

# 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: 20/08/2015

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 3.375,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ETA BARBOSA DE ALENCAR

BANCO: 104

AGÊNCIA: 02278

CONTA: 000000054189-3

---

Nr. da Autenticação 7766E1D7321086A9

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150623873

**Cidade:** Rio Branco

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR

**Data do acidente:** 14/05/2015

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 31/07/2015

**Valoração do IML:** 0

**Diagnóstico:** FRATURA DO 4º E 5º DEDO DA O PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** A ESCLARECER

**Sequelas permanentes:**

**Sequelas:**

**Conduta mantida:**

**Quantificação das  
sequelas:**

**Documentos  
complementares:**

**Observações:**

## DANOS

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

## PRESTADOR

Visão Médica Ltda

**Nome do médico:** REGINALDO WANIS

**CRM do médico:** 52.43685-6

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150623873

**Cidade:** Rio Branco

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR

**Data do acidente:** 14/05/2015

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURAS EXPOSTAS DOS 4º/5ºPODODACTILOS ESQUERDOS COM GRAVE LESÃO DE PARTES MOLES

**Descrição do exame médico pericial:** AMPUTAÇÃO DO 4º PODODACTILO ESQUERDO E CICATRIZ QUELOIDE EXTENSA BORDO EXTERNO DO PÉ ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRURGICO NA URGENCIA ( LIMPEZA CIRURGICA, REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER INTRAOSSEOS ). EVOLUINDO COM NECROSE DO 4º PODODACTILO TENDO SIDO SUMETIDO A AMPUTAÇÃO NO 30º DIA DE EVOLUÇÃO E ALTA MEDICA.

**Sequelas permanentes:** APRESENTA LIMITAÇÃO DOS MOVIMENTOS DO PÉ ESQUERDO

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 17/08/2015

**Conduta mantida:**

**Observações:**

**Médico examinador:** JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA

**CRM do médico:** 373/AC

**UF do CRM do médico:** AC

## 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 funcional completa de um dos pés	50 %	Em grau médio - 50 %	25%	R\$ 3.375,00
Total			25 %	R\$ 3.375,00

## PRESTADOR

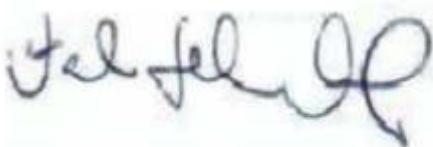
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** FABIO S SELERI FERNANDES

**CRM do médico:** 52.63021-7

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



# PARECER DE PERÍCIA MÉDICA

## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3150623873

**Cidade:** Rio Branco

**Natureza:** Invalidez Permanente

**Vítima:** ETA BARBOSA DE ALENCAR

**Data do acidente:** 14/05/2015

**Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DOS 4,5 PODODACTILOS E METATARSOS LESAO TENDINEA DO PE ESQUERDO

**Descrição do exame médico pericial:** AUSENCIA DO 4 PODODACTILO COM RIGIDEZ ARTICULAR ENCURTAMENTO DO 5 PODODACTILO LIMITACAO NA MOBILIDADE DO PE ESQUERDO

**Resultados terapêuticos:** TRATADO CIRURGICAMENTE COM AMPUTACAO DO 4 PODODACTILO OSTEOSINTESE COM FIO DE KIRSCHNER NO 5

**Sequelas permanentes:** NÃO HOUVE AGRAVAMENTO DA LESÃO DO PÉ ESQUERDO.

**Sequelas:** Com sequela

**Data da perícia:** 30/11/2015

**Conduta mantida:** Sim

**Observações:** TRATA-SE DE REANÁLISE, NA ANÁLISE ANTERIOR A VÍTIMA FOI INDENIZADA EM R\$ 3.375,00 REFERENTE A 50% DA LESÃO DO PÉ ESQUERDO.

**Médico examinador:** JULIO CEZAR FURTADO DE QUEIROZ

**CRM do médico:** 2678/AM

**UF do CRM do médico:** AM

## 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

## PRESTADOR

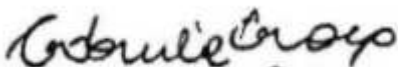
CNIS - Cadastro Nacional Informações e Serviços

**Médico revisor:** GABRIELA GRAÇA SUARES PINTO

**CRM do médico:** 52.66379-4

**UF do CRM do médico:** RJ

**Assinatura do médico:**



Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2015

Carta nº: 7416497

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873  
Vitima: ETA BARBOSA DE ALENCAR  
Data Acidente: 14/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **17/07/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **14/05/2015**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento faltando página

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MBM SEGURADORA S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 31 de Julho de 2015

Carta nº: 7514258

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873  
Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR  
Data Acidente: 14/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

ATENÇÃO:

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 26 de Agosto de 2015

Carta nº: 7686332

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873  
Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR  
Data Acidente: 14/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: **ETA BARBOSA DE ALENCAR**

Valor: **R\$ 3.375,00**

Banco: **104**

Agência: **000002278**

Conta: **0000054189-3**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	3.375,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos pés 50%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 50%) 25,00%

Valor a indenizar: 25,00% x 13.500,00 =	R\$	3.375,00
---	-----	----------

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**



Rio de Janeiro, 17 de Novembro de 2015

Carta nº: 8172628

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873  
Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR  
Data Acidente: 14/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Prezado(a) Senhor(a),

Em relação sinistro acima referenciado, comunicamos que após análise da documentação apresentada, foi detectada a necessidade de informações complementares, razão pela qual está sendo interrompido o prazo regulamentar para o pagamento da indenização.

Pedimos aguardar novo pronunciamento o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as averiguações cabíveis.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

**ATENÇÃO:**

Você não precisa recorrer a intermediários para solicitar ou receber a indenização do Seguro DPVAT. Acompanhe seu processo do início ao fim e cuide você mesmo do recebimento da indenização. É SIMPLES E FÁCIL!

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**





Rio de Janeiro, 30 de Novembro de 2015

Carta nº: 8228239

A/C: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Sinistro: 3150623873  
Vitima: ETA BARBOSA DE ALENCAR  
Data Acidente: 14/05/2015  
Natureza: INVALIDEZ  
Procurador:

Ref.: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA

Prezado(a) Senhor(a),

Em atendimento à sua solicitação, e procedida a reanálise médica do seu processo de indenização por invalidez permanente, informamos que fica mantida a conduta anteriormente adotada, uma vez que não identificamos a existência de novas sequelas, ou agravamento daquelas que já foram indenizadas em decorrência do acidente sofrido.

Tendo em vista que seu pedido de indenização já foi atendido adequadamente, e que não há valores pendentes de pagamento, o seu processo encontra-se encerrado.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br).

