

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 07/04/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANTONIO JORGE SOARES

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00250-X

CONTA: 000010102208-5

Nr. da Autenticação B0BD49753C522193

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200122232 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JORGE SOARES **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA. P3, 12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 16 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo	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: 3200122232 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JORGE SOARES **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA. P3, 12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 16 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo	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: 3200122232 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JORGE SOARES **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA. P3, 12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 16 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50



CNPJ: 05.503.497/0001-18
INSERÇÃO ESTADUAL: 26.010.428-0
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 89.300-610

ATENDIMENTO
CAERR
0800 280 9520
www.caerr.com.br

Matrícula: 831247

Janeiro/2020

Dados do Cliente:

MARIA DO ROSARIO GONCALVES FRANCO

Inscrição

001.033.011.0169.000

Rota

5

Seq.Rota

1189

Endereço para entrega:
RUA DC 19, NUM. 295 - SENADOR HELIO CAMP
08 BOA VISTA RR 69317-633

Hidrômetro

NÃO MEDIDO

Data de Instalação

Situação Água

Situação Esgoto

ANTERIOR

ATUAL

CONSUMO (m³)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

201912 10-0

201911 10-0

201910 10-0

201909 10-0

201908 10-0

201907 10-0

MEDIA 10

Quantidade de Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição
DECRETO FEDERAL N.º 5449 / 2005 G.M

AMOSTRAS	CLORO	TURBIDEZ	COR	CH-TOXA	ELUCOL
EXIGIDAS	189	189	189	189	189
ANALISADAS	189	189	189	189	189
CONFORMES	189	189	189	189	189

DESCRICAÇÃO

CONSUMO TOTAL(R\$)

AGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE AGUA

10 M3 23,83

TAXA COBRANCA DE DOCUMENTO 12/2019

4,77

MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019

0,47

RECEBIMENTO

15/02/2020

TOTAL A PAGAR

29,07

AVISO: EM 30/11/2019 CONSTA DEBITO SUJ.CORT. IGNORE CASO PAGO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)

Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações e sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

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

<http://www2.susep.gov.br/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

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

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

¹ SUPERINTENDÊNCIA DE SEGUROS PRIVADOS – SUSEP, ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA ABERTA, CAPITALIZAÇÃO E RESSEGURO. ² CONSELHO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS – COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA FAZENDA, TEM POR FINALIDADE DISCIPLINAR, APLICAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº9.613/98.

Pelo exposto, eu William Gonçalves Franco

Inscrito (a) no CPF/CNPJ 825.396.343-80, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário

Antônio Jorge Soares inscrito (a) no CPF sob o Nº 626-781831-49,

do sinistro de DPVAT cobertura Inválida, da Vítima Antônio Jorge Soares

Inscrito (a) no CPF sob o Nº 626-781-831-49, 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>Rua CC 18</u>	Número:	<u>295</u>	Complemento:
Bairro:	<u>Laura Moreira</u>	Cidade:	<u>Baía Vista</u>	Estado: <u>RR</u> CEP: <u>69318085</u>
E-mail:	<u>wfranco992@gmail.com</u>			Tel.(DDD): <u>99113-3855</u>

Local e Data: Baía Vista RR 18 Março de 2020

William Gonçalves Franco

Assinatura do Declarante

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1º Classe de Risco
Secretaria de Estado da Saúde
Av. 44 General Roraima - UFAR/FSUL
Av. Belo Monte Edifício Gávea, 3902

