

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464723 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA **Data do acidente:** 13/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 14/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P5 P8)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

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

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464723 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA **Data do acidente:** 13/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 15/10/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P5 P8)

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

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

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190464723 **Cidade:** Gravatá **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA **Data do acidente:** 13/01/2018 **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 08/08/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE CLAVÍCULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (PLACA E PARAFUSOS)E ALTA MÉDICA. (P1)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Não definido

Documento/Motivo: Documentação Médico Hospitalar

Nome do documento faltante: FOLHAS DO CENTRO CIRÚRGICO

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

PROCURAÇÃO PARTICULAR

OUTORGANTE: DATA DO ACIDENTE 13/01/2018 sinistro: INVALIDEZ PERMANENTE

NOME: IVANILDO SILVA DE LIMA

RG: 5.526.334 SDS /PE

CPF: 086.053.464-26

Estado Civil: *solteiro*

Profissão: AGRICULTOR

Endereço: RUA: COM MERITO PITA

N: 100

Bairro: MANDACARU

GRAVATA / PE CEP: 55.642-155, neste ato tendo assinado a rogo,

RG:

CPF:

Endereço:

N:

cep:

OUTORGADO:

Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Nacionalidade: BRASILEIRO

Profissão: ANALISTA DE SEGUROS

Est. Civil: DIVORCIADO

Identidade: 4.339.162 SSD/PE

CPF: 847.705.894-68

Endereço: RUA RIVALDO BALTAR N 56, BAIRRO PRADO, CEP 55.642-155

Pelo Presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante A SEGURADORA LÍDER DOS CONSORCIOS, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, subestabelecer esta, dar quitação e praticar enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato, da vitima

OBS: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações prestadas e documentos Apresentados e disponibilizados ao outorgado.



Ivanildo Silva de Lima

OUTORGANTE

A Rogo:

Testemunhas:

06 ABO. 2019

Gen.

Av. Rui Barbosa

Gravata / PE

GRAVATA/PE, 31, julho, 2019.

Local e Data

Reconhecer Firma Por Autenticidade.



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266867/19

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

CPF: 086.053.464-26

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 13/01/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDO SILVA DE LIMA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL : 847.705.894-68

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

IVANILDO SILVA DE LIMA : 086.053.464-26

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

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: 06/08/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/08/2019
Nome: JULIANA BEZERRA DE LUNA
CPF: 114.202.964-69

JULIANA BEZERRA DE LUNA

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0266867/19

Número do Sinistro: 3190464723

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

Data do acidente: 13/01/2018

CPF: 086.053.464-26

CPF de: Próprio

Titular do CPF: IVANILDO SILVA DE LIMA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

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: 10/10/2019
Nome: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL
CPF: 847.705.894-68

GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/10/2019
Nome: Isabelly Antonia dos Santos Ursulino
CPF: 106.719.384-79

Isabelly Antonia dos Santos Ursulino

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464723

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 13/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), IVANILDO SILVA DE LIMA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 25 de Outubro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190464723

Vítima: IVANILDO SILVA DE LIMA

Data do Acidente: 13/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GLEYBSON SANTANA DO AMARAL

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), IVANILDO SILVA DE LIMA

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

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

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um dos ombros
25%

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **IVANILDO SILVA DE LIMA**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000000943**

Conta: **0000056458-2**

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.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 08605346426 4 - Nome completo da vítima: Vanilda Silva de Lima

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

5 - Nome completo: Vanilda Silva de Lima 6 - CPF: 08605346426
7 - Profissão: Receita 8 - Endereço: R. Commericita Rita 9 - Número: 100 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Gravata 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 8199928-5097

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: 0943 CONTA: 56458 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vivo nascer)? ☐ 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 beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

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

40 - Local e Data, Gravata, 31/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Vanilda Silva de Lima

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Gláucia Santos da Silva



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL DE PERNAMBUCO
DELEGACIA DE POLÍCIA DA 062ª CIRCUNSCRIÇÃO - GRAVATÁ - DP62ªCIRC
DINTER1/12ªDESEC

BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº. **19E0152002819**

539369

0266867/19

Ocorrência registrada nesta unidade policial no dia **03/07/2019** às **10:49**

ACIDENTE DE TRÂNSITO COM VÍTIMA NÃO FATAL - Culposos (Consumado) que aconteceu no dia **13/1/2018** às **18:00**

Fato ocorrido no endereço: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, ESTRADA DE MANDACARU** - Bairro: **ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL** - Ponto de Referência: **CAPELA DE FREI DAMIÃO**
Local do Fato: **VIA PUBLICA**

Pessoa(s) envolvida(s) na ocorrência:

NÃO SE APLICA (AUTOR / AGENTE)
VALDIR BEZERRA DA SILVA (OUTRO)
IVANILDO SILVA DE LIMMA (VITIMA)

Objeto(s) envolvido(s) na ocorrência:

VEICULO: (Usado na geração da ocorrência), que estava em posse do(a) Sr(a): **IVANILDO SILVA DE LIMMA**



