

BANCO DO BRASIL S.A.

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: Doc - Transferencia para conta em outro banco

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

BANCO: 001

AGÊNCIA: 1912

CONTA: 611000

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/04/2022

NUMERO DO DOCUMENTO:

PAG_8111670

VALOR TOTAL:

337,50

TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00045

CONTA: 000861211676

Número da Autenticação

FCFC57420F8607CB

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 06965006482 4 - Nome completo da vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA 6 - Nº do CPF: 06965006482
 7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA COSME VIANA 9 - Número: 773 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: APOGADOS 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50820580
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 8199281207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
 Bradesco (237) Itaú (341) Nome do BANCO: _____
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 AGÊNCIA: 0045 CONTA: 861211676 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
 25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
 28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (ou nascos)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

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

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____
 39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
 Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data: Recife, 16 de fevereiro de 2022
Bruna Carla Cabral da Silva

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 06963006482 4 - Nome completo da vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA
7 - Profissão: DOLAR
8 - Endereço: RUA COSME VIANA
9 - Número: 773
10 - Complemento: CASA
11 - Bairro: ATOGARDOS
12 - Cidade: RECIFE
13 - Estado: PE
14 - CEP: 50820580
15 - E-mail: SACASSessoria@GMAIL.COM
16 - Tel (DDD): 8178455391/9928925 07

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECLUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAI, CURADOR/TUTOR)
 CONTA POUPIANÇA (Somente para os bancos abaixo. Anote uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0045 CONTA: 867276765
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.
Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE
 Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorçado Separado judicialmente Viúvo
24 - Data do óbito da vítima:
25 - Grau de Parentesco com a vítima:
26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima teve filhos? Sim Não
29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:
30 - Vítima deixou nascituro(a) ou nascituro(a)? Sim Não
31 - Vítima teve irmãos? Sim Não
32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:
33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - Impressão digital da vítima ou representante legal
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)
38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Recife, 15 de março de 2022
Bruna Carla Cabral da Silva

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

ASSINATURA DO SEGURO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 007ª CIRCUNSCRIÇÃO - BOA VIAGEM - DP7ªCIRC
DIM/3ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. 20E0097004327

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia 29/04/2020 às 12:52

Complementa o BO Número: 20E0097004235

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia 23/4/2020 às 21:00

Fato ocorrido no endereço: **RUA ERNESTO DE PAULA SANTOS, 1, EM VIA PUBLICA** - Bairro: **BOA VIAGEM - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL** - CEP: 51021-330 - Ponto de Referência: **POSTO DE GASOLINA**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(a) envolvida(s) na ocorrência:

ROBSON DIOGENES SILVA NUNES (AUTOR \ AGENTE)
BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA (OUTRO)
THAIS GABRIELLE CABRAL (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): THAIS GABRIELLE CABRAL
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA
VEICULO: (Usado na geração da ocorrência) , que estava em posse do(a) Sr(a): ROBSON DIOGENES SILVA NUNES



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

THAIS GABRIELLE CABRAL (não presente ao plantão) - NIC: 105187 Sexo: **Feminino** Mãe: **MARIA DO CARMO DOS SANTOS MELO** Pai: **JURANDY CABRAL** Data de Nascimento: 5/5/1992 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 7357671/SDS/PE (RG), 10678135436 (CPF) Profissão: **OUTRAS**
PROFISSOES Telefones Celulares:
- 98532 4727(MAE)

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **OUTRO EXAME IML**

Endereço Residencial: **RUA COSME VIANA, 173 - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO /BRASIL**

ROBSON DIOGENES SILVA NUNES (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARIA LAURA DA SILVA** Pai: **GEORGE ARTUR PENHA NUNES** Data de Nascimento: 13/1/1993 Naturalidade: **RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: 7496957/SDS/PE (RG) Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO**
Profissão: **ESTUDANTE** Telefones Celulares:
- 996950129

Motivo da Viagem: **OUTROS**

Exame pericial: (solicitado por esta unidade operacional): **OUTRO EXAME IC**

Endereço Residencial: **RUA PRUDENTOPOLIS, 112, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: CORDEIRO - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL**

BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA (não presente ao plantão) - Sexo: Feminino Mãe: JOSINEIDE CABRAL DA SILVA Pai: GILSON LUIZ DA SILVA Data de Nascimento: 13/7/1988 Naturalidade: RECIFE / PERNAMBUCO / BRASIL Documentos: 1377800078/MT/PE (RG), 06963006482 (CPF) Estado Civil: DESCONHECIDO Escolaridade: DESCONHECIDO Profissão: OUTRAS PROFISSOES Motivo da Viagem: OUTROS Exame pericial (solicitado por esta unidade operacional): OUTRO EXAME IML Endereço Residencial: RUA COSME VIANA, 173, CASA - CEP: 55000-000 - Bairro: AFOGADOS - RECIFE/PERNAMBUCO/BRASIL