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



# Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT

## Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo

Sinistro: **3150623873 - 1**  
Nome do(a) Examinado(a): **ETA BARBOSA DE ALENCAR**  
Endereço do(a) Examinado(a): **RUA VERA CRUZ n° 18 - CENTRO - RIO BRANCO/AC**  
Identificação - Órgão Emissor/UF/Número: **RG 103648 - SSP**  
Data local do exame: **17/08/2015 RIO BRANCO/AC**

### Resultado da Avaliação Médica

I. Descreva as lesões produzidas pelo trauma, o resultado do exame físico voltado para as regiões lesionadas e o(s) diagnóstico(s)

#### FRATURAS EXPOSTAS DOS 4º/5º PODODACTILOS ESQUERDOS COM GRAVE LESÃO DE PARTES MOLES

a) O quadro clínico documentado neste exame decorre de lesão que tenha sido provocada em acidente automobilístico registrado na forma de sinistro que indicou esta avaliação?

☒ SIM ☐ NÃO

b) A(s) queixa(s) do(a) Examinado(a) está(ão) relacionada(s) com as lesões decorrentes deste acidente, inclusive com os registros em boletim de atendimento médico?

☒ SIM ☐ NÃO

II. Descreva a evolução atual do quadro clínico, os tratamentos realizados, a data da alta e os resultados, incluindo complicação.

#### TRATAMENTO CIRURGICO NA URGENCIA ( LIMPEZA CIRURGICA, REDUÇÃO CRUENTA E OSTEOSINTESE COM FIOS DE KIRSCHNER INTRAOSSEOS ). EVOLUINDO COM NECROSE DO 4º PODODACTILO TENDO SIDO SUMETIDO A AMPUTAÇÃO NO 30º DIA DE EVOLUÇÃO E ALTA MEDICA.

III. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)?

☒ SIM ☐ NÃO

Existindo sequela(s) que seja(m) geradora(s) de invalidez total ou parcial informe qual(is) e descreva as perdas anatômicas e/ou funcionais que sejam definitivas e que justifiquem os danos corporais permanentes.

#### AMPUTAÇÃO DO 4º PODODACTILO ESQUERDO E CICATRIZ QUELOIDE EXTENSA BORDO EXTERNO DO PÉ ESQUERDO

IV. Segundo o 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

☐ Sem sequela permanente

Esta avaliação médica deve ser repetida em \_\_\_\_\_ dias

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

☐ Exame não permite conclusão

Vide motivo do impedimento no campo das observações

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

Região Corporal(Sequela)

#### PÉ ESQUERDO

☐ 10% ☐ 25% ☒ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

Região Corporal(Sequela)

☐ 10% ☐ 25% ☐ 50% ☐ 75% ☐ 100%

c) Havendo dano corporal total com repercussão na íntegra do patrimônio físico - assinale a opção abaixo sempre apresentando a justificativa médica para este enquadramento no campo das observações(\*)

☐ Total = "100% da IS"

V. Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valorização do dano corporal.

Local e data de realização do exame médico legal:

**AC - RIO BRANCO, 17/08/2015**

**Médico Perito: JOSE ROBERTO PINHEIRO DE OLIVEIRA CRM: 373/AC**

  
JOSE ROBERTO P. OLIVEIRA  
CRM 373 AC

Assinatura do perito Examinador - CRM



ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE FLAGRANTES - DEFLA

Endereço: OMAR SABINO, S/N.º - ESTACAO EXPERIMENTAL - 69914-525, Fone:  
(68)3223-2857 \ 3224-8791.



OCORRÊNCIA Nº: 5461/2015 - Registrado em 30 de Junho de 2015 às 14:35h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 14/05/2015 às 18:00hs, Quinta-Feira

LESAO CORPORAL CULPOSA NA DIRECAO DE VEICULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

**Mensagem Obrigatória:** "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

**LOCAL**

Município: Rio Branco  
Logradouro:  
Bairro: ADALBERTO ARAGAO  
Referência: proximo PANIFICADORA

Estado: AC  
Nº: CEP:  
Tp de Local: VIA URBANA

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

ETA BARBOSA DE ALENCAR (51), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 103648/SSPAC, CPF: 119.781.712-34, nascido em 13/07/1963, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOAO MOREIRA DE ALENCAR e MÃE: FRANCISCA MARIA BARBOSA, Endereço: VERA CRUZ, 18 - Bairro: MORADA DO SOL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9988-6917.

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O comunicante/vítima veio a essa Delegacia de Polícia DEFLA informar que estava próximo ao local informando, quando o mesmo estava andando no acostamento da rua, quando um veículo passou por cima do seu pé, e logo depois ser evadiu do local sem presta nem um socorro, então a SAMU foi acionada para atendimento, chegando no hospital foi constatado que os dedos do pé foi quebrado, e devido ocorrido seu dedo foi amputado. Diante dos fatos comunicante/vítima pedi que as providencias cabíveis sejam tomadas.

Jansen Alexandre Martins Rodrigues  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. nº 99.494-1

FABIO HENRIQUE DOS SANTOS REVIANI  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

RODRIGO ALVES CUEVAS  
ATENDENTE

ETA BARBOSA DE ALENCAR  
COMUNICANTE



ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA PÚBLICA  
SECRETARIA DE ESTADO DE POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE FLAGRANTES - DEFLA

Endereço: OMAR SABINO, S/N.º - ESTACAO EXPERIMENTAL - 69914-525, Fone:  
(68)3223-2857 \ 3224-8791.



OCORRÊNCIA Nº: 5461/2015 - Registrado em 30 de Junho de 2015 às 14:35h

**FATO COMUNICADO**

Data/Hora do Fato: 14/05/2015 às 18:00hs, Quinta-Feira

LESÃO CORPORAL CULPOSA NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (Artigo 303 do CTB - LEI Nº 9.503/97)

**Mensagem Obrigatória:** "Qualquer vítima - ou seu beneficiário - de acidente envolvendo veículo automotor em via terrestre poderá requerer indenização do seguro obrigatório (DPVAT). Informações: [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br)".

**LOCAL**

Município: Rio Branco  
Logradouro:  
Bairro: ADALBERTO ARAGAO  
Referência: proximo PANIFICADORA

Estado: AC  
Nº: CEP:  
Tp de Local: VIA URBANA

**ENVOLVIMENTO: COMUNICANTE/VÍTIMA**

ETA BARBOSA DE ALENCAR (51), do sexo masculino, Brasileira, exercendo a profissão de NAO INFORMADO, RG Nº: 103648/SSPAC, CPF: 119.781.712-34, nascido em 13/07/1963, natural de Rio Branco - AC, PAI: JOAO MOREIRA DE ALENCAR e MÃE: FRANCISCA MARIA BARBOSA, Endereço: VERA CRUZ, 18 - Bairro: MORADA DO SOL - Rio Branco - AC, Telefone(s): 9988-6917.