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

IVANILDO SILVA DE LIMMA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA** Pai: **JOSÉ INALDO DE LIMA** Data de Nascimento: **22/11/1975** Naturalidade: **DUQUE DE CAXIAS / RIO DE JANEIRO / BRASIL** Documentos: **5526334/SSP/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81971002275**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 100, RUA CON AMERICO PITASÍTIO MANDACARU - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

NÃO SE APLICA (não presente ao plantão) - Sexo: **Desconhecido** Naturalidade: **NÃO INFORMADO / PERNAMBUCO / BRASIL** Estado Civil: **DESCONHECIDO** Escolaridade: **DESCONHECIDO**

VALDIR BEZERRA DA SILVA (presente ao plantão) - Sexo: **Masculino** Mãe: **MARGARIDA ALZIRA DE ASSUMÇÃO SILVA** Pai: **NELSON BEZERRA DA SILVA** Data de Nascimento: **12/2/1982** Naturalidade: **GRAVATA / PERNAMBUCO / BRASIL** Documentos: **6546753/SDS/PE (RG)** Estado Civil: **SOLTEIRO(A)** Escolaridade: **1º. GRAU INCOMPLETO** Profissão: **AGRICULTOR(A)** Telefones Celulares: **- 81973163014**

Endereço Residencial: **MUNICIPIO DE GRAVATA, 1, RUA SÃO PAULO, SÍTIO MANDACARU, - CEP: 0 - Bairro: ZONA RURAL - GRAVATA/PERNAMBUCO/BRASIL**

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

MOTOCICLETA (VEICULO) de propriedade do(a) Sr(a): **VALDIR BEZERRA DA SILVA**, que estava em posse do(a) Sr(a): **IVANILDO SILVA DE LIMMA**
 Categoria/Marca/Modelo: **MOTONETA/HONDA/BIZ 125** Objeto apreendido: **Não**
 Cor: **VERMELHA** - Quantidade: **(UNIDADE NÃO INFORMADA)**

Placa: **KHR5419** (PERNAMBUCO/GRAVATA)
 Ano Fabricação/Modelo: **2009/2009**

Complemento / Observação

COMPARECEU A ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA, O SENHOR IVANILDO SILVA DE LIMA INFORMANDO QUE; ESTAVA CONDUZINDO O VEÍCULO EM QUESTÃO NO ENDEREÇO SUPRACITADO E QUANDO FOI REALIZAR UMA ULTRAPASSAGEM, PERDEU O CONTROLE DESTA E CAIU NO MEIO DA VIA, LESIONANDO-SE. INFORMA TAMBÉM QUE FOI SOCORRIDO POR UMA EQUIPE DO SAMU PARA O HOSPITAL LOCAL DO MUNICÍPIO DE GRAVATÁ/PE, LOCAL ONDE RECEBEU CUIDADOS MÉDICOS, PORÉM DEVIDO A GRAVIDADE DOS FERIMENTOS, FOI TRANSFERIDO PARA O HOSPITAL REGIONAL DE CARUARU E APÓS PARA O HOSPITAL JESUS PEQUENINO NO MUNICÍPIO DE BEZERROS/PE.

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

Ivanildo Silva de Lima

IVANILDO SILVA DE LIMMA
 (VITIMA)

Valdir Bezerra da Silva
VALDIR BEZERRA DA SILVA
 (OUTRO)

B.O. registrado por: *C de 2* **CLÉCIO DE OLIVEIRA COSTA** - Matrícula: **350865-0**



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - 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: 08605346426 4 - Nome completo da vítima: Vanilda Silva de Lima

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

5 - Nome completo: Vanilda Silva de Lima 6 - CPF: 08605346426
7 - Profissão: Receita 8 - Endereço: R. Commericita Rita 9 - Número: 100 10 - Complemento: _____
11 - Bairro: Zona Rural 12 - Cidade: Gravatá 13 - Estado: PE 14 - CEP: 55640-000
15 - E-mail: _____ 16 - Tel.(DDD): 8199928-5097

DADOS CADASTRAIS

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

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

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ 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)

AGÊNCIA: 0943 CONTA: 56458 2 AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (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.

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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ 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.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, 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 (vivo nascer)? ☐ 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 beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido
38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Gravatá, 31/07/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) Vanilda Silva de Lima
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____
43 - Assinatura do Procurador (se houver) _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE GRAVATA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
HOSPITAL DR PAULO DA VEIGA PESSOA
FICHA DE PRONTO ATENDIMENTO

SUS



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nº DO REGISTRO DO HOSPITAL: 269651

PACIENTE: IVANILDO SILVA DE LIMA

GENITORA: TEREZINHA PEDRO SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 22/11/1975

IDADE: 42

ENDEREÇO: MANDACARU

BAIRRO: ZONA RURAL

PONTO DE REFERÊNCIA:

DATA: 13/01/2018

HORA DA CHEGADA AO HOSPITAL: 14:47

CNS: 898004028813931

TELEFONE: (81) 9114-0098

SEXO: Masculino

COR: Sem informação

Nº: S/N

CIDADE: GRAVATA

UF: PE

CEP: 55640-000

ACOMPANHANTE: MÃE TEREZINHA

HDA

Tramite por fratura de
Mão.