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

VEICULO (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **ROBSON DIOGENES SILVA NUNES**, que estava em posse do(a) Sr(a): **ROBSON DIOGENES SILVA NUNES**
 Categoria/Marca/Modelo: **AUTOMOVEL/GM/ONIX** Objeto apreendido: **Sim**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **1,0 (UNIDADE)** Valor Unitário: **0,00 (REAL)**
 Placa: **QYD1191** (PERNAMBUCO/SAO LOURENÇO DA MATA) Renavam: **121204064** Chassi: **9BGKS48U0KG486908**
 Ano Fabricação/Modelo: **2019/2020** Combustível: **ALCO/GASOL**
 Fabricação: **CHEVROLET/ONIX**

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **THAIS GABRIELLE CABRAL**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTOCICLETA/HONDA/NXR 160 BROS ESDD** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **PRETA** - Quantidade: **(UNIDADE)** Valor Unitário: **(REAL)** Valor Total: **(REAL)**
 Placa: **PCQ3293** (PERNAMBUCO/RECIFE) Renavam: **108104210** Chassi: **9C2KDO810GR431055**
 Ano Fabricação/Modelo: **2016/2016** Combustível: **ALCO/GASOL**

Complemento / Observação

ESTA EQUIPE DA DELEGACIA DE BOA VIAGEM, PRESIDIDA PELA AUTORIDADE POLICIAL ALESSANDRO BRICO, FOI ACIONADA PELO CIODS SOBRE UM ACIDENTE COM VÍTIMA FATAL OCORRIDO NO BAIRRO DE BOA VIAGEM. O IC ESTAVA NO LOCAL REALIZANDO A PERÍCIA. O AUTOR FOI CONDUZIDO ATÉ ESTA DELEGACIA E A AUTORIDADE POLICIAL DETERMINOU QUE FOSSEM TOMADAS AS MEDIDAS CABIVEIS. QUE NA DELEGACIA FOI INFORMADO PELA MÃE DA VÍTIMA QUE A VÍTIMA FATAL THAIS GABRIELLE CABRAL ESTAVA NA MOTOCICLETA COM A COMPANHEIRA DE NOME BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA.

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

ROBSON DIOGENES SILVA NUNES
(AUTOR \ AGENTE)

BU: registrado por: **RICHARD ROGGE COELHO DOS REIS - Matrícula: 220.923-3**
 (Liberado em **29/04/2020 às 13:43**)



10 FEV 2022
 TOU...
 N CIA REG...

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do Sinistro: **3220010840**

Nome do(a) Examinado(a): **BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA**

Endereço do(a) Examinado(a):

Rua Cosme Viana, 173 - Afogados - Recife - PE - CEP 50820-580

Identificação - Órgão Emissor / UF / Número: [**sds /PE**] **7233339**

Data e local do acidente: [**23/04/2020**] **RECIFE, PE**

Data e local do exame: [**31/03/2022**] **Recife** [**PE**]

Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

FRATURA DE ARCO COSTAL À DIREITA. CONTUSÃO DO JOELHO DIREITO.

II. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

VÍTIMA COM EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA, SEM SINAIS DE DISFUNÇÃO PULMONAR. VÍTIMA CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DÉFICIT COGNITIVO. JOELHO DIREITO REALIZA FLEXÃO A 110° GRAUS, EXTENSÃO A 140° GRAUS.

III. Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

[] Sim [] Não

IV. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

TRATAMENTO CONSERVADOR. REALIZADA FEZ FISIOTERAPIA. NÃO COMPROVA DATA DE ALTA MÉDICA.

V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

[] Sim [] Não

VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:

Limitação funcional do joelho direito

Caso a resposta do item V seja “Não”, concluir utilizando apenas as opções no item VII “a”. Caso a resposta seja “Sim”, valorar o dano permanente no item VII “b”.

VII. Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ____ dias

() "Sem sequela permanente" (Não

existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

Joelho direito

% do dano: (X) 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Sequela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve
() 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII. * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.




Leonardo de Faria Neves - CRM: 17742 - PE

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 06965006482 4 - Nome completo da vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FOLHA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 612/2021

5 - Nome completo: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA 6 - Nº do CPF: 06965006482
 7 - Profissão: DO LAR 8 - Endereço: RUA COSME VIANA 9 - Número: 773 10 - Complemento: CASA
 11 - Bairro: AFOGADOS 12 - Cidade: RECIFE 13 - Estado: PE 14 - CEP: 50820580
 15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 8199281207

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR DE 18 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
 18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: RECLUSO INFORMAR R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

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

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0045 CONTA: 861211676 5

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

Atenção! Campo de preenchimento obrigatório para vítima e/ou beneficiário menor de idade representado.