**ENVOLVIMENTO: AUTOR (A APURAR)**

**HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA**

O comunicante/vítima veio a essa Delegacia de Polícia DEFLA informar que estava próximo ao local informando, quando o mesmo estava andando no acostamento da rua, quando um veículo passou por cima do seu pé, e logo depois ser evadiu do local sem presta nem um socorro, então a SAMU foi acionada para atendimento, chegando no hospital foi constatado que os dedos do pé foi quebrado, e devido ocorrido seu dedo foi amputado. Diante dos fatos comunicante/vítima pedi que as providencias cabíveis sejam tomadas.

Jansen Alexandre Martins Rodrigues  
Delegado de Polícia Civil  
Mat. nº 99.494-1

FABIO HENRIQUE DOS SANTOS REVIANI  
DELEGADO DE POLÍCIA CIVIL

RODRIGO ALVES CUEVAS  
ATENDENTE

ETA BARBOSA DE ALENCAR  
COMUNICANTE

## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML



Eu, Etá Barbosa de Alencar, portador da carteira de identidade nº 103648 e inscrito no CPF/MF sob o nº 119-781-712-34, residente e domiciliado na Rua Vera Cruz nº 18 BF 13, Cidade Rio Branco, Estado PA, 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 estabelecimento do IML no município da minha residência; ou
- ( ) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- (X) O estabelecimento do IML localizado no Município em que resido realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido;

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

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

Assinatura do declarante  
conforme documento de identificação

Rio Branco / AC 10-07-15

Local e data

17 JUL 2015



GOVERNO DO ESTADO DO ACRE  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESACRE  
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU



SAMU  
192

BOLETIM DE ATENDIMENTO - SAMU

CHAMADO	Nº	DATA	HORA
	190515	19/05/15	18h00min
MOTIVO			
CLÍNICO			
TRAUMÁTICO			
PACIENTE			
EXAME PRIMÁRIO			
SINAIS VITAIS			
PROCEDIMENTO EFETUADOS			
TRANSP.			
INCIDENTE			
OBSERVAÇÕES			
PROFISSIONAL QUE RECEBER O PACIENTE			

## DECLARAÇÃO

Eu, **Etã Barbosa de Alencar**, brasileiro, divorciado, RG 103648 SSPAC CPF 119.781.712-34, nascido em 13/07/1963, residente e domiciliado na Travessa Vera Cruz, 18 Morada do Sol, em Rio Branco, Estado do Acre, **DECLARO** para os devidos fins que após o meu acidente em 14 de maio de 2015, quando tive que passar por uma intervenção cirúrgica, onde um dedo meu foi amputado do Pé Esquerdo, estava internado para cirurgia, fiquei impossibilitado de registrar um Boletim de Ocorrência dentro do prazo previsto por estar em tratamento hospitalar.

Por ser expressão da verdade firmo a presente declaração.

Rio Branco, 02 de julho de 2015

  
**Etã Barbosa de Alencar**  
Declarante

17 JUL 2015



## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, Elia Barbosa de Alencar

Portador do RG nº 103648 expedido pelo SSP/AC em 08/10/12

CPF nº 19-781-712.34 na qualidade de favorecido (a) /beneficiário (a),

venho perante a este instrumento, declarar que não possuo comprovante de residência em meu nome, sendo certo e verdadeiro que resido no endereço abaixo descrito **segundo, em anexo, documento comprobatório em nome de terceiro:**

Logradouro	
(Rua/Avenida/Praça)	<u>Vera Cruz</u>
Número	<u>18</u>
Apto / Complemento	<u>Q = 13</u>
Bairro	<u>Morada do Sol</u>
Cidade	<u>Rio Branco</u>
Estado	<u>AC</u>
CEP	<u>— 11 — 11 — — 11 —</u>
Telefone de Contato	<u>9900 - 3322 - 9955 - 2213</u>
E-mail	<u>ou 3301-6472</u>

Por ser verdade, firmo-me.

CEP. 69110-670

Rio Branco AC 10 julho - 2015

LOCAL / DATA

Elia Barbosa de Alencar

ASSINATURA DO DECLARANTE

17 JUL 2015





# CONTA MENSAL DE SERVIÇOS DE ÁGUA E/OU ESGOTO

DEPARTAMENTO ESTADUAL DE PAVIMENTAÇÃO E SANEAMENTO - DEPASA  
RUA QUINTINO BOCAIÚVA, 299 - CENTRO - CEP 69.900-070



DOCUMENTO <b>14328580</b>	REDDOR R/DL 217213	RES.COM.IND. RUST. 001.000.000.000	CICLO SETOR, NOTA SEQUÊNCIA 48.01.00048-003.0420
------------------------------	-----------------------	---------------------------------------	---

CLIENTE  
**01033745-5 FRANCISCA MARIA BARBOSA**  
RUA VERA CRUZ 18 Q. 45  
RIO BRANCO

MÊS DE CONSUMO 45	DATA 19/06/2015	LEITURA 000000	CONSUMO DO MÊS 1000045	MÊS DE REFERÊNCIA 06/2015
LEITURA ATUAL	21/12/2012	000138		
LEITURA ANTERIOR				

HISTÓRICO DE CONSUMOS FATURADOS  
MAI/2015 S/ INF    FEV/2015 S/ INF    NOV/2014 S/ INF    AGO/2014 S/ INF  
ABR/2015 S/ INF    JAN/2015 S/ INF    OUT/2014 S/ INF    JUL/2014 S/ INF  
MAR/2015 S/ INF    DEZ/2014 S/ INF    SET/2014 S/ INF    JUN/2014 S/ INF

TARIFA DE ÁGUA (R\$)	10 a 15 05x1 1.40	14.00	Res. 30 a 35 05x1 3.47	17.35
Res. 10 a 15 05x1 1.53	7.65	Res. 35 a 40 05x1 3.96	19.80	
Res. 15 a 20 05x1 2.02	10.10	Res. 40 a 45 05x1 4.44	22.20	
Res. 20 a 25 05x1 2.50	12.50			
Res. 25 a 30 05x1 2.99	14.95			
Res. 30 a 35 05x1 3.47	17.35			