HRA (carnê)

5340719

Tramite - ORTOPEDIA

EXAME FÍSICO

Bom estado geral

26 ABO. 2018

Atendimento 100% 7 dias/15 dias
Fratura da clavícula ESQ.

SOLICITO IMOBILIZAÇÃO
COM O PUNTO DE ORTOPEDIA

Dr. Manoel Manoel da Cunha
Médico
CRM: 24494/06

EXAMES SOLICITADOS

Rx do tórax A.P. e Lateral ESQ.

HD

(1) Tramite por fratura de Mão
(2) Radiografia de Mão

CID

MÉDICO COM CARIMBO E ASSINATURA

Dr. Manoel Manoel da Cunha
Médico
CRM-PE: 24494

PRESCRIÇÃO, PROCEDIMENTOS - EVOLUÇÃO MEDICA E ENFERMAGEM

SINAIS VITAIS

TEMP.		HGT	140	P.A.	
F.C.	125	F.R.			90



CRM-PB 24.817
MARCIO
D. EDUARDO RIBEIRO
CRM-PB 55061715
LUIZ FELIPE LIRA
RGE ENF. T. 100

LUIZ FELIPE LIRA
RGE ENF. T. 100
CRM-PB 55061715

LUIZ FELIPE LIRA
RGE ENF. T. 100
CRM-PB 55061715

ALTA

HORA:

DATA

CURADO ☐

MELHORADO ☐

A PEDIDO ☐

TRANSFERIDO ☐

ADMINISTRATIVO ☐

ÓBITO ☐

MÉDICO RESPONSÁVEL / ASSINATURA / CARIMBO

FATURAMENTO / PROCEDIMENTO SUS



REGISTRO DE VÍTIMAS DE ACIDENTES DE TRANSPORTE TERRESTRE

DADOS DA NOTIFICAÇÃO	
Município de Notificação	Gravatá - PE
Unidade Sentinela	Hospital Geral de Gravatá Dr. Paulo da V
CNES	2435802
Vítima Nº	
Data do atendimento	13/01/2018 às 2000-01-01 14:47:00 -0200
Número de Registro/Prontuário	000001970
DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA VÍTIMA	
Nome IVANILDO SILVA DE LIMA	
Sexo	☒ 1 Masculino ☐ 2 Feminino ☐ 9 Ignorado
Data de nascimento	22/11/1975 ☐ 9 Ignorado
Idade	42 ☐ 9 Ignorado
Ocupação	☐ 9 Ignorado
Município de residência	Gravatá - PE
Código IBGE	260640
Raça/cor	☐ 1 Branca ☐ 2 Preta ☐ 3 Amarela ☐ 4 Parda ☐ 5 Indígena ☒ 9 Ignorada
DADOS DO ACIDENTE	
Município onde ocorreu o acidente	
Zona de ocorrência ☐ 1 Urbana ☐ 2 Rural ☐ 9 Ignorada	
Endereço do acidente	
Data do acidente	
Hora do acidente	
Dia da semana do acidente	Tipo de Vítima
☐ 1 DOM ☐ 2 SEG ☐ 3 TER ☐ 4 QUA ☐ 5 QUI ☐ 6 SEX ☐ 7 SAB	☐ 1 Condutor ☐ 2 Pedestre ☐ 3 Passageiro conduzido adequadamente ☐ 4 Passageiro conduzido inadequadamente ☐ 9 Ignorado
Meio de locomoção da vítima no momento do acidente	
☐ 1 Apê ☐ 2 Automóvel ☐ 3 Motocicleta ☐ 4 Bicicleta ☐ 5 Coletivo ☐ 6 Veículo Puxado ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Outro	
Acidente relacionado ao trabalho?	Tipo de acidente
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Colisão/abalroamento ☐ 9 Ignorado ☐ 2 Aterrissagem ☐ 3 Amontanhamento/entulhamento ☐ 4 Queda
Outra parte envolvida no acidente	
☐ 1 Automóvel ☐ 2 Motocicleta ☐ 3 Bicicleta ☐ 4 Coletivo ☐ 5 Objeto fixo ☐ 6 Animal ☐ 7 Veículo pesado ☐ 8 Ignorado ☐ 9 Não se aplica	
Fatores relacionados ao acidente	
Excesso de velocidade	Uso de cinto de segurança pela vítima
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica
Uso de celular pelo condutor	Uso de bebida alcoólica pelo condutor
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
Avanço de sinal	Uso de capacete pela vítima
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica
Sono do condutor	Condutor tem habilitação
☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado	☐ 1 Sim ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado ☐ 8 Não se aplica
Outro fator relacionado ao acidente	
Meio de locomoção da vítima para chegar à Unidade Sentinela	
☐ 1 Veículo particular ☐ 2 Viatura policial ☐ 3 SAMU ☐ 4 Resgate/Bombeiro ☐ 5 Ambulância ☐ 6 Coletivo ☐ 7 Apê ☐ 8 Outro ☐ 9 Ignorado	
Condições da vítima ao chegar na Unidade Sentinela	Transferência da Vítima
☐ 1 Consciente ☐ 2 Inconsciente ☐ 3 Morto ☐ 4 Ignorado	☐ 1 Sim - Para onde? ☐ 2 Não ☐ 9 Ignorado
Responsável pelo preenchimento	Função
Observações	