Na qualidade de representante legal, autorizo a coleta e o tratamento dos dados cadastrais e bancários do menor de idade, ora indicado, nos limites que forem necessários para o processamento do pedido do Seguro DPVAT e posterior indenização/reembolso do Seguro DPVAT, podendo compartilhar tais dados com terceiros com os quais tenha legitimidade, se necessário, para fins de análise e liquidação do pedido de indenização/reembolso do Seguro DPVAT.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (ou Civil) Divorciado Separado judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

30 - Vítima deixou nascituro (ou recém-nascido)? Sim Não

31 - Vítima teve irmãos? Sim Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____

33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo) _____

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: _____

Recife, 16 de fevereiro de 2022
Bruna Carla Cabral da Silva

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



PREFEITURA DO RECIFE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA



DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Nº DA	060.05.2021
DATA	24.05.2021

Atendendo ao requerimento da paciente Sra. **BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA**, portadora do Documento de Identidade nº **1377800078** MT/PE e inscrita no CPF/MF sob o nº **069.630.064-82**, declaramos que consta em nossos arquivos a ocorrência de nº **S -788764**, que no dia 23 de abril de 2020, foi atendida por nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Metropolitano de Recife, vítima de colisão em acidente de trânsito envolvendo automóvel com moto, por volta das 21h45, na Rua Ernesto de Paula Santos, na descida do Viaduto Tancredo Neves, imediações ao Posto BR, no bairro Boa Viagem, Recife/PE e, direcionada para o Real Hospital Português.
Recife, 24 de maio de 2021.

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano - Recife

Dr. Sérgio Parente Costa
Gerente de Informação e Avaliação
SAMU Metropolitano do Recife





cliniCardio

Saúde com qualidade



CARDIOLOGIA, CLÍNICO GERAL, PEDIATRA, GINECOLOGIA, DENTISTA, PSICOLOGIA
GERIATRA, VASCULAR, DERMATOLOGISTA, PSIQUIATRA, FISIOTERAPIA,
ATESTADO DE SAÚDE OCUPACIONAL

Baixa com by CABRQUE DA SILVA
fco

30 Sessões de FISIOTERAPIA
HD. Jaqueira & Funct. Ponto e
Tubo de Dado.

Dr. Pedro Marques
Dr. Pedro Marques
Ortopedia - Traumatologia
CRM 8594 - RQE 11324

Rua Estrada Velha de Água Fria, 1485 - Recife - PE
(Próximo a Policlínica Salomão Kelner)

(81) 3449.3950 GVT - 3449.5524 oi

COMPRES

10 FEV 2022

PROTÓCOLO
AGÊNCIA RUCIFE

RELATORIO DE FISIOTERAPIA

A paciente BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA, vitima de acidente de transito, com trauma em MID.

A mesma realizou avaliação fisioterapêutica, chegou apresentado dor, edema, fraqueza muscular e deficit de força equilibrio.


Objetivo principal do tratamento: Alivio do quadro algico, ganho de FM.

Diante de recursos eletroterapêuticos e físicos: TENS, ultrassom, Cinesioterapia (Alongamento para musculatura, exercícios ativos e resistidos, exercícios proprioceptivos).

Total de 30 sessões de fisioterapia motora.

Cabo de Santo Agostinho, 11 de maio de 2020

Atenciosamente,


Dra. Josedayse K. S. Jesus
Fisioterapeuta
CREF 168109-F
Josedayse K. S. Jesus





Paciente...: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA Data de Nascimento: 13/07/1988 (31a 10m 14d) Registro: 2012529

2ª VIA

Nome Social:
 Peso: Altura: Sup. Corporea:
 Atendimento: 1236548 Setor: EEMZ TERREO - REAL VIDA EMERGENCIA
 Unid. Int.: REAL VIDA EMERGENCIA Leito.: LEITO TRAUMA 01
 Dias de Internação.: 0 Dias(s) int
 Prestador.: FABIANO WLANDEMIR R DE A CAVALCANTE - CRM - PE 22981
 FUNÇÃO: MEDICO(A)

Rubrica do Responsável



Prestador.: MEDICO(A) - FABIANO WLANDEMIR R DE A CAVALCANTE - CRM - PE 22981
 FUNÇÃO: MEDICO(A)
 Prescrição.: 2652706 Data: 23/04/2020 22:58
 Convênio...: FUN BRADESCO

Classificação de Risco: URGENTE

Alergias: CETOPROFENO, DIPIRONA,
 CAFEINA, CETOROLACO DE
 TROMETAMOL, ORFENADRINA,
 CORANTES

PRESC - MÉDICA URGÊNCIA

EXAMES	Qtd	Unidade	SN	Apl	Frequência	Datas/Horários
6 TC CRANIO ; Exame: 489318 Justificativa: motociclista vítima de colisão com um veículo, perda de consciência breve, cefaleia e náuseas.	1					
7 TC COLUNA CERVICAL ; Exame: 489318 Justificativa: motociclista vítima de colisão com um veículo, perda de consciência breve, cefaleia e náuseas.	1					

FABIANO WLANDEMIR R DE A CAVALCANTE
 CRM - PE 22981



HIST. ENF. EMERG

Atendimento: 1236548

Idade: 31 Anos 10 Meses

Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Nome da Mãe: JOSINEIDE CABRAL DA SILVA

Sexo: Feminino

Data de Nascimento: 13/07/1988

Convênio: FUN BRADESCO

Tipo Sanguíneo:

Naturalidade: RECIFE

Estado Civil: SOLTEIRO

Sector: EEMZ TERREO - REAL VIDA

Responsável: NARA KELLY SANTOS DO NASCIMENTO

Profissão:

AVALIAÇÃO ALERGIA

ALERGIA

Sim; Qual: DIPIRONA, CETOPROFENO;

ALERGIA À LÁTEX

Não;

AVALIAÇÃO PELE E MUCOSAS

PELE E MUCOSAS

Hidratada;

AVALIAÇÃO QUEDA

RISCO DE QUEDA (DE ACORDO COM
RESULTADO DA ESCALA DE MORSE)

Alto Risco;

DOR (SAÍDA)

PONTUAÇÃO

4 a 6 - Dor Moderada;

ELIMINAÇÕES

DIURESE

Ausente;

INTESTINAIS

Ausente;

AVALIAÇÃO PROCEDIMENTOS

TIPO PROCEDIMENTO

Não se aplica;

NEBULIZAÇÃO

Não se aplica;

OXIGENOTERAPIA

Não se aplica;

LAVAGEM INTESTINAL

Não;

GINECO E OBSTETRÍCIA

PACIENTE COM PERFIL GINECOLÓGICO E/OU
OBSTÉTRICO?

Não;

OBSERVAÇÃO ENTREVISTA:

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU RECIFE VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO, CHEGA COM COLAR CERVICAL, PRANCHA. QUEIXANDO-SE DE DOR EM MID, ESCORIAÇÕES EM MMII/FACE, CHEGA COM EGREGULAR, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, CONSCIENTE, DESORIENTADA, ACIANOTICA, ANICTERICA, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, EUPNEICA, SEM DISTERMIAS, NORMOTENSA, COM AVP EM MSE. REALIZADO PARECER DA CIRURGIA GERAL, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA, ENCAMINHADA PARA RAIOS X, AGUARDA REALIZAR TC. AOS CUIDADOS DA EQUIPE. NEGA HAS/DM. ALERGICA A DIPIRONA, CETOPROFENO.



Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Nascimento: 13/07/1988

Idade: 31

Registro: 2012529

Conta:

Unidade:

Leito:

Atendimento: 01242776

Convênio: FUN BRADESCO

Data do atendimento: 30/04/2020

Data da Realização: 30/04/2020 13:49

Prestador: HUGO FREITAS DE ARAUJO - CRM - PE:15483

Criado em:



REAVLIAÇÃO/RESULTADO DE EXAMES

À RADIOGRAFIA: FRATURA COMPLEXA DE PRIMEIRO ARCO COSTAL
 CD.: TIPÓIA + ANALGESIA PARA CASA

Sinais vitais: PA : X: FC: Temp:

HGT : Sat O₂ : %

Peso : Altura :

Paciente questionado sobre sua expectativa de privacidade? Sim Não

CID: S202 - CONTUSAO DO TORAX

Dor: Sim Não

Intensidade: 1

Conduta:

TIPÓIA + ANALGESIA PARA CASA

PRESTADOR: HUGO FREITAS DE ARAUJO - CRM - PE : 15483 -



Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Nascimento: 13/07/1988

Idade: 31

Registro: 2012529

Conta:

Unidade: REAL VIDA EMERGENCIA

Leito: TRAUMA 1

Atendimento: 01236548

Convênio: FUN BRADESCO

Data do atendimento: 23/04/2020

Data da Realização: 23/04/2020 23:57

Prestador: NARA KELLY SANTOS DO NASCIMENTO - COREN:417816

Criado em: REAL VIDA EMERGENCIA

Procedimentos Executados Não se Aplica

RAIO X, TC

Precaução Não se Aplica

PADRÃO

Medicamentos em Uso Não se Aplica

KIT PUNCAO EMERGENCIA JELCO 20 + EQUIP + IV FIX 5X7.4CM
TORAGESIC INJ 30MG/ML AMP 1ML

Medicamentos de Uso Contínuo Não se Aplica

Prestador: NARA KELLY SANTOS DO NASCIMENTO - COREN : 417816 - ENF - PE



Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Nascimento: 13/07/1988

Idade: 31

Registro: 2012529

Conta:

Unidade: REAL VIDA EMERGENCIA

Leito: TRAUMA 1

Atendimento: 01236548

Convênio: FUN BRADESCO

Data do atendimento: 23/04/2020

Data da Realização: 23/04/2020 23:57

Prestador: NARA KELLY SANTOS DO NASCIMENTO - COREN:417816

Criado em: REAL VIDA EMERGENCIA

Transição de Cuidado / Resumo de Transferência Intra e Extra Hospitalar

Transferência Intra hospitalar Extra hospitalar

Setor Origem: REAL VIDA EMERGENCIA

Setor Destino: REAL IMAGEM

Responsável Pelo Transporte: AUX REMOÇÃO

Contato(Nome Completo): ESTELA MARIA DO NASCIMENTO SILVA

DRT 22624

Função: ENFERMEIRO(A)

Hora da Saída: 23:55

Motivo da Transferência

- Agravamento Quadro Clínico Realização de Exames Qual? TC CRANIO, FACE, CERVICAL, TORAX, ABDOMEM, COLUNA, TORAX, ABDOMEM
 Melhora do Quadro Clínico Indisponibilidades de Vagas
 Procedimentos Cirúrgicos Outros Qual?

