALIZADAS	AMOSTRAS EM CONFORMIDADE	AMOSTRAS EM DISCONFORMIDADE	MÉDIA / MÊS	VALOR PERMITIDO
COLIFORMES TOTAIS	907	890	17	Ausência	Ausente
ESCOLÉRIA COLI	907	907	0	Ausência	Ausente

DATA DA EMISSÃO: 06/06/2018 HORA DA EMISSÃO: 10:50

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

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 IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Nelle Roze Soares Marques inscrito (a) no CPF 840.173.173 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Marcos Antonio Lima inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.593.823 / 33, do sinistro de DPVAT cobertura IPA da Vítima Marcos Antonio Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 053.593.823 / 33, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: Recuso Renda: Recuso e apresento os documentos comprobatórios.

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.



Endereço <u>Rua 24 De Ianelino</u>		Número <u>544</u>	Complemento <u>Sala</u>
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>Teresina</u>	Estado <u>PI</u>	CEP <u>64000-235</u>
Email		Telefone comercial(DDD) <u>(86) 3303-4104</u>	Telefone celular (DDD) <u>(86) 99534-6565</u>

Teresina, 24 de Julho de 2018
Local e Data

Nelle Roze Soares Marques
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANTONIO NUNES DOS SANTOS,

RG nº 856.722, data de expedição 15 / 08 / 08,

Órgão SSP / PI, portador do CPF nº 341.632.983-04, com

domicílio na cidade de TERESINA, no Estado de

PIAUI Localidade Santa Lúcia, nº 5172

complemento laser, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima marcos Antonio lima, cujo o condutor era

marcos Antonio lima

Veículo: moto

Modelo: YAMAHA / 115 CRYPTON

Ano: 2013/2014

Placa: PIM-3285

Chassi: 9CBKE7560E0029888

Data do Acidente: 13/03/2016

Local e Data: B. SATELITE, dia 73/03/076
Guiana, 09/04/2018

Antonio Nunes dos Santos
Assinatura do Declarante

marcos Antonio lima
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
TITULAR - ANA LIA GONCALVES DE SAMPÃO PEREIRA
REALIZANDO NOBILITADA, 1221 CENTRO - CEP: 64000-200 - TERESINA-PI
Fone: (066) 3221-7866 - E-mail: atendimento@cartoriosampaio.com.br

RECONHECIDO POR AUTENTICIDADE A FIRMA DE: ANTONIO NUNES DOS SANTOS, DOU
FE. EM TEST. DA VERDADE. TERESINA-PI, 09/07/2018. Emol.: 3,71
TJ: 0,74 Selo: 0,26 Total: 4,71 Selo: ABG-40720 (F80F74)

JUDITE DE CASTRO CARDOSO - Escrevente Autorizada

☐ Tabela

☒ Escrevente autorizado

CARTÓRIO THEMISTOCLES SAMPAIO
3º Ofício de Notas
Judite de Castro Cardoso
Escrevente Autorizada
Teresina - PI