DISC. VANT. DE ÁGUA	118.54
VALOR DA MULTA	2.43

DATA DE VENCIMENTO <b>30/06/2015</b>	TOTAL A PAGAR <b>120.97</b>
---	--------------------------------

PREZADO CLIENTE,  
PARA UMA MELHOR QUALIDADE E AGILIDADE NA PRESTAÇÃO DE NOSSOS  
SERVIÇOS, MANTENHA SEU CADASTRO ATUALIZADO.  
DIRIJA-SE AO NOSSO ATENDIMENTO NA OCA E ATUALIZE SEU CADASTRO.  
  
para cadastro debito auto: 01033745-5

Referência: 06/2015				
PARÂMETRO	PADRÃO DE POTABILIDADE Conforme a Portaria nº 2.914/2011 do Ministério da Saúde	Sistema de Distribuição de Água		
		Número mínimo de amostras a serem coletadas	Número de amostras realizadas	Número de amostras fora do padrão
Cor	Máximo de 15 mg Pt-Co/L	51	115	27
Turbidez	Máximo de 5 UNT	155	115	6
Cloro Residual Livre	Mínimo de 0,2 mg/L Cl <sub>2</sub>	155	115	0
Coliformes Totais	Ausência em 95% das amostras	155	115	9
Coliformes Termotolerantes	Ausência em 100% das amostras	155	115	0
Para garantir a qualidade da água: FELICIANO CRISTIANO RIBEIRO EURIDES DA SILVA BEZERRA				
O não pagamento até a data de vencimento implicará em acréscimo de 2% de multa cobrada na próxima conta e juro de 1% ao mês, e estará sujeito a suspensão do fornecimento.				

DOCUMENTO <b>14328580</b>		
DATA DE VENCIMENTO <b>30/06/2015</b>	TOTAL A PAGAR <b>120.97</b>	DEPASA
82640000001-2 20970474300-1 62015143285-B 80010337452-9		



00515000

AS/DATASUS HOSPITAL DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS DE RIO BRANCO 99868596

Nº. DO BE: 2222687 DATA: 14/05/2015 HORA: 18:14 USUARIO: OTERVAL

CNS: SETOR: 04-EMERG. CIRURGICA E TRAUMA

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME : ETA BARBOSA DE ALENCAR DOC...: NAO

IDADE.....: 51 ANOS NASC: 13/07/1963 SEXO...: MASCULINO

ENDEREÇO.....: TRAV. VERA CRUZ NUMERO: 18

COMPLEMENTO.....: BAIRRO: AVIARIO

MUNICIPIO.....: RIO BRANCO UF: AC CEP....: 69900-000

NOME PAI/MAE...: JOAO MOREIRA DE ALENCAR / FRANCISCA MARIA BARBOSA

RESPONSÁVEL....: O MESMO TEL....: 9211-0781

PROFICIENCIA....: AVIARIO IRMA

TIPO DE LESÃO.....: SUTURA

CASO POLICIAL...: NAO PLANO DE SAUDE....: NAO TRAUMA: SIM

ACID. TRABALHO: NAO VIZO DE AMBULANCIA: SIM

PA[ X mmHg] PULSO[ ] TEMP.[ ] PESO[ ] FC[ ] SPO2[ ]

EXAM. COMPL.[ ] RAIOS X[ ] SANGUE[ ] URINA[ ] TC[ ] LIQUOR[ ] ECG[ ] ULTRASSONOGRAFIA[ ]

SUSPEITA DE VIOLENCIA OU MAUS TRATOS: [ ] SIM [X] NAO

SINAIS CLINICOS: *faciente trazido pelo SAMU com* DATA PRIMEIROS SINTOMAS: *causa*

*história (alto paroxismo no abd E)*

ENFERMAGEM: CLASSIF. RISCO: [ VERDE ] [ AMARELO ] [ VERMELHO ] [ AZUL ]

ESCALA DA DOR: [ SEM DOR ] [ LEVE ] [ MODERADA ] [ INTENSA ]

*1) Raios X de abd E e Obesidade*

*2) Midazolam 5mg e após* CID: *9930*

*3) SADO 500 mg*

*[Handwritten signature and initials]*

HORA DA SAÍDA: / /

DECISÃO: [ ] DECISÃO MÉDICA [ ] A PERDIDA [ ] EVASÃO [ ] DESISTÊNCIA

[ ] ENCAMINHADO AO AMBULATÓRIO

INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):

TRANSFERÊNCIA (UNIDADE DE SAÚDE):

CRITÉRIO: [ ] ATÉ 48HS [ ] APÓS 48HS

FAMÍLIA [ ] JML [ ] ANAT. PATOL.

ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSÁVEL ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

ORTOPEDIA

14/05/15

Pcte com fratura exposta 4º e 5º dedos pé esquerdo.

cd - Dietz 350

DF 0,9% 500 - e IV 12/12 → 500-500

Glicose 50% 102 amp em cada soro

SAT 5000ui } IM → 10

VAT 0,5ml

Ciprofloxacino 400-g IV → 22

Permanecer na observação

Dr. Marcelo A. A. F. F. F. F. F.  
Médico - 1791 - AC - PRM  
Ortopedia / Traumatologia

do trauma P/ procedimento cirúrgico

50' Paciente admitido na observação de Trauma, para  
leite da sala da ortopedia, em cadeiras de rodas; se  
acompanhante. Aguarda procedimento cirúrgico ortop  
pne. — Onfe. Aliana  
COREN 72010.

Examinando ao Centro Cirúrgico —

Onfe. Aliana  
COREN 72010

25.15' Desentrelada com condizem em mal, com sintomas de injecção de  
bando atática. Paulo Roberto Soares  
Cirurgião Geral

CÓPIA  
Conforme Original



Sistema Único de Saúde  
Ministério da Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

## Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - RAÇA/COR

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE

13 - NOME DO RESPONSÁVEL

15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

17 - Cód. IBSI MUNICÍPIO

18 - UF

19 - CEP

## 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Pete viti-2 de atropelamento, com exposição  
osteotendínea em pé Esq.