SSVV

PA 110 x 73 FC 62 FR 19 T 36.5 °C SpO2 98

Isolamento:

Contato Gotícula Aerossol Imunodeprimido Não se Aplica

febre Sim Não Qual? DIPIRONA, CETOPROFENO

Dor: Sim Não Intensidade: Escala:

Paciente em:

- Droga Vasoativa Sedação Ventilação Mecânica Ventilação Não Invasiva
 Ar Ambiente Cateter O2

Acesso: Acesso venoso periférico CTI CVC Sem Acesso PICC

Diagnóstico V21 - MOTOCICLISTA TRAUM COLIS VEIC PEDAL

Condições Clínicas

PACIENTE TRAZIDA PELO SAMU RECIFE VITIMA DE COLISÃO CARRO/MOTO, CHEGA COM COLAR CERVICAL, PRANCHA. QUEIXANDO-SE DE DOR EM MID, ESCORIAÇÕES EM MMII/FACE, CHEGA COM EGREGULAR, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, CONSCIENTE, DESORIENTADA, ACIANOTICA, ANICTERICA, RESPIRAÇÃO ESPONTANEA, EUPNEICA, SEM DISTERMIAS, NORMOTENSA, COM AVP EM MSE. REALIZADO PARECER DA CIRURGIA GERAL, NEUROLOGIA, ORTOPEDIA, ENCAMINHADA PARA RAI0 X, AGUARDA REALIZAR TC. AOS CUIDADOS DA EQUIPE. NEGA HAS/DM, ALÉRGICA A DIPIRONA, CETOPROFENO.



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1236548 Prontuário: 2012529 Data do atendimento: 23/04/2020 22:38:00
Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA
Data de Nascimento: 13/07/1988 Idade: 31 anos e 9 meses
Convênio: FUN BRADESCO Plano: PLANO PE 02 -
Médico(a) Assistente / CRM: FABIANO WLANDEMIR R DE A CAVALCANTE / CRM - PE 22981
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 23/04/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: V21 - MOTOCICLISTA TRAUM COLIS VEIC PEDAL (CID - 10)

FABIANO WLANDEMIR R DE A CAVALCANTE
CRM - PE 22981 - NEUROLOGIA



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1236548 Prontuário: 2012529 Data do atendimento: 23/04/2020 22:38:00
Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA
Data de Nascimento: 13/07/1988 Idade: 31 anos e 9 meses
Convênio: FUN BRADESCO Plano: PLANO PE 02 -
Médico(a) Assistente / CRM: FABIANO WLANDEMIR R DE A CAVALCANTE / CRM - PE 22981
Função: MEDICO(A)
Prestador responsável pelo documento: FERNANDO AUGUSTO CARNEIRO A F DA SILVA -
CRM - PE: 10606
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 23/04/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S090 - TRAUMATISMO DOS VASOS SANGUINEOS DA CABECA NAO CLASSIFICADOS EM OUTRA PARTE (CID - 10)

TEMPO DE DOENÇA: 1 Hora(s)

STATUS: Hipótese

DIAGNÓSTICOS SECUNDÁRIOS: S202 - CONTUSAO DO TORAX (CID - 10)

FERNANDO AUGUSTO CARNEIRO A F DA SILVA
CRM - PE 10606 - CIRURGIA GERAL



DIAGNÓSTICO

Atendimento: 1238165 Prontuário: 2012529 Data do atendimento: 26/04/2020 08:40:00
Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA
Data de Nascimento: 13/07/1988 Idade: 31 anos e 9 meses
Convênio: FUN BRADESCO Plano: PLANO PE 02 -
Médico(a) Assistente / CRM: THIAGO SOUZA E SILVA / CRM - PE 20326
Função: MEDICO(A)

DATA DIAGNÓSTICO: 26/04/2020

DIAGNÓSTICO PRIMÁRIO: S223 - FRATURA DE COSTELA (CID - 10)

THIAGO SOUZA E SILVA
CRM - PE 20326 - CIRURGIA DO APARELHO DIGESTIVO



Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Nascimento: 13/07/1988

Idade: 31

Registro: 2012529

Conta:

Unidade: REAL VIDA EMERGENCIA

Leito: POLTR 05

Atendimento: 01264999

Convênio: FUN BRADESCO

Data do atendimento: 23/05/2020

Data da Realização: 23/05/2020 16:09

Prestador: LUIZ FERNANDO CARDOSO DE MORAES - CRM - PE:13773

Criado em: REAL VIDA EMERGENCIA



ATESTADO MÉDICO

Atesto, para os devidos fins que o paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

foi atendido por mim e orientado a permanecer em repouso por um período de: 10 (Dez) dias a contar desta data.

CID 10: S800 - CONTUSAO DO JOELHO

LUIZ FERNANDO CARDOSO DE MORAES: CRM - PE - 13773

Assinatura do Médico

Eu, BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

autorizo divulgação de meu diagnóstico por escrito ou na forma de código (CID-10) pelo médico acima assinado.