Dados do Chamado	01 N° do chamado	02 Data do chamado	03 PRO (código)	04 Saída do PA	05 Chegada ao local
	05-SD-2269	33/03/16	2899	16:20	16:25
Local da Ocorrência	06 Saída do local	07 Chegada ao 1° hospital	08 Saída do 1° hospital	09 Chegada ao 2° hospital	
	16:48	16:45			
Dados do Paciente	10 Endereço	11 Bairro	12 Município-UF	Código IBGE	
	Rua Santa Quitéria, S/Nº (rua pública)	Satélite	Te-PI		
Tipo de Ocorrência	13 Ponto de referência	14 Nome	15 Sexo	16 Idade	17 Indícios de ingestão de bebida alcoólica?
	ANTLEA COMPANHIA DE POLÍCIA	Antonio Marques Lima	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado
Acidente de Transporte	18 Tipo de ocorrência	19 Vítima	20 Meio de locomoção	21 Outra parte envolvida	22 Equipamentos de segurança
	01 - Acidente de transporte 02 - Agressão física-espantamento 03 - Agressão física-FAF 04 - Agressão física-FAB 05 - Urgência psiquiátrica 06 - Tentativa de suicídio 07 - Envenenamento 08 - Afogamento 09 - Queimadura 10 - Choque elétrico 11 - Queda 12 - Urgência clínica 13 - Urgência obstétrica 14 - Transferência 15 - Exames complementares 16 - Outros 17 - Já removido 18 - Falso chamado	1 - Pedestre 2 - Condutor 3 - Passageiro 9 - Ignorado	1 - A pé 2 - Automóvel 3 - Motocicleta 4 - Bicicleta 5 - Ônibus/Micro-ônibus 6 - Outro 9 - Ignorado	1 - Automóvel 2 - Motocicleta 3 - Ônibus/Micro-ônibus 4 - Bicicleta 5 - Objeto fixo 6 - Animal 7 - Outra 9 - Ignorado	Capacete <input type="checkbox"/> Airbag <input type="checkbox"/> Cinto de segurança <input type="checkbox"/> Assento para criança <input type="checkbox"/>
Exame Físico	23 Glasgow =	24 Sinais Vitais	25 Local da lesão		
	ABERTURA OCULAR 4-Espontânea 3-À voz 2-À dor 1-Nenhuma	RESPOSTA VERBAL 5-Orientada 4-Confusa 3-Palavras inapropriadas 2-Palavras incompreensíveis 1-Nenhuma	RESPOSTA MOTORA 6-Obedece a comandos 5-Localiza dor 4-Movimento de retirada 3-Flexão anormal 2-Extensão anormal 1-Nenhum	Pulso Resp. PA TAX SatO2	Diagrama de corpo humano com seta indicando lesão no braço direito
Assistência	26 Pupilas	27 Pulso	28 Sangramento	29 Dor	30 Fratura
	1 - Iguais 2 - Desiguais	1 - Cheio 2 - Fino 3 - Ausente	1 - Sim 2 - Não	0 - Sem Dor 1 - Leve 2 - Moderada 3 - Intensa 4 - 10	1 - Sim 2 - Não 3 - Suspeita
Hospital de Destino	31 Procedimentos realizados	32 Hospital de Destino	33 Condições de entrada	34 Óbito	
	Aspiração Oxigênio Corativos Prancha longa/curta Cefal cervical Kred Imobilização de extremidades Reanimação cardiopulmonar Assistência obstétrica Glicemia Acesso Venoso Medicamentos a) b)	UPA	1-Melhorado 2-Piorado 3-Inalterado	1-Sim 2-Não	
Observações Interdisciplinar	# Embriaguez. Queda de moto. Suspeita de fratura de clavícula. Agitação #				
	CONFERE COM O ORIGINAL Marília Veloso Cantanhede Gerente Administrativa SAMU				
Responsável pela recepção		Socorristas Médico	Enfermeiro		
Fernando M. Silva		AE/TE	Condutor	Edinaldo Silva	

RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada o nome do paciente está como **ANTONIO MARQUES LIMA**, porém o nome do paciente em questão é **MARCOS ANTONIO LIMA**. A troca do nome se deu devido o paciente está sem os documentos na hora do atendimento sendo colocado o nome do seu irmão que o acompanhava.

Dados do Paciente:

RG: 1.337.357 SSP-PI

CNS: 898003704890059



[Handwritten signature]

Teresina, 13 de março de 2016

Gabeitão
Gabriela de Almeida Leite
Assistente Social
CRESS 3282 - 22ª Região/PI

Assistente Social

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	ANTONIO MARQUES LIMA	Prontuário:	31165
Mãe:	NAO INFORMADO	Pai:	
End.Resid.:	RUA SANTO ANTONIO QUITERIO, S/N, - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: -		
Nascimento:	13/03/2016	Idade:	0a:0m:0d
Sexo:	Masculino	Fone:	
Responsável:	O MESMO	CNS:	
Profissão:		Documento:	RG: 1337779 - SSP/PI
Instrução:	Não informado	E.Civil:	Ignorado
End.Local.:	-		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	48754	Entrada:	13/03/2016 16:48:23	Convênio:	S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR					

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent.:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco:			
Acidente de moto, piloto, alcoolizado, suspeita de fratura de clavícula.			
			FERNANDO MORAIS DE OLIVEIRA COREN PI - 340074 Em: 13/03/2016 16:50:00

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV:	(Hora: ____:____)								
Peso:	5,00 Kg	Altura:	0,00 M	IMC:	0,00 Kg/m2	Pulso:	0 bpm	Pressão:	0 mmHg

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HALITO ETILICO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO
SEM EXAME DOR EM TOPOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

Diagnóstico Inicial:

EXAMES COMPLEMENTARES:

RX OMBRO ESQUERDO fratura de clavícula esquerda

PRESCRIÇÃO MEDICA:

tipoia
ao hut

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Antonio Nunes Martins Jr.
Ortopedia e Traumatologia
CRM 3520 DT PI

ANTONIO NUNES MARTINS JUNIOR
CRM 3520 DT PI 13/03/2016 18:24:48





**HOSPITAL
DE URGÊNCIA
DE TERESINA**

NOME DO PACIENTE: Marcelo Antonio Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 395934



SERVIÇO DE ARQUIVO MÉDICO E ESTATÍSTICO – SAME
"O HOSPITAL SÓ EXPEDIRÁ CÓPIA DE PRONTUÁRIO UMA VEZ, CABENDO AO
INTERESSADO REPRODUZIR CÓPIAS NECESSÁRIAS
À SUA UTILIZAÇÃO".