## 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

tal. cirúrgico

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

Amn - ese + ex. físico + radiografia

## 23 - DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO

frat. exp. dedos pé Esq. (semirreparação)

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

31 - DOCUMENTO

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

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - CNPJ EMPRESA

41 - Nº DO SEGURO

42 - CNAE DA EMPRESA

43 - SERIE

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

## AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

49 - DOCUMENTO

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

51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

REGISTRO

PACIENTE

IDADE

CLÍNICA

LEITO

7222687

ETA BARBOSA DE ALENCAR

51

CMCB - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

M13

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORARIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
#SEMI AMPUTACAO DE DEDOS PE E.	1. DIETA VO LIVRE----- 2. SORO FISIOLÓGICO 500ML EV 8/8H----- 3. DAPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6H----- 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H S/N----- 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N----- 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA----- OMEPRAZOL 20MG VO (SE NAO TIVER EV)----- 7. LUFTAL 30GTS VO 8/8H----- 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA OU LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H----- 9. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H----- 9. CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EM 100ML SG5% OU SF0.9% EV 6/6H----- 9. CURATIVO 1X/DIA----- 10. MEMBRO ELEVADO----- 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg----- 12. CUIDADOS GERAIS-----	8ND 360 000 3600 16/6 12/6 4 06 16 20 04 16 04 19	-09:00. Pac. ido so, acompanhado luado, tomar banho de as- pect, trocas curativos, medic epm. e e, sem 1700hs deite com uente comunic tivo eymico absu monvoca nega dor, aciteu diete e fereida funcoes fisio de Te Neurol 631930

COPIA  
Conferme Original



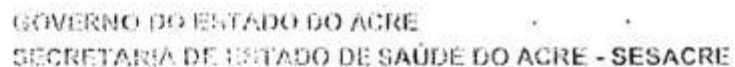
100 Einheiten pro Tag

CONFIDENTIAL  
Conforme Original



Accepted as official  
before Jan 1946  
P# 30 X 80, m.mtg. Tax \$6.12  
T6 Service car 3887 RT AL





digitado e impresso em: 16/05/2015 às 09:05:30

## REFERENCES

## REGISTRO

## PACIENTE

2222687

ETA BARBOSA DE ALENCAR

IDAIDE

54

CLÍNICA

CMC3 - CLINICA MEDICA CIRURGICA - B

LEITO

156

EVOLUÇÃO	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM
#SEMI AMPUTACAO DE DEDOS PE E.  ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO COM 4 DEDO DO P <sup>º</sup> ESQUERDO, COM SINAIS DE MUMIFICACAO. AGUARDANDO DELIMITA??O DA LESAO. TERA ALTA HOSPITALAR E SERA ORIENTADO A RETORNAR NA PROXIMA TERÇA FEIRA PARA EVOLU??O DE SUA LESAO.	1. DIETA VO LIVRE----- S/D 2. SORO FISILOGICO 500ML EV 8/8/H ----- 3. DIPIRONA 1GR EV DILUIDO 6/6/H ----- 4. TRAMAL 100MG + 100ML SF0.9% EV 8/8H S/N ----- 5. PLASIL 10MG EV DILUIDO 8/8H S/N ----- 6. OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA OU OMEPRAZOL 20MG VO (SE NAO TIVER EV) ----- 7. LUFTAL 30GTS VO 8/8H ----- 8. CLEXANE 40MG SC 1X DIA OU LIQUEMINE 5000 UI SC 12/12H ----- 9. CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H ----- 9 CLINDAMICINA 600MG DILUIDO EM 100ML SG5% OU SF0.9% EV 6/6H ----- 9. CURATIVO 1X/DIA ----- 10. MEMBRO ELEVADO ----- 11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS>160 OU PAD>110mmhg ----- 12. CUIDADOS GERAIS -----		<p>Assisio marginal da hospitalar com sucesso, sendo o amputado em cirurgia de 2.</p> <div style="transform: rotate(-45deg); border: 1px solid black; padding: 5px;">             U.O.P.I.A.              Conforme orientacao           </div>

**ALTA HOSPITALAR**  
Com Encaminhamento e  
Orientação Médica  
Obs: Queira Retornar a este Hospital



Governo do Estado do Acre

Secretaria de Estado de Saúde - SESACRE

Hospital de Urgência e Emergência de Rio Branco - HUERB  
CENTRO CIRURGICO

HORA DE CHEGADA \_\_\_\_\_ SALA \_\_\_\_\_ DATA: 18/05/2017

NOME DO PACIENTE: JOÃO CARLOS DA SILVA IDADE: \_\_\_\_\_

PROCEDÊNCIA: EMERGENCIA ( ) AMBULATÓRIO ( ) OUTROS ( )

ANESTESIA: GERAL ( ) RAQUEANESTESIA ( ) LOCAL ( ) OUTRAS ( )

INICIO DA ANESTESIA: 22:40 TERMINO DA ANESTESIA: 23:50

PROCEDIMENTO REALIZADO: Amiotomia e amputação de dedo polegar da mão direita

INICIO DA CIRURGIA: 22:45 TERMINO DA CIRURGIA: 23:30

CIRURGIÃO: Dr. João Carlos da Silva AUXILIAR(ES): \_\_\_\_\_

ANESTESISTA: Dr. João Carlos da Silva INSTRUMENTADOR: Roberto

CIRCULANTE: Dr. João Carlos da Silva ENF.: Paulo

# MATERIAL DE MEDICAÇÃO UTILIZADOS

MEDICAMENTO	MATERIAL	MATERIAL
BUPIVACAÍNA PESADA 05%	AGULHA DESC. Nº 14 x 21	FIO VICRYL
BUPIVACAÍNA SI VASO	ÁLCOOL 70% 100 ml	FIO ALGODÃO
BUPIVACAÍNA CI VASO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	FIO PROLENTE
CÓLAGENASE	AGULHA P/ RAQUE 25 x 1	FORMOL
DORMINID	AGULHA PERIDUAL	FURADEIRA
DIPÍRONA	ASPIRADOR	GASES
DIAZEPAN	ATADURA GESSADA	GELFOAN
DILUENTE	ATADURA DE CREPON 10 x 10	GORRO
DOPAMINA	ABOCATH Nº	INTRACATE Nº
EPINEFRINA	BISTURI ELETRICO	KIT DRENO DE TORAX Nº
FENTANIL	BOLSA C. URINA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,0
FUROSEMIDA	BOLSA P/ COLOSTOMIA	LUVAS CIRÚRGICAS 7,5
HIDROCORTIZONA	BORRACHA P/ ASPIRAÇÃO	LUVAS CIRÚRGICAS 8,0
KEFLIN	COLETOR UNIVERSAL	LUVAS CIRÚRGICAS 8,5
KETALAR	CATETER NASAL T. ÓCULOS	LÂMINAS DE BISTURI
LIDOCAÍNA	CERA ÓSSEA	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS
LIDOCAÍNA GEL	CHUMAÇO	MALHA TUBULAR
MANITOL	C. TRAQUEOSTOMIA Nº	MÁSCARA
METRONIZADOL	C. ENDOTRAQUEAL Nº	MULTIVIA
MORFINA	COLAGENASE POMADA	PANO P/ PACOTE (ÓBITO)
PAVULON	COMPRESSA CIRÚRGICA	POVIDINE DEGERMANTE
PROPOFOL	DRENO DE PENROSE Nº	POVIDINE TINTURA
PLASIL	ELETRODOS	POVIDINE TÓPICO
PROSTIGMINE	EQUIPO P/ SORO	PRO PE
SULFADIAZINA DE P.	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO	SCALP Nº
SORO FISIOLÓGICO 0,9%	ESPARADRAPO	SWAB
SORO GLICOSADO 5%	ESPARADRAPO MICROPORON	SERINGA DE 1 ML
SORO RINGER LACTADO	FAIXA DE SMARCH	SERINGA DE 3 ML
TIOPENTAL	FIXADOR EXTERNO	SERINGA DE 5 ML
TRAMAL	FRALDA	SERINGA DE 10 ML
TILATIL	FILTRO BACTERIOLOGICO	SERINGA DE 20 ML
VOLUVEN 6%	FITA CARDÍACA	SONDA NASOGÁSTRICA
	FIO DE KIRSCHNER	SONDA P/ ASPIRAÇÃO
	FIO MONONYLON 30F	SONDA RETAL
	FIO SUTUPACK	SONDA URETRAL
	FIO CAT GUT C.	SONDA FOLLEY
	FIO CAT GUT S.	TELA DE MAELEX