Verbal
Larja
Pátria
Vozes
Avul. Aves

Verbal
Larja
América
Vozes
Avul. Aves

Verbal
Larja
América
Vozes
Avul. Aves

NOT. JNNO 09 30

001132255	09/09/2018 23:40:22	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	CPI 17	Pneumônico
Paciente		data Nascimento	Idade	CNS	62678183148	
ANTONIO JORGÉ SOARES		21/05/1962	57 A 3 M 25 D	707402065585577	Nacionalidade	
Tipo Doc.	Documento	Órgão emissor/Outra Emissão	Sexo	Profissão	BRASILEIRA	
IDENTIDADE	3270157	CM	Estado Civil	Profissão		
Mãe					Contato	
IRENE SOARES					(85) 99118-8996	
Endereço					Colação	
RUA 4 - PROVENIENTE DA FAZENDA BOM JESUS - CAMPOS NOVOS - 186 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR NÃO INFORMADA						
Class. de Risco	Perito Crimétrico	Nº de Carteira		Validade	Autorização	Res. Principal
Motivo do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Centro de Atendimento	Profissional de Atend.	Procedência	Temp	Res. Sec.
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA			Procedimento: 801.		Registrado por:
Sexo		Tipo de Emergência				LEANDRO
GRANDE TRAUMA	SAMU REGIONAL					
Doença Principal	I. Síndrome febril / II. Sintomatismo Respiratório / III. Suspeita de Dengue					
<p><i>Acidente de moto - Trauma em perna direita</i></p>						

Anamnese de Entregador

GSC
AC.1234 RV.12345 MIV.12345 TOTAL

Anamnese - HORA DA CONSULTA: h) *Presente encaminhado do Hospital Estadual de Boa Vista, com sintomas de dor, febre e*
de morte a traumato em perna direita
(exame de olhos negativo)
 Exame Físico: *RR: 60, PAA, Lote, EUPNE: CO, KIDRATOS*

Hipótese Diagnóstica

Fratura de perna direita?

SADT - Exames Complementares

<input checked="" type="checkbox"/> RAYO-X	<input type="checkbox"/> ULTRASOM	<input type="checkbox"/> ECG	<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> Urina	<input type="checkbox"/> ERG	<input type="checkbox"/> OUTROS
--	-----------------------------------	------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	------------------------------	---------------------------------

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

 Ata por Decisão Médica Ambulatório Ata a Perito Consultação (nº 241) Ata a Réu Internação Autorização para: *Intervenção* Data e hora da Sessão/Ato: / /

data

Anexos: 1º Atendimento: Sim Não Ata de AutodéfesaDestino: Família IMA Ata de Autodéfesa

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura e Assinatura do Médico

Impresso por: Leandro
Data/Hora: 15/09/2018 23:53:12



Leandro

ONTARIO'S

Patient with joint problem
of joints in mid.

It is known in

Dr of Drs in

Reactive & Inflammatory disease

Dr

Dr. J. H. D. D. D.

BLOCO D

data: 04/02/2020

Sistema
União de
SaúdeMinistério
da
SaúdeFOLHA PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1- IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRINCIPAL

1-1- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRINCIPAL

HCR

2- CNES

3- CNES

3- IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4- CNES

5- CNES

6- CNES

7- CNES

8- CNES

9- CNES

10- CNES

11- CNES

12- CNES

13- CNES

14- CNES

15- CNES

16- CNES

17- CNES

18- CNES

19- CNES

20- CNES

21- CNES

22- CNES

23- CNES

24- CNES

25- CNES

26- CNES

27- CNES

28- CNES

29- CNES

30- CNES

31- CNES

32- CNES

33- CNES

34- CNES

35- CNES

36- CNES

37- CNES

38- CNES

39- CNES

40- CNES

41- CNES

42- CNES

43- CNES

44- CNES

45- CNES

46- CNES

47- CNES

48- CNES

49- CNES

50- CNES

51- CNES

52- CNES

53- CNES

54- CNES

55- CNES

56- CNES

57- CNES

58- CNES

59- CNES

60- CNES

61- CNES

62- CNES

63- CNES

64- CNES

65- CNES

66- CNES

67- CNES

68- CNES

69- CNES

70- CNES

71- CNES

72- CNES

73- CNES

74- CNES

75- CNES

76- CNES

77- CNES

78- CNES

79- CNES

80- CNES

81- CNES

82- CNES

83- CNES

84- CNES

85- CNES

86- CNES

87- CNES

88- CNES

89- CNES

90- CNES

91- CNES

92- CNES

93- CNES

94- CNES

95- CNES

96- CNES

97- CNES

98- CNES

99- CNES

100- CNES

101- CNES

102- CNES

103- CNES

104- CNES

105- CNES

106- CNES

107- CNES

108- CNES

109- CNES

110- CNES

111- CNES

112- CNES

113- CNES

114- CNES

115- CNES

116- CNES

117- CNES

118- CNES

119- CNES

120- CNES

121- CNES

122- CNES

123- CNES

124- CNES

125- CNES

126- CNES

127- CNES

128- CNES

129- CNES

130- CNES

131- CNES

132- CNES

133- CNES

134- CNES

135- CNES

136- CNES

137- CNES

138- CNES

139- CNES

140- CNES

141- CNES

142- CNES

143- CNES

144- CNES

145- CNES

146- CNES

147- CNES

148- CNES

149- CNES

150- CNES

151- CNES

152- CNES

153- CNES

154- CNES

155- CNES

156- CNES

157- CNES

158- CNES

159- CNES

160- CNES

161- CNES

162- CNES

163- CNES

164- CNES

165- CNES

166- CNES

167- CNES

168- CNES

169- CNES

170- CNES

171- CNES

172- CNES

173- CNES

174- CNES

175- CNES

176- CNES

177- CNES

178- CNES

179- CNES

180- CNES

181- CNES

182- CNES

183- CNES

184- CNES

185- CNES

186- CNES

187- CNES

188- CNES

189- CNES

190- CNES

191- CNES

192- CNES

193- CNES

194- CNES

195- CNES

196- CNES

197- CNES

198- CNES

199- CNES

200- CNES

201- CNES

202- CNES

203- CNES

204- CNES

205- CNES

206- CNES

207- CNES

208- CNES

209- CNES

210- CNES

211- CNES

212- CNES

213- CNES

214- CNES

215- CNES

216- CNES

217- CNES

218- CNES

219- CNES

220- CNES

221- CNES

222- CNES

223- CNES

224- CNES

225- CNES

226- CNES

227- CNES

228- CNES

229- CNES

230- CNES

231- CNES

232- CNES

233- CNES

234- CNES

235- CNES

236- CNES

237- CNES

238- CNES

239- CNES

240- CNES

241- CNES

242- CNES

243- CNES

244- CNES

245- CNES

246- CNES

247- CNES

248- CNES

249- CNES

250- CNES

251- CNES

252- CNES

253- CNES

254- CNES

255- CNES

256- CNES

257- CNES

258- CNES

259- CNES

260- CNES

261- CNES

262- CNES

263- CNES

264- CNES

265- CNES

266- CNES

267- CNES

268- CNES

269- CNES

270- CNES

271- CNES

272- CNES

273- CNES

274- CNES

275- CNES

276- CNES

277- CNES

278- CNES

279- CNES

280- CNES

281- CNES

282- CNES

283- CNES

284- CNES

285- CNES

286- CNES

287- CNES

288- CNES

289- CNES

290- CNES

291- CNES

292- CNES

293- CNES

294- CNES

295- CNES

296- CNES

297- CNES

298- CNES



Anti-Semitic Jürgen Goede, M., 57a.

Инженерные - услуги - host - Home - REETO

卷之三

11:05

1720

08/02/2009

	12	21	22	23
20				
21				
22				
23				

3-163
Bergi makanan dibutuhkan oleh manusia
Untuk bertahan hidup. Makanan berasal
dari tanah, yang kedua yak sedangkan
dari air. Makanan dibedakan

1. Monogás + Monogárgica ✓
 2. Freitado ✓
 3. Monogárgica ✓
 4. Sextada
 5. Quinagás ✓
 6. Assexuada ✓
 7. Ag. R. V. a SR.
 8. 009
 9. Quintuplicada ✓

total 2000 mil
creado Tratamiento mitigador de presión
ia de fibra óptica

• Lern- & -Übung - Einzel- & Gruppen-
Diagnostische Beobachtung - Hypothesen
- Suchen - Werte