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT
Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872
TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

14/03/16
160316 a 10:20h

BOLETIM DE ENTRADA - BE

Imp: 13/03/2016 20:03:07

DADOS DO PACIENTE:

Nome:	MARCOS ANTONIO LIMA	Prontuário:	395934
Mãe:	FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA	Pai:	VALDEMARVIANA LIMA
End.Resid.:	R, SAO FRANCISCO, 4165 - SATELITE - TERESINA - PI - CEP: 64000-010		
Nascimento:	17/04/1969	Idade:	46a:11m:25d
Sexo:	Masculino	Fone:	86-99479-0965
Responsável:	ANTONIO MARQUES LIMA (IRMAO)	CNS:	898003704890059
Profissão:	PINTOR	Documento:	CPF: -
Instrução:	Não informado	E.Civil:	Casado(a)
End.Local.:	- - -		

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código:	530204	Data:	13/03/2016 19:58:13	Condução:	AMBULANCIA QUALQUER (DESTA CIDADE)		
Motivo da Procura:	ACIDENTE DE TRÂNSITO VÍTIMA EM MOTOCICLETA (MOTOC)				Convênio:	S U S	
Acid.Trab.:	Não	Acid. Trajeto:	Não	Acid. Trab. Típico:	Não	CID Secundário:	V299

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma:	Evento Principal:	Destino:	Classificação:
QUEDAS	Dor moderada	ORTOPEDISTA	Amarelo
Breve História:	Profissional Clas. Risco:		
QUEDA DE MOTO COM SUSPEITA DE FRATURA EM CLAVICULA E, NEGA PERDA DE CONSCIENCIA, ENCAMINHADO DA UPA PARA AVALIAÇÃO COM ORTOPEDESTA	LETICIA MARIA CARVALHO DE SOUSA COREN 158837 Em: 13/03/2016 20:03:06		

DADOS CLÍNICOS: (Hora: ____:____)

PA	X	mmHg	Pulso:	FC:	bpm	Temp.:	CID:
Diagnóstico Inicial:							
CONDUTA MÉDICA E EXAMES COMPLEMENTARES:							
MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:							

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Nada CEP: 64.002-470
Teresina-PI

DATA: / / HORA: : :

Assinatura Paciente ou Responsável

Dr. Raul Ruben de Macedo Neto
ORTOPEDIA - TRAUMATOLOGIA
TEO 12.594
Assinatura Profissional Médico

17.577.205/0015-327



FMS

Fundação Municipal de Saúde

UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2810

Renascença III - CEP: 64.082-110

Teresina - PI




SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>UPA Renascença</i>	Para Unidade <i>HUT</i>
Paciente <i>Antonio Mendes Lima</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO	
<i>Acidente com queda de motociclista e trauma em ambos (E)</i> <i>Alcoolizado não colabora com exame físico</i>	
HD. <i>Fratura de clavícula (E) fechada</i> Dr. Antonio Nunes Martins Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM-PI 352815/01-11-2015	
Data <i>13/03/16</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para:
DIAGNÓSTICO	
	
Data ____/____/____	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2018
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI



No. da Autorização: 010416

Orgão Emissor: M221100001

AIH : 221610024466-6

UNI : H.U.T (PROF. ZENON ROCHA)

NASCIMENTO

17/04/1969

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

MARCOS ANTONIO LIMA

Identificação do Estabelecimento de Saúde

D.LIBERA: 01/04/2016

DT. EMISSÃO: 13/03/2016

PROCED.: 0308010019: TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZAÇÃO ESPECÍFICA

OP.SIST: WELLINGTON

CID : T068

ASS. MÉDICO RESPONSÁVEL

1- Nome do estabelecimento solicitante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA

2- Nome do estabelecimento executante:

HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

5828856

157174

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA

6 - Prontuário: 395934

CNS: 898003704890059

8-Nascimento: 17/04/1969

9-Sexo: Masculino

RG: 1337357 - SSP-PI

11-Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

12-Fone: 86-99479-0965

13-Resp: ANTONIO MARQUES LIMA (IRMAO)

14-Cor: Parda

15-Endere: R.SAO FRANCISCO, 4165 - SATELITE - CEP: 64000-010

16-Munic: TERESINA

17-Cod. IBGE: 221100

18-UF: PI

19-CEP: 64000-010

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

10 - Principais sinais e sintomas clínicos:

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM FRATURA DE CLAVICULA,

21 - Condições que justificam a internação:

AS ACIMA.