**SINAIS VITAIS DURANTE O PROCEDIMENTO CIRÚRGICO**

HORA: 22	HORA: 23:30	HORA:
PA:	PA: 95 X 50 mmHg	PA:
FC:	FC: 94 bpm	FC:
SPO2:	SPO2: 99%	SPO2:
HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:
HORA:	HORA:	HORA:
PA:	PA:	PA:
FC:	FC:	FC:
SPO2:	SPO2:	SPO2:

**PARAFUSO E PLACAS**


**TRANSFUSÃO SANGÜÍNEA**

HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:
NÚMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	
HORA:	TIPO:	HORA:	TIPO:
QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:	QUANTIDADE:	GRUPO SANGÜÍNEO:
NUMERO DA BOLSA:		NUMERO DA BOLSA:	

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DO ACRE

Departamento de Assistência Médico - Hospitalar

UNIDADE: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO  
DE  
CIRURGIA

Nome do Paciente

Ete D. Alencar

Idade:

51

Observação: \_\_\_\_\_

Diagnóstico pré-operatório:

Semi amputação 4º e 5º dedos PE

Cirurgia proposta:

Li-p. Cirurgia + fixação fio Kirschner

Diagnóstico definitivo:

O - zero

Cirurgia realizada:

A proposta

Data

14/5/19

Cirurgião

Dr. Antônio José

1º Auxiliar

Dr. Marcelo Pinheiro

2º Auxiliar

Instrumentadora

Roseilda

Anestesista

Gláucia

Anestesia

Rague

Acidentes durante o ato cirúrgico

( ) Sim

☒ Não

Descrição

Biopsia de congelação

( ) Sim

☒ Não

Diagnóstico patológico: \_\_\_\_\_

Encaminhamento do paciente imediatamente após o ato cirúrgico

☒ Enfermaria

( ) CT

( ) Residência

( ) Óbito

## DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

1) Oste em DDH sob rague

2) Anestesia + antiseptia + Campos

3) lavagem exaustiva com SF

4) Redução e fixação com FK 5

5) 4º e 5º dedos com perfuração de injeção

6) Sutura + Curativo

Dr. Marcelo A. Pinheiro  
Médico - Cirurgião - P.M.  
Ortopedia / Traumatologia

# DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Dr. Marcelo A. Alvim  
Médico - ORT - AC - PRW  
Ortopedia Traumatologia

Data

Assinatura do Cirurgião

CRM





## FICHA DE ANESTESIA

Nº Reg: 2272684 Idade: 51a  
Clin.: OCP Qto.: Sexo: M Cor: pardo  
Lto.: Hora: Op. Proposta:  
Nome: Etá Barbara de Almeida  
Diag.: Diag. Post-Op.:  
Op. Realizada: HCT + F.K. a (E) Aux. Drs.: Marcelo Almeida  
Anestesia: Proprietary  
Operator Dr.: 226 231 ch Anest. Dr.: 1h 31 Data: 14, 05, 95

HORA	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
Anestésicos Oxigênio comin															
Plano de 3º estágio															
240															
220															
200															
180															
160															
140															
120															
100															
80															
60															
40															
20															
0															
SORO SANGUE PLASMA															
Posição	Sub.	Prone	Tend.	Lit.	Lit. e Trend.	Sup.	Dir. Nat.	Rota	Costm.	Demto.	Outras				
NOTAS															

INDUÇÃO Agentes: Técnica:  
Ext.: Vômitos: Tosse: Secr.: Cianose: Lar - esp.: Satif:  
Outras anot.:

MANUTENÇÃO		Técnica: I.O.T. I.N.T. V.D. Cegas				
AGENTES	CONC.	QUANT.	Sonda	Cân. O-f.	Cân. N-f.	Traqueostomia
Lidocaine			Circ. Fechado	Circ. Semi-fechado	Circ. Aberto	
Propofol			Circ. circular	Vai e Vem	S. Renal	Aparelho:
Fentanyl			R. Expon.	R. Assist.	R. Control/manual	
Atropina			Punção: Posição	Local:	Liq. Rel.	Tecn.
Epinephrine			Agulha	Pos. após punção	Nível obtido	
10mg			Perda sang.	Repos. Sangue	Soro	Plasma
			Outras anot.			

RECUPERAÇÃO: Ref. Sala: Consc. / Sala: Retirada: P.A.  
Secreções: Vômitos: Cianose: Excit: Insuf. Resp: Drenos tor.  
Cond. Final: Duração da anest.: Duração da op.:  
Outras anot.:

Cláudio Bastos Marçal Santos  
Médico Anestesiologista  
CRM-AC 1238

# HISTÓRIA CLÍNICA DO PACIENTE

Queixa Principal:

Per e sangramento e p. E

História da Doença Atual:

Vit. - 2 de sangramento

História da Doença Anterior:

Exame Físico:

Diagnóstico Provisório:

Fract. (sem 2 fraturas) h. e. - dados

Diagnóstico Definitivo:

0 - 2 - 0

Motivo da Cobrança:

Dr. Manoel A. P. Almeida  
Médico - 1791-40 - PM  
Ortopedia / Traumatologia

ALTA CURADA  
ALTA MELHORADA  
ALTA INALTERADA  
ALTA PEDIDO  
ALTA INTERNADO P/ DIAGNÓSTICO  
ALTA ADMINISTRATIVA  
ALTA POR INDISCIPLINA  
ALTA POR EVASÃO  
ALTA P/ COMPL. EM REGIME AMBULATORIAL  
PERMANÊNCIA POR CARACT. PROP. DA DOENÇA  
PERMANÊNCIA POR INTERCORRÊNCIA  
PERMANÊNCIA POR MOTIVO SOCIAL  
PER DOENÇA CRÔNICA  
PERMANÊNCIA POR IMPOS. DE CONV. SOC. FAMILIAR  
TRANSFERÊNCIA P/ FISIOTERAPIA  
TRANSFERÊNCIA P/ PSIQUIATRIA  
TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA MÉDICA  
TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA CIRÚRGICA  
TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA OBSTÉTRICA  
TRANSFERÊNCIA P/ BERÇÁRIO  
TRANSFERÊNCIA P/ CLÍNICA PEDIÁTRICA  
TRANSFERÊNCIA P/ ISOLAMENTO  
TRANSFERÊNCIA P/ OUTROS  
MORTO COM NECROPSIA ATÉ 24HS. DA INTERNAÇÃO  
MORTO COM NECROPSIA ATÉ 48 HS. DA INTERNAÇÃO  
MORTO COM NECROPSIA APÓS 48 HS. DA INTERNAÇÃO  
MORTO DA PARTURIENTE C/ NECROPSIA C/ PERM. REC.

51-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 24 HS DA INTERN.  
52-ÓBITO S/ NECROPSIA ATÉ 48 HS DA INTERN.  
53-ÓBITO S/ NECROPSIA APÓS 248 HS DA INTERN.  
54-ÓBITO DA PARTURIENTE S/ NECROPSIA C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO  
61-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLIOTR. C/ MENOS DE 24 HS DA PRIMEIRA CIRURGIA  
62-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
63-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLIOTR. DE 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
64-ALTA P/REOPERAÇÃO EM POLIOTR. ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
65-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA COM MENOS DE 24 HS  
66-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 24 À 48 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
67-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA 48 À 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
68-ALTA P/REOPERAÇÃO EM CIRURGIA DE EMERGÊNCIA ACIMA DE 72 HS APÓS A PRIMEIRA CIRURGIA  
69-ALTA DA PARTURIENTE P/OPERAÇÃO C/PERMAN. DO RECÉM-NASCIDO  
71-ALTA DA PARTURIENTE C/PERMANÊNCIA C/RECÉM-NASCIDO



**DR MARCO AURÉLIO BRANCO**  
**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia - SBOT

Membro Titular da Sociedade Brasileira de Cirurgia do Quadril - SBQ



**CIRURGIA DO QUADRIL**

**CRM 992/ AC**

**SBOT 10352**

---

## RECEITUÁRIO MÉDICO

---

Etã Barbosa de Alencar

### Relatório Médico

Paciente fez acompanhamento ambulatorial pós fratura exposta do 4º e 5º PDE, com amputação traumática do 4º dedo e seqüela de fratura do 5º dedo, com encurtamento e anquilose deste dedo. Apresenta déficit funcional leve para a marcha dada a perda apresentada.

CID: S98 e S92

Rio Branco, 4 de novembro de 2015

12 NOV 2015

  
Dr. Marco Aurélio Branco  
CRM 992/ AC  
SBOT 10352

Avenida Getúlio Vargas, 568 - Centro  
CEP: 69900-150 Rio Branco - AC  
3224-4131/ 9226-1574  
e-mail: mabranco77@gmail.com





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

**ESTADO DO ACRE**  
SECRETARIA DE ESTADO DA POLÍCIA CIVIL  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RAIMUNDO HERMINIO DE MELO

 **Polegar Direito**



*ETA Barbosa de Alencar*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 103648 DATA DE EXPEDIÇÃO 09/10/2012

NOME **ETA BARBOSA DE ALENCAR**

FILIAÇÃO  
**JOÃO MOREIRA DE ALENCAR**  
**FRANCISCA MARIA BARBOSA**

NATURALIDADE **RIO BRANCO - AC** DATA DE NASCIMENTO **13/07/1963**

DOC. ORIGEM  
**CERTO CAS AVERB DIVORCIO 1.989 FLS 121 LIV B-7**

**RIO BRANCO - AC**

CNPJ  
**119.781.712-34**

**2 VIA**

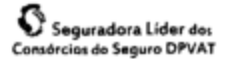
  
SANDRO SODRÉ COSTA RODRIGUES  
DIRETOR DO INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

P. 88

LEI Nº 7.116 DE 29-08/83

117 JUL 2013

## PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## SINISTRO

Número do Sinistro: 3150623873

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Vítima: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Data do  
Acidente: 14/05/2015

CPF: 119.781.712-34

CPF de: Próprio

Titular do CPF: ETA BARBOSA DE ALENCAR

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

## DOCUMENTOS DO SINISTRO

Documento	Status	Motivo	Comentário
Boletim de ocorrência	Entregue		
Certidão de casamento	Dispensado		
Certidão de inexistência de IML	Entregue		
Certidão de nascimento	Dispensado		
Comprovação de ato declaratório	Entregue		
Declaração do Proprietário do Veículo	Dispensado		
Documentação médico-hospitalar	Entregue		
Documentos de identificação	Entregue		
DUT	Dispensado		
Laudo do IML - Lesões corporais	Dispensado		
Outros	Entregue		

## DOCUMENTOS DAS PESSOAS

Documento	Status	Motivo	Comentário
<b>BENEFICIÁRIO - ETA BARBOSA DE ALENCAR</b>			
Alvará judicial	Dispensado		
Autorização de pagamento	Não Conforme	Faltando página	Doc. bancario não enviado.
Comprovante de residência	Entregue		

**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](http://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.

## Portador da documentação entregue

Data: 17/07/2015  
Nome: carta simples  
CPF:

carta simples

## Responsável pelo recebimento na seguradora

Data: 17/07/2015 08:45  
Nome: Camila dos Santos  
CPF: 120.899.057-86

Camila dos Santos

Nº do Sinistro

Nº do Protocolo

Seguro Dpvat - Protocolo de Recepção de Documentação

INVALIDEZ PERMANENTE



br

## QUALIFICAÇÃO DO EVENTO

Data do Acidente 14/05/15

Vítima

Ela Barbosa de Alencar

CPF 119-781-712-34

Seguradora

## QUALIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Nome Ela Barbosa de Alencar

Vítima

Representante Legal

Terceiro

(especificar vínculo)

Endereço para Correspondência

Vera Guiz

nº 18

Complemento

2-15 Bairro morada-do-sol

Cidade

Rio Branco

UF AC

CEP

Telefone para contato

3301-6477

9900-3322

9955-2213

Preencha com ☒ para documentação entreguePreencha com ☐ para documentação faltante

## TIPO DE DOCUMENTO

## DOCUMENTOS BÁSICOS

- ☐ Registro da Ocorrência, expedido pela autoridade policial
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação da vítima
- ☐ CPF da vítima
- ☐ Comprovante de residência da vítima
- ☐ Autorização de Pagamento / Crédito de Indenização (preencher modelo anexo)

Em caso de vítima com até 16 anos, também deverão ser apresentados os documentos pessoais do responsável legal.

## DOCUMENTOS DA VÍTIMA

- ☐ Boletim de atendimento hospitalar ou ambulatorial
- ☐ Laudo do Instituto Médico Legal - IML, qualificando a extensão das lesões físicas ou psíquicas da vítima
- ☐ Na falta do laudo do IML, documento da Secretaria de Segurança Pública, informando a inexistência do IML na localidade do evento
- ☐ Em caso de dúvida quanto às lesões terem sido provocadas pelo acidente, poderá ser solicitado o Relatório de Internamento Hospitalar ou do tratamento a que se submeteu a vítima, com indicação das lesões produzidas pelo trauma
- ☐ Termo de Curatela, no caso de alienação mental
- ☐ Alvará Judicial (se for o caso)

## REPRESENTANTE LEGAL - se houver

- ☐ Procuração
- ☐ Identidade / RG ou Certidão de Nascimento ou Certidão de Casamento ou CTPS ou Carteira Nacional de Habilitação do procurador
- ☐ CPF
- ☐ 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204, de segunda a sábado, de 8h às 20h.
- 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.

## PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_

## RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

☐ Documentação recebida sem conferência

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Identidade \_\_\_\_\_



## PEDIDO DE REANÁLISE E REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA

À

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Processo Nº: 3150/623873

Vítima: Eta Barbosa de Alencar

Natureza: INVALIDEZ

Prezados Senhores

12 NOV 2015

Referente ao processo administrativo DPVAT por invalidez permanente acima mencionado, venho através deste, solicitar que o processo seja re-analisado em virtude da indenização ter sido negada sem que a vítima fosse submetida à perícia médica para devida constatação de lesões e seqüelas existentes.

Por este motivo, solicito que seja realizada perícia médica por parte da Seguradora Líder, em data a ser definida por V.Sas., tendo em vista que a negativa ao pagamento da indenização faz-se pouco provável em face das graduações estabelecidas pela tabela anexa à Lei 6.194/74, inclusa pela Lei 11.945/09, em comparação com as graves lesões decorrentes do acidente conforme documentação médica anexa, em que consta toda evolução e acompanhamento médico submetido.

Contanto com a habitual atenção de V.Sas., coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários referente ao sinistro, através do telefone (0 ) \_\_\_\_\_.

Eta Barbosa de Alencar

(assinatura requerente (vítima) e/ou procurador)



Seguradora Líder - DPVAT

## AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO



\*0014\*

Nº DO SINISTRO \_\_\_\_\_

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com **dados do beneficiário** da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, Elta Barbosa de AlencarPORTADOR(A) DO RG Nº 103648 EXPEDIDO POR SGP/AC EM 09/10/12 ECPF 11978171 - 00 / CNPJ 00000000 - 0000 - 00, PROFISSÃO Desempregado

E RENDA MENSAL DE R\$ 10,01 (\*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO SEGURO DPVAT DA VÍTIMA Elta Barbosa de Alencar. AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(\*) A Circular Susep nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos podem aparecer termos: - SALÁRIO, FUNCIONAL, INSS, BOLSA FAMÍLIA, BOLSA ESCOLA, PREVIDÊNCIA SOCIAL ou AGRICULTURA FAMILIAR.
- Conta Empresarial – conta pessoal cadastrada em um CNPJ – nos documentos podem aparecer termos: CNPJ, ME, MEI, EPP, COMER ou LTDA normalmente ao final do nome do titular.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for o titular;
- Conta tipo FÁCIL e/ou com limite de movimentação financeira mensal;
- Qualquer conta da CEF se não for apresentado algum documento do banco indicando que não existem quaisquer impedimentos para fins de depósito de indenização de DPVAT;
  - Para este banco (CEF), a conta corrente pode ser identificada com cópia simples rasurada de folha de cheque como comprovante de dados bancários do titular.
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta;
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL [www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Conta não pertencente à vítima/beneficiário.

**IMPORTANTE:** Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

Os meios possíveis para identificar/verificar a documentação recebida na fase de regulação do sinistro DPVAT é responsabilidade do agente regulador (seguradora ou reguladora).

Os bancos BRADESCO, ITAÚ e SANTANDER disponibilizam, em consulta simples no site, informações sobre a titularidade da conta, se conta empresa e/ou salário ou ainda inexistência da mesma.

Os bancos BRADESCO e ITAÚ têm acordo junto à Seguradora Líder-DPVAT para abertura de conta POUPANÇA para fins de DPVAT sem ônus para o requerente. Carta de abertura disponível no endereço eletrônico: [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br)

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO \_\_\_\_\_ N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_ N° da CONTA (com dígito, se existir) \_\_\_\_\_

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO 104 N° da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 2278-013 da CONTA (com dígito, se existir) 34.189-3

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE. UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

Rio Branco, 10 de Julho de 2015

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO



## ATENÇÃO

- O Seguro DPVAT garante indenização de R\$13.500,00 em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse [www.dpvatsegurodotransito.com.br](http://www.dpvatsegurodotransito.com.br) ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.

**Comprovante de transferência entre contas da CAIXA - TEV**

Via Internet Banking CAIXA

<b>Emitente:</b>	CHARLENE RIBEIRO DA SILVA
<b>Conta origem:</b>	2278 / 013 / 00031368-8
<b>Conta destino:</b>	2278 / 013 / 00054189-3

<b>Nome destinatário:</b>	ETA BARBOSA DE ALENCAR
<b>Valor:</b>	R\$ 5,00

<b>Data de débito:</b>	17/07/2015
<b>Data/hora da operação:</b>	17/07/2015 16:08:40

<b>Código da operação:</b>	00263791
<b>Chave de segurança:</b>	V86XETAAWJX3E8G3

"Quando a data de débito coincidir com dia não útil e/ou com o último dia útil do ano, a transferência será feita no primeiro dia útil subsequente."

DEBITO REALIZADO COM SUCESSO.O CREDITO NA CONTA DE DESTINO SERA EFETUADO APOS O PROCESSAMENTO DA TRANSACAO

Operação realizada com sucesso conforme as informações fornecidas pelo cliente.

SAC CAIXA: 0800 726 0101  
Pessoas com deficiência auditiva: 0800 726 2492  
Ouvidoria: 0800 725 7474  
Help Desk CAIXA: 0800 726 0104

20 JUL 2015