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: 18/10/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: IVANILDO SILVA DE LIMA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00943

CONTA: 000000056458-2

Nr. da Autenticação D67B2D53492D2500



Tarifa Social de Energia Elétrica Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

CELPE
Companhia Energética de Pernambuco
Av. João de Barros, 111, Boa Vista, Recife - PE, CEP 50050-902
CNPJ 10.835.932/0001-00 | Insc. Est. 0005943-93 | www.celpe.com.br

NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA

DADOS DO CLIENTE
TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA

ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA
RUA CON. AMÉRICO PITA 100

CPF: 046.204.474-20 NIS: 16590736279

CLASSIFICAÇÃO
B1 RESIDENCIAL
BAIXA RENDA COM NIS

CONTA CONSUMO
7009904063
DATA DE VENCIMENTO: 20/05/2019
DATA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO: 11/06/2019
TOTAL A PAGAR (R\$): 79,64

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL

QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	30,0000000	0,28228548
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,44958798
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	48,0000000	0,87439888
Acrescimo Bandeira AMARELA		0,54
Contrib. Ilum. Pública Municipal		7,74
ICMS_Supervisão Baixa Renda		1,01

TOTAL DA FATURA 79,64

DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL

MP DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	MP DO DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
W7201	CAT	11/04/2019	17.235,00	19/05/2019	17.301,00	32	1,0000		148,00

RESUMO DE CONSUMO

Mês/Ano	Consumo (kWh)
MAI 19	148
ABR 19	126
MAR 19	133
FEB 19	124
JAN 19	74
DEZ 18	71
NOV 18	60
OUT 18	72
SET 18	82
AUG 18	87
JUL 18	82

INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	70,00	25,00
PIS	70,00	1,16
COFINS	70,00	5,30

COMPOSIÇÃO DO CONSUMO

Descrição	R\$	%
Geração de Energia	23,30	32,99%
Transmissão	2,60	3,71%
Distribuição (Celpe)	15,00	22,81%
Perdas de Energia	6,02	7,98%
Energia Detecada	1,58	2,30%
Tributos	22,34	31,51%
Total	70,84	100%

TARIFAS APLICADAS

Tarifa	Valor (R\$)
Consumo Ativo até 30 kWh	0,28228548
Consumo Ativo superior a 30 até 100 kWh	0,44958798
Consumo Ativo superior a 100 até 220 kWh	0,87439888

RESERVAÇÃO FISCAL

06 AGO. 2019

Carta Seguradora SIA
R. Rui Barbosa, nº 715 - Loja 5
Recife - PE - CEP: 50010-100



| 237-2 |

2379415009 91510.607586 16000.224507 9 00000000000000

Nome do pagador/CPF/CNPJ/Endereço/Cidade/UF/CEP

GLEYBSON S AMARAL - 84770588468

RUA RIVALDO BALTAR - 56 -

PRADO - GRAVATA - PE CEP 55642155

Sacador/Avalista

Data de emissão		Data de validade		Data de vencimento	
09/04/2019		09/04/2019		09/04/2019	
Valor nominal		Valor atualizado		Valor em reais	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	
Juros		Descontos		Total	
R\$ 0,00		R\$ 0,00		R\$ 1.000,00	
Total a pagar		Total a receber		Total a pagar	
R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00	

NOTA FISCAL

Esta nota fiscal é emitida em conformidade com a legislação vigente e serve como comprovante de pagamento. Ela contém informações essenciais para a identificação da operação e para a comprovação da entrega dos produtos ou serviços.

LEGAL NOTICE

This invoice is exclusively designed for the people to whom it is addressed, and it can have serious consequences if used for other purposes. If you are not the addressee of this invoice, please inform us immediately. You are advised to not release, copy, distribute, or otherwise use the information contained in this message. It is illegal to use or misuse this message or its contents. We ask you to return this email, marking it as spam, if you are not the addressee. The alteration of its contents or the creation of copies or reproductions is prohibited. The message and its contents are not subject to any liability or responsibility. The message and its contents are not subject to any liability or responsibility.

05 ACO. 2019

Gente
Avalia
Gracia - Lucio / M.

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES 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 COAF**².

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Gleybson Santana do Amaral inscrito (a) no CPF 847705894, 68
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Iranildo Silva de Lima inscrito
(a) no CPF sob o Nº 086053464, 26 do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Iranildo Silva de Lima, inscrito (a) no CPF sob o Nº 086053464, 26, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ 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>R. Rivaldo Baltar</u>		Número <u>56</u>	Complemento
Bairro <u>Prado</u>	Cidade <u>Gravataí</u>	Estado <u>PE</u>	CEP <u>55642155</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>8199228-5097</u>

Gravataí, 31 de Julho de 2019
Local e Data

Gleybson Santana do Amaral
Assinatura do Declarante

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Valdir Bezerra da Silva,
RG nº 6.546.753, data de expedição 19/05/16,
Órgão 205/PE, portador do CPF nº 090018.974-60, com
domicílio na cidade de Oravata, no Estado de
PE, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
R: São Paulo, nº 514,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Vanildo Silva de Lima cujo o condutor era
Vanildo Silva de Lima