Recife, 23/05/2020

Assinatura do paciente

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 23/05/2020 16:12:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA
RG: 1377800078 PESO:
IDADE: 31 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:

Data de Nascimento: 13/07/1988

PRESTADOR ASSISTENTE: LUIZ FERNANDO CARDOSO DE MORAES

DATA DE ATENDIMENTO: 23/05/2020 14:22:04 ATENDIMENTO: 1264999 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -2 Hora(s)

CONVÊNIO: FUN BRADESCO

PLANO: PLANO PE 02 - ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S800 - CONTUSAO DO JOELHO

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S800 - CONTUSAO DO JOELHO

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S800 - CONTUSAO DO JOELHO

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO
23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO
23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO
23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO
23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MEDICA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

LUIZ FERNANDO CARDOSO DE MORAES

CRM - PE-13773

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/04/2020 15:07:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA RG: 1377800078 PESO:
IDADE: 31 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:
Data de Nascimento: 13/07/1988
PRESTADOR ASSISTENTE: FERNANDO ANTONIO DE SOUZA CARVALHO
DATA DE ATENDIMENTO: 30/04/2020 12:37:31 ATENDIMENTO: 1242776 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -3 Hora(s)
CONVÊNIO: FUN BRADESCO PLANO: PLANO PE 02 - ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S202 - CONTUSAO DO TORAX
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):
DIAGNÓSTICO INICIAL: S202 - CONTUSAO DO TORAX
DIAGNÓSTICO DE ALTA: S202 - CONTUSAO DO TORAX

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

30-04-2020 RX TORAX 2 INCIDENCIAS

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:



HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM - PE-15483

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 30/04/2020 15:07:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA RG: 1377800078 PESO:
IDADE: 31 Anos SEXO: FEMININO ALTURA:
Data de Nascimento: 13/07/1988
PRESTADOR ASSISTENTE: FERNANDO ANTONIO DE SOUZA CARVALHO
DATA DE ATENDIMENTO: 30/04/2020 12:37:31 ATENDIMENTO: 1242778 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -3 Hora(s)
CONVÊNIO: FUN BRADESCO PLANO: PLANO PE 02 - ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S202 - CONTUSAO DO TORAX
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):
DIAGNÓSTICO INICIAL: S202 - CONTUSAO DO TORAX
DIAGNÓSTICO DE ALTA: S202 - CONTUSAO DO TORAX

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

30-04-2020 RX TORAX 2 INCIDENCIAS

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA APOS CONSULTA

PROCEDIMENTO DE ALTA:

HUGO FREITAS DE ARAUJO
CRM - PE-15483

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA * 23/05/2020 16:12:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA
IDADE: 31 Anos
Data de Nascimento: 13/07/1988
RG: 1377800078
SEXO: FEMININO
PESO:
ALTURA:
PRESTADOR ASSISTENTE: LUIZ FERNANDO CARDOSO DE MORAES
DATA DE ATENDIMENTO: 23/05/2020 14:22:04 ATENDIMENTO: 1264999 TEMPO DE PERMANÊNCIA: -2 Hora(s)
CONVÊNIO: FUN BRADESCO PLANO: PLANO PE 02 - ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):
DIAGNÓSTICO INICIAL: S800 - CONTUSAO DO JOELHO
DIAGNÓSTICO DE ALTA: S800 - CONTUSAO DO JOELHO

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO
23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO
23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO
23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO
23-05-2020 RX JOELHO ESQUERDO

CONDUTA DE ALTA:

MOTIVO DA ALTA: ALTA MEDICA
PROCEDIMENTO DE ALTA:

LUIZ FERNANDO CARDOSO DE MORAES
CRM - PE-13773



Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Nascimento: 13/07/1988

Idade: 32

Registro: 2012529

Conta:



Unidade: REAL VIDA EMERGENCIA

Leito: BOX 18

Atendimento: 01236548

Convênio: NAO USAR FUN BRADESCO Data do atendimento: 23/04/2020

Data da Realização: 24/04/2020 02:32

Prestador: FERNANDO AUGUSTO CARNEIRO A F DA SILVA - CRM - PE:10606

Criado em: REAL VIDA EMERGENCIA

REAVALIAÇÃO/RESULTADO DE EXAMES

OMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOME E PELVE

TÉCNICA DE EXAME:

Exame realizado em tomógrafo multislice sem a administração venosa de contraste iodado, com posteriores reformatações multiplanares.

ANÁLISE:

Fígado de dimensões e contornos normais, sem evidência de lesões focais ou difusas.

Ausência de dilatação das vias biliares.

Vesícula biliar normodistendida, sem alterações ao método.

Baço, pâncreas e adrenais de aspecto habitual.

Rins de topografia e dimensões normais, apresentando boa espessura do parênquima.

Microcálculos não obstrutivos medindo até 0,2 cm esparsos bilateralmente.

Ausência de dilatação dos sistemas pielocalicianos.