NAME: John T. Fischer DOB: 03/09/1960 GRADE: 11A GRADE: 11A

PLANT NUMBER

Part 2: Answers

8. Hexadecahedron to very W
9. Tetrahedron to very W

X- 54.98

Alfonso F. M. Fierros
2000-2001-2002-2003
CMM 3071 RA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NAME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Edson Viegas	14034	6037280	103 02/20
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INÍCIO	MIN	TEMPO TOTAL
14034	10:35	12:15	
SCHIPE MÉDICA			
ANESTESISTA	D. Fabrício		
RES. ANESTESIA	D. Daniel		
INSTRUMENTADOR			
CIRCULANTE	Eduardo Viegas		
TEMPO DE DURAÇÃO			
QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR	
	FRASCOS SORO FÍSIOLOGICO	500ml	
	FRASCOS SORO RINGER LACTADO		
	FRASCOS SORO GLICOSADO		
	FIO VIREL N° 7		
	FIO MONONYLON N° 40 200		
	FIO ARCOLADO SEM AGULHA N°		
	FIO ARCOLADO COM AGULHA N°		
	FIO CATGUT SIMPEL N°		
	FIO CATGUT CROMADO N°		
	FUTROFENE N°		
	FIO SEDA N°		
	SPONGE		
	CERA FLOSO	200g	
	KIT EXTRATOR N° 10	100g	
	ENXOFRE	100g	
	THIACARDICA	100g	
	OLIGROM	100g	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA VISTOS PELOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA CCC DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR	ENFERMEIRA/ TÉCNICO		
	Edson Viegas		
FUNCIONARIO/CALCULADOR	CIRURGANTE DE SALA		
	Eduardo Viegas		
		MATERIAL MEDICAMENTOS	
		SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE			



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILÓFIOS".

AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL CATALOGO DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento: Intervenção de fratura de braço
		DATA: 04/07/1980
Nome do Paciente: Antônio Jorge Sáires		IDADE: 51
Bloco: 2		SEXO: F () M ()
Enfermaria: Mat		Nº do Prontuário: 0471180
Leito: 4		Nº da Sala: 03
		Circulante de Sala: Enr Jorge
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:		

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

Data:	/20	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:			
Necessário Diagnóstico: <input type="checkbox"/> Pediátrico <input type="checkbox"/> Geriátrico <input type="checkbox"/> Gotinha - escrosoíde <input type="checkbox"/> Gotinha - nefrolítico Presença: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Alerta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual (s): Paciente indígena: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Necessidade de Interpretar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantidiana Pausa ou Impedimento: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Obs: Desambiguação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> cadeira da roda <input type="checkbox"/> Comprometida			
SISTEMA NEUROLOGICO			
<input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Não Reage <input type="checkbox"/> Alterado		REGULAÇÃO TÉRMICA	
<input type="checkbox"/> Fotonegativa <input type="checkbox"/> Polisséptica <input type="checkbox"/> Taquicárdica <input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Estabil. <input type="checkbox"/> Hipotérmica <input type="checkbox"/> Isotérmica <input type="checkbox"/> Antisséptica <input type="checkbox"/> Não responde <input type="checkbox"/> Alterações			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Disponível <input type="checkbox"/> Ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia <input type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Automática <input type="checkbox"/> Sínt. <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual:		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
<input type="checkbox"/> Normocárdica <input type="checkbox"/> Bradicárdica <input type="checkbox"/> Taquicárdica <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendida <input type="checkbox"/> Globosa <input type="checkbox"/> Pulsos: <input type="checkbox"/> Polifásica <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ruidos Hidroacústicos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Erupções: <input type="checkbox"/> Bulhas Cardíacas: <input type="checkbox"/> Pausa: <input type="checkbox"/> Alterações:			
AUMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL			