Veículo: PASIMOTOCICLETA
Modelo: HONDA BIZ 125
Ano: 2009
Placa: KMR5419
Chassi: 9E2JC42209R125575
Data do Acidente: 13/05/2018
Local e Data: 31/07/2019

Valdir Bezerra da Silva
Assinatura do Declarante

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

2º OFÍCIO DE GRAVATA

2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO DE TÍTULOS DE GRAVATÁ/PE
Pelicula Duarte do Nascimento Silva - Selo Digital
R. Joaquim Nabuco, s/n - Centro - Gravata/PE - CEP: 55641-288 - Fone/fax: (51) 3533-4225 - cartorio@tjpe.jus.br

Reconheço a firma por autenticidade da: 31/07/2019 09:58:43
VALDIR BEZERRA DA SILVA. Dou fé

Em testemunho da verdade.
Maurício Duarte Machado
Tabela

Selo: 0073643 CCK0620190102985
Custas R\$ 3,99 - TSNR R\$ 0,92 - Total R\$ 4,91
Consulte autenticidade em www.tjpe.jus.br/selodigital
Usuário: EZIR

06 AGO. 2019

585866 (Valda)



HOSPITAL JESUS PEQUENINHO

NOME: Ivanildo Silva de Souza

REG.: 117433

DATA DE NASCIMENTO: 22 / 11 / 1975

DATA DA CIRURGIA: 25 / 01 / 2018

DIAGNÓSTICO: Fratura de Clavícula Esquerda

TRATAMENTO: Cirúrgico com placa D.C.P

DATA DO RETORNO: 08 02 2018

MOTIVO RETORNO: 24/3/18: Rx controle

06 AGO. 2019

Gente
Av. Rui Barbosa, 1115 - Loja 5
Cidade - Recife / PE - CEP: 52011-040

0266867114

Sistema
Único de
SaúdeMinistério
da
SaúdeSecretaria
de Saúde
PernambucoLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE
HOSPITAL JESUS PEQUENINO

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

2344254

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7104700748573235

6 - GRS PRENATAL

106379

8 - Nº DO PRONTUÁRIO

117733

9 - NOME DO PACIENTE

Guaraldo Silva de Lima

10 - DATA DE NASCIMENTO
22/11/75

11 - SEXO

Masculino ☒ Feminino ☐

12 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

Terezinha Pedro Silva de Lima

14 - ENDEREÇO (RUA Nº BAIRRO)

Rua Pênego Américo Pita, 500

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Gravatá

15 - COD. BGE MUNICÍPIO

UF

18 - CEP

PE

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

19 - HISTÓRIA CLÍNICA / EXAME FÍSICO

Queixa com dor em Ombro Esq.

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

Rx. Mostrou Fx

21 - DIAGNÓSTICO INICIAL

Fx. CLAVÍCULA Esq.

22 - CID 10 PRINCIPAL

S-920

23 - DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO

24 - CID 10 SECUNDÁRIO

25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CLÍNICA

Ortop

29 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

30 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

27 - COD. DO PROCEDIMENTO

04-08-01-015-0

32 - ASS. E CARIMBO DO SOLICITANTE / ASSISTENTE

Carlos A. de SOUZA FILHO
1º Ten (RM2) Md
CRM-PE 23.983

33 - DATA DA SOLICITAÇÃO

19/01/18

34 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL MÉDICO

Dr. Raimundo Francisco de Sá
CRM-PE 5379
CPF 131430774-88

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

35 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

36 - () ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - () ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNPJ DA SEGURADORA

39 - Nº DO BILHETE

40 - SÉRIE

41 - CNPJ DA EMPRESA

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - CBOR

44 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

45 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO AUTORIZADO

46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

47 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR (AIH)

Prefeitura Municipal de Bezerros
Secretaria de Saúde

NUMERAÇÃO DE AIH NORMAL

261810540245-1

Original entregue ao paciente ou seu representante legal
conferido Com Documento nº 261810540245-1

HOSPITAL JESUS PEQUENINO
FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO

Acomodação: ENFER_03 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPEDICA

Atendimento: 488391 Data: 19/01/2018 Hora: 23:13
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. CARLOS SOUZA FILHO

Recepç.: NAYALLI
Matrícula: 704700718573235
Identidade:
Cartão SUS: 704700718573235

Paciente: 117733 IVANILDO SILVA DE LIMA
Nascimento: 22/11/1975 - 42 Anos e 1 Mês
Endereço: RUA CONEGO AMERICO PITA, 100
Bairro: MANDACARU
IBGE/Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: JOSE INALDO DE LIMA
Mãe: TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 086.053.464-26
Identidade: 5526334 SSP PE
Telefone: 8194757729
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Obs.: ORTOP 406379

Queixa do Paciente:

Doença

H.D.A.:

Exame Físico:

Ex. Lumbosacral

Tratamento:

Ag. Dor

Carla de Souza Filho
Enfermeira
CRM-PE 10130

Bezerros, 19 de janeiro de 2018

Assinatura e Carimbo do Médico

Conferido Com Documento
Original Bezerros PE 01/01/18
Hospital Jesus Pequeno

Assistente Social
ES 10130

HOSPITAL JESUS PEQUENINO

FICHA DE ATENDIMENTO DE INTERNAÇÃO (Complemento)

Acomodação: ENFER_03 - LEITO-02
Enfermaria: ENFERMARIA ORTOPÉDICA

Atendimento: 488391 Data: 19/01/2018 Hora: 23:13
Convênio: SES- ORTOPEDIA
Responsável:
Médico: DR. CARLOS SOUZA FILHO

Recepç.: NAYALLI
Matrícula: 704700718573235
Identidade:
Cartão SUS: 704700718573235

Paciente: 117733 IVANILDO SILVA DE LIMA
Nascimento: 22/11/1975 - 42 Anos e 1 Mês
Endereço: RUA CONEGO AMERICO PITA, 100
Bairro: MANDACARU
IBGE/Cidade: 2606408 GRAVATA
Pai: JOSÉ INALDO DE LIMA
Mãe: TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA
Nacionalidade: BRASIL

CEP:
UF: PE

Sexo: MASCULINO Cor:
Est. Civil:
C.P.F.: 086.053.464-26
Identidade: 5528334 SSP PE
Telefone: 8194757729
G.Instrução:
Ocupação:
Naturalidade:

Recepcionista:

Motivo Alta: () Curado () Melhorado () A Pedido () Transferido () Evasão Morte: () Antes de 48 horas () Após 48 horas
() Assinou o termo

Alta Hospitalar

Data: 26/03/18

Médico:

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM: 3764

Assinatura / CRM

Observação

Transferência Hospitalar

Data: / /

Médico:

Diagnósticos

Diagnóstico Provisório:

Fx Lateralisa Ess.

Carlos A. de Souza Filho
CRM-PE 23.883

Diagnóstico Definitivo:

Diagnóstico Secundário:

Óbito

Data: / /

Médico:

Assinatura / CRM

Conferido Com Documento
Original Bezerras PE 01/02/19
Hospital Jesus Pequeno

Assistência Social
1150



EVOLUÇÃO MÉDICA

IVANILDO SILVA DE LIMA

19/01/2018 : PACIENTE COM FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA, AGUARDANDO CIRURGIA. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM: 3764

20/01/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM: 3764

21/01/2018: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM: 3764

22/01/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM: 3764

23/01/2018: PACIENTE COM BOA EVOLUÇÃO. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM: 3764

24/01/2018: PACIENTE EVOLUINDO BEM. MEDICADO.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM: 3764

25/01/2018: OPERADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM: 3764

26/01/2018: PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR.

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM: 3764

RELATÓRIO CIRÚRGICO

NOME DO PACIENTE IVANILDO SILVA DE LIMA	NUMERO DO REGISTRO 117733
CLÍNICA ORTOPÉDICA	
CIRURGIÃO RONALDO EVANGELISTA	
ANESTESIA BLOQUEIO	ANESTESISTA DRA. PRISCILA
DATA DA OPERAÇÃO 25/01/2018	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA	
DIAGNÓSTICO POS-OPERATÓRIO FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA	
OPERAÇÃO PROPOSTA TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA CLAVICULA ESQUERDA	
OPERAÇÃO REALIZADA A PROPOSTA	
1. PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA 2. ASSEPSIA E ANTISSEPSIA DO CAMPO OPERATORIO 3. INCISÃO NA FACE SUPRACLAVICULAR ESQUERDA 4. ABERTURA DA APONEUROSE 5. DIVULSÃO POR PLANOS 6. ABORDAGEM DO FOCO DA FRATURA 7. REDUÇÃO DA FRATURA + FIXAÇÃO COM PLACA E PARAFUSOS 8. OBSERVADA BOA REDUÇÃO E FIXAÇÃO SOB FLUOROSCOPIA 9. SUTURA POR PLANOS 10. CURATIVO	