Não há evidências de linfonodomegalias retroperitoneais

Dr(a). VICTOR ROCHA DE BRITO LIRA

Dr(a). VICTOR ROCHA DE BRITO LIRA

CRM - 24200 24200

Bexiga com boa distensão, de paredes finas, sem falhas de enchimento.

Alças intestinais de calibre e distribuição normais.

Apêndice cecal normal.

Ausência de processos expansivos sólidos de topografia útero/anexial.

Ausência de líquido livre na cavidade abdominopélvica

Sinais vitais: PA : X: FC: Temp:

HGT : Sat O₂ : %

Peso : Altura :

Paciente questionado sobre sua expectativa de privacidade? Sim Não

CID: S82 - FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

Dor: Sim Não

Intensidade: 3

Conduta:

alta cirurgia geral+ao neuro e traumato

PRESTADOR: FERNANDO AUGUSTO CARNEIRO A F DA SILVA - CRM - PE : 10606 -

Registro do Paciente:	2012529	Pág.: 1 / 1
Nome do Paciente...:	BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA	
Médico Solicitante...:	FABIANO WLANDEMIR R DE A CAVALCANTE	Data da Realização 23/04/2020
Convênio.....:	FUN BRADESCO	Data do Laudo 24/04/2020
Número do Pedido...:	489318	

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL

TÉCNICA DE EXAME:

Exame realizado em tomógrafo multislice sem a administração venosa de contraste iodado, com posteriores reformatações multiplanares.

ANÁLISE:

Corpos vertebrais alinhados, de altura preservada.

Pedículos íntegros.

Articulações interapofisárias e uncovertebrais sem alterações.

Espaços discais de altura preservados.

Ausência de protrusões discais evidenciáveis ao método.

Canal raquiano e forames neurais sem estenoses significativas.

Musculatura paravertebral compatível com a faixa etária.

OBS: fratura do primeiro arco costal à direita.



Dr(a). VICTOR ROCHA DE BRITO LIRA
Dr(a). VICTOR ROCHA DE BRITO LIRA
CRM - 24200

24200

Registro do Paciente:	2012529	Pág.: 1 / 1
Nome do Paciente...:	BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA	
Médico Solicitante...:	FERNANDO AUGUSTO CARNEIRO A F DA SILVA	Data da Realização 23/04/2020
Convênio.....:	FUN BRADESCO	Data do Laudo 24/04/2020
Número do Pedido...:	489314	

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX

TÉCNICA DE EXAME:

Exame realizado em tomógrafo multislice sem a administração venosa de contraste iodado, com posteriores reformatações multiplanares.

ANÁLISE:

Parênquima pulmonar com coeficiente de atenuação dentro da normalidade.

Ausência de derrame pleural.

Traqueia e brônquios-fonte anatômicos.

Ausência de linfonodomegalias mediastinais.

Dimensões cardíacas normais.

Aorta de calibre normal.

Fratura do primeiro arco costal à direita. Ausência de fraturas no restante da estrutura óssea.



Dr. Victor R. de Brito Lira
CREMEPE 24200

Dr. Victor R. de Brito Lira
CREMEPE 24200

Dr(a). VICTOR ROCHA DE BRITO LIRA
Dr(a). VICTOR ROCHA DE BRITO LIRA
CRM - 24200

24200



Paciente: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Nascimento: 13/07/1988

Idade: 32

Registro: 2012529

Conta:

Unidade: REAL VIDA EMERGENCIA

Leito: BOX 18

Atendimento: 01236548

Convênio: NAO USAR FUN BRADESCO Data do atendimento: 23/04/2020

Data da Realização: 23/04/2020 23:12

Prestador: RAPHAEL BURLAMAQUI DE QUEIROZ - CRM - PE:21344

Criado em: REAL VIDA EMERGENCIA



EMERGÊNCIA GERAL

Queixa principal/História da doença Atual:

Colisão moto-carro há cerca de 1 hora, conduzia moto, relata uso de capacete

Não se recorda do acidente

Refere dor no ombro D, joelho E, perna D

Alergia Dipirona

Antecedentes pessoais:

HAS:	ICC:	Tabagismo:
Sedentarismo:	Avc:	Asma:
Obesidade:	IRC:	DM tipo 2:
Dislipidemia:	DAC:	Outros:

Exame físico:

EGReg, consciente, algo desorientada

Bacia fechada

Processos espinhosos dolorosos em altura de L3/L4

Neurológico preservado

MSD: Dor à palpação proximal do úmero, demais proeminências ósseas indolores

Dor à RE do ombro, ADM do cotovelo, punho e QDs normais

MSE: Proeminências ósseas indolores à palpação

Mobilização indolor, ADM normal

MID: Dor à palpação da tíbia e tornozelo, presença de hematoma e escoriações no tornozelo e pé

Dor à mobilização do joelho e tornozelo, RI do quadril indolor

MIE: Dor à palpação da patela, presença de escoriações no pé

Dor à mobilização do joelho, RI do quadril indolor

Neurovascular preservado

Dor: Sim Não

Intensidade:

COVID-19 Confirmado Suspeito Não Se Aplica

Data do Início dos Sintomas

CID: S82 - FRAT DA PERNA INCL TORNOZELO

Conduta

RX trauma + TC lombar, TC cervical solicitado pela neurologia

Aguardo resultados

Paciente necessita de acompanhamento : Psicologico: Sim NãoAssistente social: Sim Não

PRESTADOR: RAPHAEL BURLAMAQUI DE QUEIROZ - CRM - PE : 21344 -



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
 MINISTÉRIO DA INFRAESTRUTURA
 DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO
 CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO



PE

NOME

BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

DOC. IDENTIDADE/ORG EMISSOR/UF

1377800078 MT PE

CPF

069.630.064-82

DATA NASCIMENTO

13/07/1988

FILIAÇÃO

GILSON LUIZ DA SILVA

JOSINEIDE CABRAL DA SILVA

PERMISSÃO



ACC



CAT. HAB.

AB

Nº REGISTRO

06281956530

VALIDADE

11/11/2024

1ª HABILITAÇÃO

16/01/2015

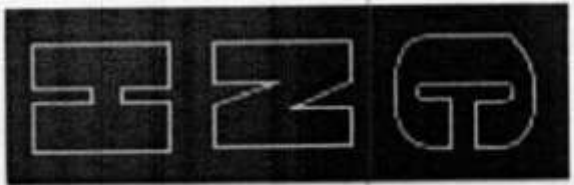
VÁLIDA EM TODO
 O TERRITÓRIO NACIONAL

1933219503



10 FEV 2022

PROTOCOLO
 AGENCIA REGISTRO



1933219503

OBSERVAÇÕES
EAR

Empty box for observations and EAR (Electronic Receipt Authentication)

Brum Gontê Gabriel da Silva

ASSINATURA DO PORTADOR

LOCAL
RECIFE, PE

DATA EMISSÃO
14/11/2019

ASSINADO DIGITALMENTE
DEPARTAMENTO ESTADUAL DE TRÂNSITO

65985659552
PE095713611

PERNAMBUCO

DENATRAN

CONTRAN

COMPROVANTE
10 FEV 2020
PROTOCOLO
AGENCIA RECIFE

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220010840

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Data do acidente: 23/04/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DE ARCO COSTAL À DIREITA. CONTUSÃO DO JOELHO DIREITO.

Descrição do exame físico: VÍTIMA COM EXPANSIBILIDADE TORÁCICA PRESERVADA, SEM SINAIS DE DISFUNÇÃO PULMONAR. VÍTIMA CONSCIENTE E ORIENTADA AO EXAME, SEM DÉFICIT COGNITIVO. JOELHO DIREITO REALIZA FLEXÃO A 110° GRAUS, EXTENSÃO A 140° GRAUS.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. REALIZADA FEZ FISIOTERAPIA. NÃO COMPROVA DATA DE ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: Limitação funcional do joelho direito

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 31/03/2022

Conduta mantida:

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 joelho	25 %	Em grau residual - 10 %	2,5%	R\$ 337,50
Total			2,5 %	R\$ 337,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006493/22

Vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

CPF: 069.630.064-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

Titular do CPF: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA : 069.630.064-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/02/2022
Nome: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA
CPF: 069.630.064-82

BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/02/2022
Nome: Manuella Trindade Pessoa de Araujo
CPF: 064.485.714-50

Manuella Trindade Pessoa de Araujo

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220010840

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Data do acidente: 23/04/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL NA REGIÃO PARIETAL DIREITA.
FRATURA DE 1º ARCO COSTAL À DIREITA. P 22/27
FRATURA DE PERNA E TORNOZELO. P 26

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações:

P 2/3.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0006493/22

Número do Sinistro: 3220010840

Vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

CPF: 069.630.064-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/04/2020

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Declaração de Inexistência de IML

BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA : 069.630.064-82

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 21/03/2022
Nome: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA
CPF: 069.630.064-82

BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/03/2022
Nome: Rebeka Vitória Ursulino da Silva
CPF: 137.332.474-00

Rebeka Vitória Ursulino da Silva

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3220010840

Cidade: Recife

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Data do acidente: 23/04/2020

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 22/02/2022

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO COM HEMATOMA SUBGALEAL NA REGIÃO PARIETAL DIREITA.
FRATURA DE 1º ARCO COSTAL À DIREITA. P 22/27
FRATURA DE PERNA E TORNOZELO. P 26

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR. ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: &

P 2/3.

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um tornozelo	25 %	Em grau leve - 25 %	6,25%	R\$ 843,75
Total			6,25 %	R\$ 843,75

Rio de Janeiro, 23 de Março de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220010840

Vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Abril de 2022

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3220010840

Vítima: BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

Data do Acidente: 23/04/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 337,50

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

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 25%) 2,50%

Valor a indenizar: 2,50% x 13.500,00 =

R\$ 337,50

Recebedor: **BRUNA CARLA CABRAL DA SILVA**

Valor: **R\$ 337,50**

Banco: **104**

Agência: **000000045**

Conta: **000861211676-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