<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Automática <input type="checkbox"/> Taquicárdica <input type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Distendida <input type="checkbox"/> Globosa <input type="checkbox"/> Automática <input type="checkbox"/> Taquicárdica <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Erupções:		REGISTRO DE CATÉTERES/SONDAS/IRENOS	
<input type="checkbox"/> Lesão por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Repliant:		Data: _____ Tratar em: _____ Local: _____ Tratar em: _____ Cetoter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Cetoter realização com: _____ Cetoter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Quantidade: _____ Sinal de infusão na sonda de renovação: _____ Drenos: _____ Curas/Uns: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Local: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> Desidratação prejudicada <input type="checkbox"/> Padão respiratório prejudicado <input type="checkbox"/> Risco de lesão por pressão <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de rigidez/obstrução/obstrução <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de broncoespasmo <input type="checkbox"/> Risco de edema agudo <input type="checkbox"/> Risco de temperatura corporal <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio hidroelectrolítico <input type="checkbox"/> Risco de hipertermia no ambiente corporal <input type="checkbox"/> Comunicação deficitária <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excretivo <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Risco de lesão por quedas <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficitária <input type="checkbox"/> Padrão no australiano para higiene		<input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Risco de broncoespasmo <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de quedas <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Comunicação deficitária	
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda: _____ <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		6. Estado Mental: _____ <input type="checkbox"/> Orientado/Alerta/Conhece as limitações <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Manter quedas baixas, elevadas <input type="checkbox"/> Desorientado/Alerta/Conhece as limitações <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> Monitorizar a rotina de quedas na placa de identificação 25 Sustentação cedó/cadeira/Fique em Fracassado <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> Orientar o paciente a pedir ajuda caso se desorientar TOTAL: _____ <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Manter rotina com rotinas treinadas Risco Baixo: <input type="checkbox"/> 0-24 <input type="checkbox"/> Necessidade de monitorizar contínua Risco Médio: <input type="checkbox"/> 25-44 <input type="checkbox"/> Manter vigilância de _____ horas Risco Alto: <input type="checkbox"/> Mais que 45 <input type="checkbox"/> Cada vez que o paciente _____ _____	
Prescrição de Cuidados Pós Queda			
3. Terapias Endovenosas/Dispositivo salinísculo		1. Risco simplificado em quatro de peso/enfermagem	
<input type="checkbox"/> HbO: _____ <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sintetização do Risco: _____ <input type="checkbox"/> SiO: _____		<input type="checkbox"/> Risco simplificado na placa de identificação letal	
Registro Geral:			
4. Ajudas na Desambiguação: _____ Nodírum/Auxílio/Auxílio: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ou alcance da mão Nodírum/Auxílio/Auxílio: <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> Necessidade de monitorizar contínua Mobilidade Pessoal: <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> Manter vigilância de _____ horas 5. Marcha/Desambiguação: _____ Normal/Amarrado/Desambiguação/Acamado: <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> Cada vez que o paciente _____ Fraca: <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> Material de uso pessoal ou alcance da mão Comprimento Pés/Canhoto/baixa: <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> _____			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo:			