Dr. Ronaldo Evangelista
Ortopedista
CRM. 370



HOSPITAL
JESUS PEQUENININO

CATEGORIA: OK

MEDICAMENTOS - MATERIAIS E TAXAS USADAS

Paciente: Wenildo Silva de Lima Registro Nº: 114433

Apf: _____ Enfermaria: _____ Data: 25/01/18

Cirurgia: Fst. clareola "E" Cirurgião: Dr. Ronaldo

Anestesia: Bloqueio Anestesista: Dr. Vanderson

Início: _____ Término: _____

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Atropina				Manitol			
Adrenalina				Naftolín			
Aminofilina				Narcan			
Água Destilada	<u>04 amp</u>			Nipride			
Alloferine				Novamin			
Bicarbonato de Sódio				Plasil			
Cloreto de Potássio				Prostigmine			
Cloreto de Sódio				Quemacetina			
Cedilanide				Quelicin			
Decadron	<u>01 amp</u>			Rifocina 150			
Dormonid				Rifocina 500			
Diazepam				Rocefin I. M.			
Dolantina				Rocefin I. V.			
Etrane				Revivan			
Efortil				Ringer c/ Lactato			
Fenergan				Sintocinon			
Flaxedil				Styptanon			
Fentanil				Solu-Cortef			
Fibrase				Sulfato Magnésio			
Fluimucil				Soro Glicosado			
Furacin Sol				Soro Fisiológico	<u>1.500 ml</u>		
Furacin Pomada				Thionembutal			
Gluconato Cálcio				Xylocaina Pesada			
Glicose				Xylocaina 2% s/a			
Garamicina 80				Xylocaina 2% c/a	<u>01 amp</u>		
Heparina 5.000				Xylocaina 1% s/a			
Halotano				Xylocaina Geléia			
Haemacel				Xylocaina Spray			
Inoval				NAUSEBROM	<u>01 amp</u>		
Keflin	<u>02 amp</u>			ELETROVOA	<u>06 unid</u>		
Ketalar				TRULA	<u>04 unid</u>		
Lasix				ASPARA	<u>04 unid</u>		
Methergin				PRO PES	<u>04 unid</u>		
Marcaína Pesada				ESPOLA	<u>04 unid</u>		
Marcaína s/a				DIPIRONA	<u>02 amp</u>		
Marcaína c/a	<u>01 amp</u>						

Juliana de S. Pereira
Téc. de Enfermagem
COREN-PE 001112.891

Conferido Com Documento

Original Bezerras PE 01/01/18

Hospital Jesus Pequeninino

Associação dos Saneamento Social

Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total	Especificação	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
Abbocath T				Urofix			
Aguilha Desc. 4x20 25x7 202	05	umid		Vaselina Bisnaga			
Aguilha Gingival							
Aguilha Raque							
Aguilha Sutura				FIOS			
Algodão Hidrófilo							
Algodão Ortopédico				CatGut Simpa s/a			
Atadura Gase				CatGut Simp c/a			
Atadura Crepe 10	01	umid		CatGut Crom s/a			
Atadura Gesso				CatGut Crom c/a	2	01	umid
Bolsa p/ Colostomia				Fio de Algodão			
Comp. Cirúrgica	15	umid		Fio de Aço			
Dreno Tórax				Fio Kirschner			
Dreno Tórax Kerr				Fio Umbilical			
Dreno Penrose				Mononylon 3.0			
Equipo p/ Soro				Mononylon			
Equipo Macro Gotas				Prolene			
Esparadrapo	Tx			Prolene			
Esparadrapo Anti-alérgico				Polycot			
Esparadrapo Micropore	Tx			Seda			
Fleet Enema				Seda			
Gase 7x5x7,5	06	umid					
Gase Furacionada				LÍQUIDOS			
Gelfoan							
H. Kuntscher				Água Oxigenada	50	ml	
Intracath				Álcool Simples 40%	50	ml	
Luva Descartável 8.2002 05 pares				Álcool Iodado			
Luva Comum 8.3001 02 pares				Éter	30	ml	
Lâmina Bisturi 21	01	umid		Formol			
Lâmina Gillette				Germopol			
Látex 204				Glutaril			
P. S. Petersen				Pov Tópico			
P. L. Sherman				Pov Degermante			
Pr. S. Petersen				UOREXEDINA	100	ml	
Par. Sherman				OXIGÊNIO			
Pino Stelman							
Prótese Thompson				Das _____ às _____			
Scalp							
Seringa 03 cc	01	umid		PROTÓXIDO			
Seringa 05 cc	02	umid					
Seringa 10 cc	02	umid		Das _____ às _____			
Seringa 20 cc							
Seringa Vidro 05 cc				TAXAS			
Seringa Vidro 10 cc							
Seringa Vidro 20 cc				Aspirador			
Seringa de 01 cc				Artroscopia			
Sonda Estom n°				Bisturi Elétrico	Tx		
Sonda Levine n°				Desfibrilador			
Sonda Uretral n°				Monitor	Tx		
Sonda Foley n°							
Sonda "3v n°							
Sonda p/ O ₂	01	umid					

Anestesia: Bloqueio de plexo braquial NB

Nome: IVANILDO SILVA DE LIMA Nº do Registro: 217733 Nº. na Clínica: _____

Clinica: Ortopedia Quarto: _____ Leito: _____ Idade: 42 Sexo: M Cor: _____

Operador: Rogério Assist.: _____ Anestesista: VANDSON

Diag. Preop.: fratura de clavícula Esq. Diag. Posop.: O mesmo

Op. Proposta: Instrumento Cirúrgico Op. Realizada: A proposta

Premedicação: _____ Hora: _____ Resultado: (MO 1-2-3) Risco 1-2-3-4
(AO 1-2-3)

PRÉ - MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

		15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30
AGENTES	N2O														
	O2	AAAAA	AAAAA	AAAAA											
Líquidos vendidos															
PA	°C	240													
PULSO		220													
ANES		200													
OP		180													
O		160													
TEMP		140													
A		120													
ASPIR.		100													
A		80													
RESP.		60													
O		40													
		20													
Export															
Assist.															
Contro.															
IMBOLOS															

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES:
A.			
B.	<u>Midazolam</u>	<u>5mg</u>	
C.	<u>Fentanyl</u>	<u>100mcg</u>	
D.	<u>Clonitaz</u>	<u>400mcg</u>	
E.	<u>Bupivacaína</u>	<u>100mg</u>	
F.	<u>Cefalotina</u>	<u>25</u>	
G.	<u>Dipirona</u>	<u>25</u>	
	<u>LÍQUIDOS</u>		
	<u>Quelox 100mg</u>		
		CÂNULA - NASO/ORO FARÍNGEA NASO/OTROTRAQUEAL - CEGA BAL - TAMP - GALIBRE DO TUBO SOB - MÁSCARA DIFICULDADE TÉCNICA	
		Tempo da Anestesia	
TOTAL			
OPERAÇÃO:	<u>trai. cirúrgico</u>		
ANESTESISTA:	<u>VANDSON</u>		
GIRURGIÃO:	<u>Dr. Rogério</u>		
PERDA SANGÜINEA:			

Ministério Público Federal

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

EC-12

ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA DE DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO E AVULSOS BUREAU



POLEGAR DIREITO



Ivanildo Silva de Lima

CARTERA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 5.526.334 DATA DE EXPEDIÇÃO 05/07/2019

NOME << IVANILDO SILVA DE LIMA >>

FILIAÇÃO << JOSÉ INALDO DE LIMA >>
<< TEREZINHA PEDRO SILVA DE LIMA >>

NATURALIDADE DUQUE DE CAXIAS - RJ DATA DE NASCIMENTO 22/11/1975

DOC. ORIGEM << CN. 1.633 L.A-3 F.189 CART. 1º DUQUE DE CAXIAS-RJ 07.08.1982 >>

CPF 086.053.464-26

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/06/83

151952951507094350.8725480

Pres 89.059 - 0000

06 AGO. 2019

Centro Seguradora S/A.

Av. Rui Barbosa, nº 715 - Lote 5.

Grupos - Recife/PE - CEP 51.010-100

EC-5

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Gleybson Santana do Amaral




VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.339.162 DATA DE EXPEDIÇÃO 01/09/2017

NOME << GLEYBSON SANTANA DO AMARAL >>

FILIAÇÃO << RIVALDO OLÍMPIO DO AMARAL >>
<< ADEILDA DE SANTANA AMARAL >>

NATURALIDADE RECIFE - PE DATA DE NASCIMENTO 05/01/1976

DOC. ORIGEM << 074971 01 55 2008 3 00001 283 >>

0000565 60 RECIFE - PE >>

CPF 847.705.894-68

Assinatura: Patrícia C.G. Alencar

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

1017728001210122856.7651186 F-76 315.700 - 422

06 ASO. 2019

Sen. Rui Barbosa, nº 7
Craigs - Recife

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PE Nº 014485234815
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 COD-RENAVAM 165091398 R.N.T.R.C. ***** EXERCÍCIO 2019

NOME
VALDIR BEZERRA DA SILVA

GRAVATA-PE

0

CPF / CNPJ
090.018.974-60

PLACA
KHR5419

PLACA ANT. / UF
***** / PE

CHASSI

9C2JC42209R125575

ESPÉCIE TIPO

PAS / MOTONETA

COMBUSTÍVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO

HONDA / BIZ 125 ES

ANO FAB. 2009 ANO MOD. 2009

CAP. POT. / OIL

22 / 124CL

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

COTA ÚNICA

VENO. COTA ÚNICA

VENO. / COTAS

IPVA 2019 QUITADO

1ª *****

TAXA IPVA

PARCELAMENTO / COTAS

2ª *****

1

3ª *****

PREMIO TARIÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PREMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

90.11

90.12

84.58

16/04/19

OBSERVAÇÕES

EM RESERVA

DE PORTO OBRIGATORIO
FACILITADO PARA TRANSPORTE

GRAVATA

Roberto F. Silva

DATA

23/04/19

ROBERTO CAYLON MORAES FORTALEZA

ATOR PRES

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

PE Nº 014485234815 BILHETE DE SEGURO DPVAT
VALDIR BEZERRA DA SILVA

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

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

0

GRAVATA-PE

EXERCÍCIO
2019

DATA EMISSÃO
23/04/19

VIA

1

CPF / CNPJ

090.018.974-60

PLACA

KHR5419

RENAVAM

165091398

MARCA / MODELO

HONDA / BIZ 125 ES

ANO FAB.

2009

CAL. FAB.

09

Nº CHASSI

9C2JC42209R125575

PRÊMIO TARIFÁRIO

PNB (R\$)

36.05

DE NATRAN (R\$)

4.01

CUSTO DO SEGURO (R\$)

40.06

CUSTO DO BILHETE (R\$)

4.15

IOF (R\$)

0.32

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)

84.58

PAGAMENTO

X

COTA ÚNICA

PARCELADO

DATA DE QUITAÇÃO

16/04/19

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.246.608/0001-04

DESTAQUE E GUARDE O BILHETE DPVAT
SILENTE E DE PORTO OBRIGATORIO.

06 AGO. 2019

Gentio

Av. Rui Barbosa

Gracas - Recife