22 - Principais resultados de provas diagnósticas (Resultado de exames realizados):

EXAME CLINICO.

23-Diagnóstico Inicial:

Outros traumatismos especificados envolvendo regiões múltiplas do corpo

24-CID Prim:

T068

25-CID Sec.:

26-CID C.Ass.:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27- Procedimento Solicitado:

0308010019

TRATAMENTO DE TRAUMATISMOS DE LOCALIZACAO ESPECIFICADA / NAO ESPECIFICADA

29-Clinica:

30-Caráter: Ident.: 31-Docum.: 32-Doc. Méd. Solic.:

02

01

CPF

004.798.243-80

33-Nome Profissional Solicitante/Assistente:

34-Data Solicitação:

RAUL RUBEN DE MACEDO NETO

13/03/2016

Ass. Carimbo Méd. Sol. (CRM)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36- () Acidente de Trânsito

39-CNPJ Seguradora:

40-No. Bilhete:

41-Série:

37- () Acidente Trabalho Típico

42-CNPJ Empresa:

43-CNAE Empresa:

44-CBOR:

38- () Acidente Trabalho Trajeto

45 - Vínculo com a Previdência:

() Empregado

() Empregador

() Autônomo

() Desempregado

() Aposentado

() Não Segurado

AUTORIZAÇÃO

46 - Nome do Profissional Autorizador:

47-Data Autorização:

010416

48-Documento:

49-Num. Documento:

() CNS () CPF

50-Ass. Carimbo (Rg. Conselho)

51 - Assinatura Paciente ou Responsável:

Usuário: (AMPAROLEAL)

Consulta Local: 530204

Consulta SUS:

Impressão: 30/03/2016 13:38:30

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO	CLÍNICA	ENR. ou AVT	LEITO	MÉDICO ASSISTENTE
Nomes Antonio Lima						
DATA/HORA	PREScrição Médica			RELATÓRIO DE ENFERMAGEM		
CÓDIGO			QUANT.	HORÁRIOS	OBSERVAÇÕES	
14	St. Clavicular	(462)			As 7:30h - encaminhado para o centro cirúrgico	
03	Bate link de coxa				Paciente em boas condições	
16	1. Biv. parava - 20				Paciente em boas condições	
	2. Dif. v. 20				Paciente em boas condições	
	3. 55 v. 20				Paciente em boas condições	
				<div data-bbox="708 1572 1031 1900" data-label="Text"> <p> DEPARTAMENTO DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Resende, 165 Loja C Centro-Norte CEP: 66002-470 Teresina-P </p> </div>		
<p> José Ferreira Neto CRM: 1568 CPF: 068.897.373-68 </p>						
<p> Cláudia Augusta Dr. Antonio </p>						

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Marcelo Antonio Lima

②

NOME DO PACIENTE		PRONTUÁRIO		CLÍNICA		ENF. ou APV		LEITO		MÉDICO ASSISTENTE	
DATA/HORA	CÓDIGO	PRESCRIÇÃO MÉDICA		QUANT.	HORÁRIO	OBSERVAÇÕES		OBSERVAÇÕES			
		1. DIETA LIVRE 2. SG5% 500ML + SFO, 9% 500ML EV EM 12H 3. DAPIRONA 2ML + AD EV 6/6H 4. TENOXICAM 20MG 1 AMP DIL EV 12/12H 5. TRAMADOL 100MG DIL EV 12/12H SOS 6. CCGG				25.06.2018 22.06.2018		DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTEÚDO NÃO VERIFICADO 25 JUL 2018 GENTE SEGURADORA S.A. Rua Coelho de Farias, 465 Loja Centro - Norte CEP: 64.002-470 Teresina - PI			
		Dr. Raul Ribem de Melo Neto Otorrinolaringologista TCC 12.994 CRM-PI 30.79									

SUMÁRIO DE ALTA



HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

Rua Dr. Otto Tito 1820 Redenção - Fone: 86 3229 4872

TERESINA-PI CEP: 64017-770 CNPJ: 05.522.917/0022-02

Prontuário:

395934

Internação:

157174

Nome: **MARCOS ANTONIO LIMA**

End. Resid.: R. SAO FRANCISCO, 4165 - SATELITE

Cidade: TERESINA - PI

CEP: 64000-010

Sexo:

Masculino

Nascimento:

17/04/1969

Idade:

46a:11m:26d

Estado Civil:

Casado(a)

Profissão:

PINTOR

Internação

Alta

Permanência

Data

13/03/2016

Hora

00:59

Data

Hora

Diagnósticos:

CID Principal:

CID Secundário:

CID Causa Morte:

Cod.CID:

SITUAÇÃO NA ADMISSÃO (condições clínicas + resultados de exames importantes):

EVOLUÇÃO E SITUAÇÃO NA ALTA:

MEDICAÇÕES:

CIRURGIA: Data: ____/____/____ Tipo: ____

PLANEJAMENTO PÓS ALTA OU MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:

Tipo de Alta: () Curado () Melhorado () Pedido () Evasão () Administrativa () Óbito () Transferência outro serviço () Outro motivo.

TRANSFERÊNCIA:

Vaga cedida por: ____

Transporte: ____

Nome: ____

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente
José Ferreira Neto
CRM-1558
CPF: 096.897.373-88

Ass. Médico Assistente/Auxiliar/Residente





INSTITUTO MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE URGÊNCIA DE TERESINA - HUT

PRESCRIÇÃO MÉDICA

TERESINENSE

NOME DO PACIENTE

Wander Antônio Lima

PRONTUÁRIO

CLÍNICA
Ortopédica

ENF. OU AP. LETO

CORREDOZ

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIOS

OBSERVAÇÕES

DATA/HORA
CÓDIGO

PRESCRIÇÃO MÉDICA

15/03/16

1 Dieta oral livre após efeito anestésico

2 SF 0,9% 1000 ml EV 14 gotas por minuto

3 PARACETAMOL 500 mg VO de 6 em 6h

4 Tilatil 20mg - 01 amp + AD EV 12/12h

CIRURGIA SUSPensa

MOTIVO:

Acabaram-se os LAPs (pontos cirúrgicos)

002147000
Médico(a) e enfermeiro(a)
Dr. Arthur Sampaio

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
25 JUL 2016
GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-170
Teresina-Pi

16/03/16 Teresina
010 MM

Dr. Ferreira Neto
CRM-1558
CPF: 06.887.373-0



GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE
SETOR DE ARQUIVO TÉCNICO



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

AGENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

Confere com o(a) original que
foi apresentado(a) e go. 10.
Em 27/07/18

Setor do Arquivo Técnico do HPMP

Luiz Henrique Vasconcelos Reis - 2º TEN PM
RGPM 105198193-2 / Matr. 14435-0
Chefe do Setor de Arquivo Técnico

NOME DO PACIENTE: Marcos Antonio Lima

NÚMERO DO PRONTUÁRIO: 74125

Obs: Não fornecemos 2ª via.

HPM - "Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde."

Piauí
GOVERNO DO
DESENVOLVIMENTO

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE - HPMP
Av. Higino Cunha, Nº 1642 - Bairro Ilhotas - Teresina-PI
CEP 64.014-220
Fones: (86) 3216-1520/3216 1528

Saúde
Secretaria de Estado



Polícia Militar do Piauí
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE



FOLHA DE INTERNAÇÃO

INTERNOU-SE NO HOSPITAL

SIM ☐ NÃO ☐

IDEM OUTROS HOSPITAIS

SIM ☐ NÃO ☐

CLÍNICA

Médico Assistente

Permanência

CLÍNICA

FICHA DE PRONTUÁRIO

16/03/2016

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA

Pront.: 94125

Nasc.: 17/04/1969 Sexo: M

Convênio: SUS - INTERNACAO

Atendimento: 90696

Enfermaria: POSTO I

ENF 118 L

Leito: 118

Pai: VALDEMAR VIANA LIMA

Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

RG: 1337357

Residência:

MAURO ALMEIDA

Nr.: 1540

Cep: 64060370

Bairro: PORTO DO CENTRO

Cidade: TERESINA

Telefone: 86 - 994716531

Histórico Clínico, Registro das Palavras do Doente e Todos os Achados de Exames a Que Foi Submetido.