Sistema: Ministério
Único da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento da Saúde
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DA SAÚDE
2 - NOME DO ESTABELECIMENTO - ACUDIMENTO

NIR

1 - CNES
2 - UNES

Identificação do Paciente

3 - NOME DO PACIENTE

4 - NACIONAL DA SAÚDE (MSI)

5 - NOME DA MÉDICA RESPONSÁVEL

6 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

7 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

8 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

9 - NOME DA MÉDICA RESPONSÁVEL

10 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

11 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

12 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

13 - NOME DO PACIENTE

14 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

15 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

16 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

17 - NOME DO PACIENTE

18 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

19 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

20 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

21 - NOME DO PACIENTE

22 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

23 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

24 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

25 - NOME DO PACIENTE

26 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

27 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

28 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

29 - NOME DO PACIENTE

30 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

31 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

32 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

33 - NOME DO PACIENTE

34 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

35 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

36 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

37 - NOME DO PACIENTE

38 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

39 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

40 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

41 - NOME DO PACIENTE

42 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

43 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

44 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

45 - NOME DO PACIENTE

46 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

47 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

48 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

49 - NOME DO PACIENTE

50 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

51 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

52 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

53 - NOME DO PACIENTE

54 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

55 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

56 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

57 - NOME DO PACIENTE

58 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

59 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

60 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

61 - NOME DO PACIENTE

62 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

63 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

64 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

65 - NOME DO PACIENTE

66 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

67 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

68 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

69 - NOME DO PACIENTE

70 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

71 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

72 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

73 - NOME DO PACIENTE

74 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

75 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

76 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

77 - NOME DO PACIENTE

78 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

79 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

80 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

81 - NOME DO PACIENTE

82 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

83 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

84 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

85 - NOME DO PACIENTE

86 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

87 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

88 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

89 - NOME DO PACIENTE

90 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

91 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

92 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

93 - NOME DO PACIENTE

94 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

95 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

96 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

97 - NOME DO PACIENTE

98 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

99 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

100 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

101 - NOME DO PACIENTE

102 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

103 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

104 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

105 - NOME DO PACIENTE

106 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

107 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

108 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

109 - NOME DO PACIENTE

110 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

111 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

112 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

113 - NOME DO PACIENTE

114 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

115 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

116 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

117 - NOME DO PACIENTE

118 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

119 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

120 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

121 - NOME DO PACIENTE

122 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

123 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

124 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

125 - NOME DO PACIENTE

126 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

127 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

128 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

129 - NOME DO PACIENTE

130 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

131 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

132 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

133 - NOME DO PACIENTE

134 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

135 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

136 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

137 - NOME DO PACIENTE

138 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

139 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

140 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

141 - NOME DO PACIENTE

142 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

143 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

144 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

145 - NOME DO PACIENTE

146 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

147 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

148 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

149 - NOME DO PACIENTE

150 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

151 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

152 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

153 - NOME DO PACIENTE

154 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

155 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

156 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

157 - NOME DO PACIENTE

158 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

159 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

160 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

161 - NOME DO PACIENTE

162 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

163 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

164 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

165 - NOME DO PACIENTE

166 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

167 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

168 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

169 - NOME DO PACIENTE

170 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

171 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

172 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

173 - NOME DO PACIENTE

174 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

175 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

176 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

177 - NOME DO PACIENTE

178 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

179 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

180 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

181 - NOME DO PACIENTE

182 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

183 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

184 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

185 - NOME DO PACIENTE

186 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

187 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

188 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

189 - NOME DO PACIENTE

190 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

191 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

192 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

193 - NOME DO PACIENTE

194 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

195 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

196 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

197 - NOME DO PACIENTE

198 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

199 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

200 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

201 - NOME DO PACIENTE

202 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

203 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

204 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

205 - NOME DO PACIENTE

206 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

207 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

208 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

209 - NOME DO PACIENTE

210 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

211 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

212 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

213 - NOME DO PACIENTE

214 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

215 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

216 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

217 - NOME DO PACIENTE

218 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

219 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

220 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

221 - NOME DO PACIENTE

222 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

223 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

224 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

225 - NOME DO PACIENTE

226 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

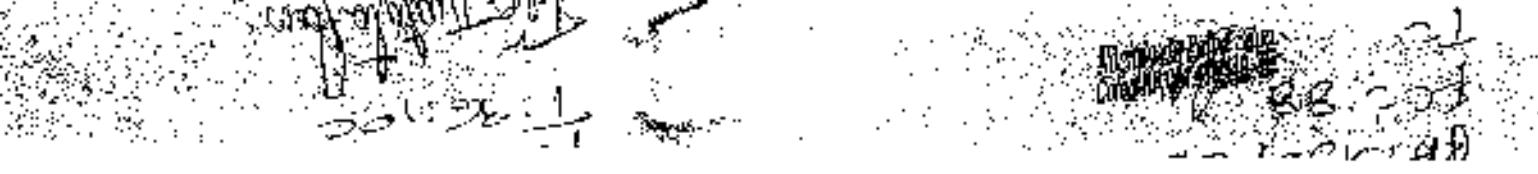
227 - NÚMERO DE RESIDÊNCIA

228 - CID. (CÓDIGO NACIONAL DE CID)

229 - NOME DO PACIENTE

230 - ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

23





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PREScriÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <i>Antônio José Sampaio</i>			
AGNOSTO		CR	
ALÉRGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	DM2
ITEM		PREScriÇÃO	
1	DIETA DIÁL LIBRE	MINTA	
2	ACESSO VENOSO PÉRIFERICO	S/N	
3	SF 0,9% 500ML EV 8/8H	S/N	
4	CIPROFEN 800MG EV 8/6H	S/N	
5	OMÉPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 0/8H SE DOR INTENSA	S/N	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SÓL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	S/N	
8	SIMÉTICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 0/8 H	N/TF	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 8/6H	S/N	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	S/N	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E CU PAD > 110 MMHG	P/nahme	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	P/nahme	
14	CURATIVO DIÁRIO	P/nahme	
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORRERÇAO COM INSULINA REGULAR (80U) CONFORME ESCALONAMENTO:
 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OL GLUCOSE < 70
 DUNAL GLUCOSE 805: 40 MU EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
 ENCONTRO PACIENTE DITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE
 EXAME FÍSICO: BEG, ACHANÓTICO, ANTERÓICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NOSSCORADO, HIDRATADO.
 SOLICITADO: EX: E CONDUÇA: MANTIDA
 PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
 PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	70/50	60	16

MÉDICO RESIDENTE
 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

ANTÔNIO JORGE SOARES

HOSPITAL CORONEL MOTA

10803

24/05/2019

Agenda Digital

61

D

ANTONIO



ANTONIO LIGRET SOAPES

2000

HOSPITAL CORONEL VOTTA

1992-2001

1998



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096777/20

Vítima: ANTONIO JORGE SOARES

CPF: 626.781.831-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO JORGE SOARES

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ANTONIO JORGE SOARES : 626.781.831-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/03/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200122232 **Cidade:** Iracema **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANTONIO JORGE SOARES **Data do acidente:** 15/09/2019 **Seguradora:** MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 02/04/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE TIBIA DISTAL DIREITA. P3, 12

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS). P 4, 16 ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO TORNOZELO DIREITO.

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 MODERADA DO TORNOZELO DIREITO.

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 tornozelo	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE :

NOME: Antônio Jorge Soares
NACIONALIDADE: Brasileiro
PROFISSÃO: Funcionário Geral
CPF: 626-781-831-49 ENDEREÇO: Benjamim Perreira 116
BAIRRO: Paraná CIDADE: Boa Vista
CEP: 69.316-735

VÍTIMA: Antônio Jorge Soares
CPF: 626-781-831-49 DATA DO SINISTRO: 15.09.2019
NATUREZA: Invariável

OUTORGADA :

NOME: William Gonçalves Fianco
NACIONALIDADE: Brasileiro
ESTADO CIVIL: Casado
PROFISSÃO: autônomo
Nº DO RG: 939717 ÓRGÃO EMISSOR: SESP/IRR
DATA DE EMISSÃO: 13.10.2016
Nº CPF: 825.396.343-20
ENDEREÇO: Rua: cc 18 295 lauro Moreira

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidida, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Líder, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.



Boa Vista/RR, 12 de Março de 2020

Antônio Jorge Soares
Assinatura

Obs - Reconhecimento por autenticidade.

NÓTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0096777/20

Vítima: ANTONIO JORGE SOARES

CPF: 626.781.831-49

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/09/2019

Titular do CPF: ANTONIO JORGE SOARES

Seguradora: MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

WILLIAM GONCALVES FRANCO : 825.396.343-20

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

ANTONIO JORGE SOARES : 626.781.831-49

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 18/03/2020
Nome: WILLIAM GONCALVES FRANCO
CPF: 825.396.343-20

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/03/2020
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

WILLIAM GONCALVES FRANCO

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 19 de Março de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200122232

Vítima: ANTONIO JORGE SOARES

Data do Acidente: 15/09/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ANTONIO JORGE SOARES

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento	Apresentar o formulário Pedido do Seguro DPVAT, disponível em nosso site, com preenchimento completo/correto de todos os campos dos Dados Cadastrais, sem abreviações e/ou rasuras, confirmando as informações bancárias de titularidade da própria vítima/beneficiário, pois o banco recusou a realização do depósito da indenização/reembolso na conta bancária inicialmente informada.
---------------------------------	---

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 14 de Abril de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200122232 **Vítima: ANTONIO JORGE SOARES**

Data do Acidente: 15/09/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: WILLIAM GONCALVES FRANCO

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANTONIO JORGE SOARES

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 tornozelo 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: ANTONIO JORGE SOARES

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 001

Agência: 000000250-X

Conta: 000010102208-5

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

 INVALIDEZ PERMANENTE

 MORTE

1 - N° do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

636-781-831-49 Antônio Jorge Soárez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Bairro:

15 - E-mail:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

6 - CPF:

636-781-831-49

5 - Nome completo:

6 - Profissão:

7 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

16 - Tel. (DDD):

17 - Complemento:

18 - Número:

19 - E-mail:

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECUSO INFORMAR
 SEM RENDA

 R\$1.00 A R\$1.000,00
 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 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)

AGENCIA: 250

CONTA: 102-208

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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 (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil:

 Solteiro

 Casado (no Civil)

 Divorciado

 Separado judicialmente

 União estável

 União de fato

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

nasцituro (valnascor)?