Doente com trauma no ombro
⊙, representado do tipo *apertado*
brasil

DIAGNÓSTICO

Provisório:

Principal:

Procedimento:

Sintomas e Sinais Principais

Dor e edema

Causa Médica

Histo - Patológico:

RGPM 105198193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

TRATAMENTO

Tipo:

Terapêutica Médica

Operação

Eficácia:

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☒ Médico Cirurgico

Tratado
placo

- ☐ Nenhuma
☐ Médico
☐ Cirurgia
☐ Médico Cirurgico

DURAÇÃO

Data/Hora de Internação
16/03/2016 15:03:36

Data da Alta
19/03/2016

Data da Hospitalização

ALTA

Saída

Transferência

Óbito

- ☐ Curado
☐ Melhorado
☐ Inalterado
☐ A Pedido
☐ Internação p/ Diagnóstico
- ☐ Divisão Médica
☐ Por Indisciplina
☐ Evasão
☐ P. Ambulatório

- ☐ Fisiologia
☐ Psiquiatria
☐ Outros

- ☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas em estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas sem apresentar estado agônico ou pré-agônico
☐ Ocorrido nas primeiras 48 horas de internação

THE / /

Assinatura: *[Assinatura]*

"Humanizando e Cuidando Bem da Sua Saúde"

Av. Higino Cunha, 1642 - Fone: (86) 3216-1256 - Fax: (86) 3216-1520
CEP.: 64014-090 - Teresina - PI. CNPJ.: 07.444.159/0002-25 - CMC. 035.372-8

BOLETIM DE ENTRADA (BE)

Imp: 13/03/2016 18:24:51

(User: DR. ANTONIO NUNES)

(Estação: UPA-SALVADORES)

DADOS DO PACIENTE:

Nome: ANTONIO MARQUES LIMA		Prontuário: 31165	
Mãe: NAO INFORMADO	Pai:		
End.Resid.: RUA SANTO ANTONIO QUITERIO, S/N, - SATELITE - TERESINA - PI - CEP:			
Nascimento: 13/03/2016	Idade: 0a:0m:0d	Sexo: Masculino	Fone:
Responsável: O MESMO		CNS:	
Profissão:		Documento: RG: 1337779 - SSP/PI	
G. Instrução: Não informado		E.Civil: Ignorado	
End.Local.: - - -			

DADOS DO ATENDIMENTO:

Código: 48754	Entrada: 13/03/2016 16:48:23	Convênio: S U S
Motivo da Procura: ACIDENTE DE TRÂNSITO MOTOCICLISTA PARTICULAR		

DADOS DA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:

Sinal/Sintoma de Apresent:	Área Incidência:	Classificação:	Cor:
Intercorrência por Trauma	MMSSII	Fratura fechada sem desvio	Amarelo
Breve História Clas. Risco:			
Acidente de moto, piloto, alcoolizado, suspeita de fratura de clavícula.			
			FERNANDO MORAIS DE SOUZA COREN PI - 350074 Em: 13/03/2016 16:52:52

Ass.Profissional Clas. Risco:

SSVV:		(Hora: ____:____)	
Peso: 0,00 Kg	Altura: 0,00 M	IMC: 0,00 Kg/m2	Pulso: 0 bpm
Pressão: 0 mmHg			

DADOS CLÍNICOS:

PACIENTE COM HALITO ETILICO, VITIMA DE ACIDENTE MOTOCICLISTICO COM TRAUMA EM OMBRO ESQUERDO
AO EXAME DOR EM TOPOGRAFIA DE CLAVICULA ESQUERDA

Exame de Inicial:

CID:

EXAMES COMPLEMENTARES:

NO OMBRO ESQUERDO fratura de clavícula esquerda

PRESCRIÇÃO MEDICA:

tipolo
do but

MOTIVO DA ALTA/ENCERRAMENTO:

ENCAMINHADO PARA OUTRA UNIDADE

DATA: / /

HORA: :

Assinatura Paciente ou Responsável

ANTONIO NUNES MARTINS JUNIOR
CRM 3520 PI Em: 13/03/2016 18:24:49

Conte com o Original
Tramite me alim
200916



17.577.205/0015-327

UPA RENASCENÇA

Rua Rio Verde, nº 2610

Renascença III - CEP: 64.082-110

Teresina - PI



FMS

Fundação Municipal de Saúde



SERVIÇO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Da Unidade <i>UPA Renascença</i>	Para Unidade <i>ASPT</i>
Paciente <i>Adriana Maria - Lame</i>	Registro
MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO <i>Acidente de trânsito - lesão em membro superior direito</i>	
HD. <i>Dr. Antonio Nunes Martins Jr.</i>	
Data <i>10/03/16</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo <i>Dr. Antonio Nunes Martins Jr. Ortopedia e Traumatologia CRM PI 3520 TEO 11/05</i>

FICHA DE RETORNO

Da Unidade	Para: Renascença III - CEP: 64.082-110 Teresina - PI
DIAGNÓSTICO <i>Confere Com o Original</i>	
<i>Francisca Maria A. T. Lima</i> <div data-bbox="1148 1699 1483 2026" data-label="Image"> </div>	
Data <i>/ /</i>	Médico responsável pelo encaminhamento/carimbo

LAUDO PARA
BPA INDIVIDUALIZADOFUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE
TERESINA - PI

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE DA POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ

2 - CNES

2323451

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - DO PRONTUÁRIO

4 - NOME DO PACIENTE

Antonio Antonio Lima

5 - DATA DE NASCIMENTO

6 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7 - CPF DO PACIENTE

8 - NOME DA MÃE

9 - TELEFONE DE CONTATO

10 - NOME DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

13 - SEXO

Masc. ☐Fem. ☐

14 - RAÇA / COR

15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

16 - COD. IBGE MUNICÍPIO

17 - UF

18 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO (PRINCIPAL)

19 - CÓDIGO PROCEDIMENTO

20 - NOME DO PROCEDIMENTO

FISIOTERAPIA

21 - QTD

10

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Lesão de estiramento

23 - CID10 PRINCIPAL

M256

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

26 - OBSERVAÇÕES

Parte de lesão de estiramento do
ombro E, sendo em fisioterapia
e analgesia e gesso de imobilização

SOLICITAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

LEANDRO R LIMA

28 - DATA DA SOLICITAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

31 - Nº DOCUMENTO(CNS) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

167 786 998-41

29 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

Dr. Leandro Ponce Leal
Ortopedia e Traumatologia
CRM - 2608

AUTORIZAÇÃO

32 - CBO

33 - CNS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

34 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

35 - CBO ÓRGÃO EMISSOR

37 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

SPRYE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja G
Centro Norte CEP: 62.000-000
Fortaleza - CE

FORMULÁRIO DE TRANSFERÊNCIA

NOME DO HOSPITAL: H. P. M.
CONTATO FEITO COM: _____
CONFIRMADO A VAGA: SIM ☒ NÃO ☐

I - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Carlos Antonio Lima
IDADE: 46 ESTADO CIVIL: _____
ENDEREÇO: _____
RESPONSÁVEL: _____

I - TRANSFERÊNCIA

CLÍNICO ☐ CIRÚRGICO ☒
CONDIÇÕES CLÍNICA DO PACIENTE (LEGÍVEL E DETALHADO):
1. A. M. K. a. n. p. y
me
subo (F)
EXAMES REALIZADOS:
Mz subo (F)

RGPM 105198193-2 / Mal. 14455-9
C/da do Setor do Arquivo Técnico

DIAGNÓSTICO:
A. clorica (F) / 542-0
0408010/150

TRATAMENTO REALIZADO:
Imp

MOTIVO DA TRANSFERÊNCIA:
H. M. K.

DATA: 16/03/2016
Ass. e carimbo do médico
15

José Ferreira Neto
CRM-1558
CPF: 096.897.373-68

Ass. e carimbo do médico



**POLÍCIA MILITAR DO PIAUÍ
HOSPITAL DIRCEU ARCOVERDE**

"Humanizando e Cuidando Bem de Sua Saúde"

PEDIDO: 7637

PACIENTE: MARCOS ANTONIO LIMA

NOME DA MÃE: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

DATA DO NASCIMENTO: 17/04/1969

MÉDICO SOLICITANTE: CRM

DATA DA REALIZAÇÃO: 19/03/2016

DATA DO LAUDO: 23/03/2016

CONVÊNIO: SUS - INTERNACAO

RADIOGRAFIA DA CLAVÍCULA ESQUERDA EM AP

Controle pós-operatório.

Fratura na clavícula com fixação ortopédica.

Densificação de partes moles.

Sinais de fratura no 3°, 5° e 6° arcos costais.

[Assinatura]
RGPM 105138193-2 / Mat. 14455-9
Chefe do Setor do Arquivo Técnico

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018



GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

[Assinatura]
Nayra Virginia S. Costa
CRM-PI 3326

Dr.(a) NAYRA VIRGINIA DE SOUSA COSTA
CRM: 3326

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PIAUÍ
SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

Marcos Antonio Lima

ORIGINÁRIA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL
1.337.357

DATA DE
EXPIRAÇÃO 23. Jun. 92

NOME
MARCOS ANTONIO LIMA

PAIS
Brasil

VALDEMAR VIANA LIMA

FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA

PIRAQUARA-PI

17. Abril. 1969

DATA DE NASCIMENTO

RGSC: 14.302 114. A-60 fls 130-V Exp.

PIRAQUARA-PI 13.04.92

Valdemar Viana Lima

LE Nº 7.116 DE 28.03.93

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 455 Loja C
Centro-Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

 **MINISTÉRIO DA FAZENDA**
Receita Federal
CPF
CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Número de inscrição
053.593.823-33

Nome
MARCOS ANTONIO LIMA

Nascimento
17/04/1969



REAL SERCARD

Cartão de uso pessoal e intransferível
Deve ser apresentado junto com um documento de identidade

Emissão
MAI/2009



DEPARTAMENTOS DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

25 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S.A.
Rua Coelho de Resende, 465 Loja C
Centro - Norte CEP: 64.002-470
Teresina-PI

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180341965

Cidade: Teresina

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: MARCOS ANTONIO LIMA

Data do acidente: 13/03/2016

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 01/10/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.
FRATURA DE ARCOS COSTAIS A ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE - CLAVÍCULA), CONSERVADOR (ARCOS COSTAIS) E ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DO OMBRO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO OMBRO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um dos ombros	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: RICARDO DE OLIVEIRA BLANCO

CRM: 902330

UF do CRM: RJ

Assinatura:

RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada o nome do paciente está como **ANTONIO MARQUES LIMA**, porém o nome do paciente em questão é **MARCOS ANTONIO LIMA**. A troca do nome se deu devido o paciente está sem os documentos na hora do atendimento sendo colocado o nome do seu irmão que o acompanhava.

Dados do Paciente:

RG: 1.337.357 SSP-PI

CNS: 898003704890059

Teresina, 13 de março de 2016

G. Almeida
Gabriella de Almeida Leite
Assistente Social
CRESS 3282 - 22ª Região/PI

Assistente Social



RETIFICAÇÃO

No boletim de entrada 48754, onde se lê:

Nome: ANTONIO MARQUES LIMA

Mãe: NÃO INFORMADO

Pai:

End. Resid.: RUA SANTO ANTONIO QUITERIO, S/N – SATELITE – TERESINA-PI

Nascimento: 13/03/2016

Leia-se:

Nome: MARCOS ANTONIO LIMA

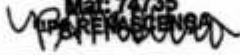
Mãe: FRANCISCA ALVES DA SILVA LIMA Pai: VALDEMAR VI ANA LIMA

**End. Resid.: RUA MAURO ALMEIDA, 1540 VILA FIRMINO FILHO BAIRRO
SATÉLITE - TERESINA-PI**

Nascimento: 17/04/1969



Teresina (PI), 21 de setembro de 2016

Paula de Araújo Moura
Aux. Administrativo
Mat: 74735


Auxiliar Administrativo

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Preencher com letras de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Marcos Antonio Lima
Nacionalidade: Brasileiro
Estado Civil: Casado
Identidade: 1.337.357
CPF: 053.593.823-33
Profissão: Pentel
Endereço: R. Mauro Almeida nº 3540
CEP: 64060-370
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565

OUTORGADO:

Nome: Nelle Roze Soares Marques
Nacionalidade: Brasileira
Estado Civil: Solteira
Identidade: 4.119.262
CPF: 840.173.173-91
Profissão: Recuso
Endereço: Rua 24 De Janeiro nº 544
CEP: 64000-235
Telefone: (86) 3303-4104 9534-6565



Pelo presente instrumento particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador o outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas consorciadas, a fim de encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer quaisquer documentos necessários junto as seguradoras consorciadas, incluindo receber informações sobre pericia médica e solicitar reagendamento, podendo substabelecer e praticar enfim, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento deste mandato a fim de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a vítima: Marcos Antonio Lima



Teresina - PI 23/07/2018

Local e data

Marcos Antonio Lima

Assinatura do OUTORGANTE

(Reconhecer firma por autenticidade/verdadeiro)



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0271601/18

Número do Sinistro: 3180341965

Vítima: MARCOS ANTONIO LIMA

CPF: 053.593.823-33

Seguradora: USEBENS SEGUROS S/A

Data do acidente: 13/03/2016

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARCOS ANTONIO LIMA

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: 25/09/2018
Nome: NELLE ROZE SOARES MARQUES
CPF: 840.173.173-91

NELLE ROZE SOARES MARQUES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/09/2018
Nome: Danielle Nobre de Sousa
CPF: 897.999.253-04

Danielle Nobre de Sousa