 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 Lider 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

 Imprensa
 Telefone
 Correio
 Celular
 E-mail
 WhatsApp
 Facebook

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

38 - 1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

39 - 2º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data:

Belo Vista BR 12 de Março de 2020

Antônio Jorge Soárez

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPI 001 0001/2020

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

582046

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010997/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 12/03/2020 10:44

Data/Hora Fim: 12/03/2020 11:01

Origem: Polícia Judiciária Data: 12/03/2020

Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 15/09/2019 15:00

Local do Fato

Município: Iracema (RR)

Logradouro: Vicinal 02

Complemento: Ajarani

Ponto de Referência: Uns 50 quilômetros depois de Campos Novos

Tipo do Local: Área Rural

Meio(s) Empregado(s)

Natureza

Veículo

1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANTONIO JORGE SOARES (VÍTIMA, COMUNICANTE, ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 21/05/1962

Idade: 57 anos

Naturalidade: MS - Campo Grande Profissão: Autônomo

Escolaridade: Ensino Fundamental Incompleto

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Irene Soares

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 626.781.831-49

RG - Carteira de Identidade: 3270157

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nº: 855

Logradouro: Rua: Benjamin Pereira de Melo

Bairro: Pintolândia

Telefone: (95) 99170-7485 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo: Veículo

Subgrupo: Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário: 067.079.143-16

Placa: NUI-1107

Renavam: 01138169525

Número do Motor: KC22E1J013006

Número do Chassi: 9C2KC2210JR012998

Ano/Modelo Fabricação: 2018/2017

Cor: VERMELHA

UF Veículo: Roraima

Município Veículo: Boa Vista

Marca/Modelo: HONDA/CG 160 TITAN

Modelo: HONDA/CG 160 TITAN

Veículo Adulterado?: Não

Quantidade: 1 Unidade

Situação: Envolvido, Meio Empregado

Nome Envolvido

Envolvimentos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 010997/2020

Nome Envolvido	Envolvimentos
Antonio Jorge Soares	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante que é habilitado (Nº 024523789), compareceu nesta Delegacia para informar que conforme hora, data e local descritos acima, quando transitava conduzindo sua motocicleta devidamente descrita acima e que está em Nome de ELSON DE MORAIS SILVA, onde ao desviar de um buraco e devido à pista está escorregadia, perdeu o controle da motocicleta e caiu. Que sofreu lesões corporais e foi socorrido até o HGR, onde deu entrada horas depois. **QUE ESSE REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.** É o registro.

ASSINATURAS

DAT

**AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR**

Antonio Jorge Soares
Antonio Jorge Soares
(Comunicante / Envolvido / Vítima)

Jefferson Inacio Araujo
Jefferson Inacio Araujo
Agente de Polícia
Matrícula 42000908
Responsável pelo Atendimento

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) responsável pelo atendimento das presentes diligências e ciente que poderé responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 318-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

 DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

6 - CPF da vítima:

626.781.831-49

5 - Nome completo da vítima:

Antônio Jorge Soárez

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E TABELA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP 04/45/2012

6 - Nome completo:

Antônio Jorge Soárez

6 - CPF:

626.781.831-49

7 - Profissão:

Estudante

8 - Endereço:

Av. Presidente

9 - Bairro:

Centro

10 - Cidade:

Belo Horizonte

11 - Estado:

MG

12 - CEP:

31000-000

13 - E-mail:

beto_soarez@uol.com.br

14 - Telefone:

3200-1234

15 - Celular:

99999-9999

16 - RG (CPF):

99999-9999

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

 RECLUSO INFORMAR: SEM RENDA R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ACIMA DE R\$5.000,00 CONTA POUPANÇA (Se refere para os bancos estatais, Asa, BCB e suas agências): CONTA CORRENTE (Bancos privados):

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

A

AGÊNCIA:

00000-0000

CONTA:

403-008

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

AGÊNCIA:

00000-0000

CONTA:

403-008

(Inserir o dígito de verificação)

(Inserir o dígito de verificação)

Autônio Jorge Soárez é beneficiário da conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reembolsada e dano, despesa já e somente após a efetivação do crédito, ou seja total do valor recebido.

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

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

- Não há IML que atende 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.

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

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica e permanente ao direito de contestar a avariação médica, caso a sorte da sorte da sorte.

DECLARAÇÃO DA ÚNICO BENEFICIÁRIO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou compaixente(s):

Sim

Nº de

filhos:

Nº de

filhas:

Nº de

filhos:

Nº de

filhas:

Nº de

filhos:

Nº de

filhas:

Nº de

filhas: