

 REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS 1158756538	NOME FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS	
	DOC. IDENTIDADE / CDS. BRASILEIRO 347991531 ESP 2P	
	CNP 388.758.373-68 DATA NASCIMENTO 28/09/1970	
	RENÇÃO FRANCISCO DO NASCIMENTO DOS SANTOS TEREZINHA MARIA DE JESUS DOS SANTOS	
	PERMISSÃO ACC CATNIA A2	
Nº IDENT 09713308784	VALIDADE 35/09/2020	1ª HABILITAÇÃO 08/10/2005
OBSERVAÇÕES SEM OBSERVAÇÃO;		
Assinatura do Titular <i>Francisco Rogério dos Santos</i> Assinatura do Emissor <i>[Assinatura]</i>		
PASSADOU PLASTIFICAR 1158756538	LOCAL MORADA NOVA, CE	DATA EMISSÃO 16/10/2015
	36388211564 CE149861796	
	DETRAN CE (CEARA)	

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - CE Nº 015037908608
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 1 CDD. RENAVAM 932013783 R.N.T.R.C. 0000000000 EXERCÍCIO 2019

NOME
FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

MORADA NOVA /CE

CPF / CNPJ
38875837368

PLACA
HYN8784/CE

PLACA ANT. / UF
*****/CE

CHASSI
9C2JC30707R243913

ESPECIE TIPO
PAS/MOTOCICLO/NAO APLIC.

COMBUSTIVEL
GASOLINA

MARCA / MODELO
HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2007 ANO MOD. 2007

CAP. / POT. / CL
2P/0CV/124CC

CATEGORIA
PARTIC

COR PREDOMINANTE
PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. COTAS
I P V A
FAIXA LPV/A PARCELAMENTO / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) 80.11 IOF (R\$) 0.32 PRÊMIO TOTAL (R\$) 84.58 DATA DE PAGAMENTO 05/06/2019

OBSERVAÇÕES

LOCAL
MORADA NOVA
Igor Pontes
Superintendente

DATA
03/07/2019

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

CE Nº 015037908608 BILHETE DE SEGURO DPVAT

38875837368

HYN8784 /CE

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

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

15037908608

65804464522

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 03/07/2019

VIA 1 CPF / CNPJ 38875837368 PLACA HYN8784

RENAVAM 932013783 MARCA / MODELO HONDA/CG 125 FAN

ANO FAB. 2007 CAT. TRAF. 09 Nº CHASSI 9C2JC30707R243913

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) 36.05 DENATRAN (R\$) 4.01 CUSTO DO SEGURO (R\$) 40.05

CUSTO DO BILHETE (R\$) 4.15 IOF (R\$) 0.32 TOTAL A SER PAGADO SEGURO (R\$) 84.58

PAGAMENTO 36 COTA ÚNICA PARCELADO DATA DE QUITAÇÃO 05/06/2019

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 08.248.808/0001-04

MOTOR: JC30E77243913

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
PERÍCIA FORENSE DO ESTADO DO CEARÁ
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO HUMANA E PERÍCIAS BIOMÉTRICAS

 Polegar Direito



PROIBIDO PLASTIFICAR

Rita Nicole Freitas dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2017141908 - 6 DATA DE EXPEDIÇÃO 21/07/2017

NOME
RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

FILIAÇÃO
FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS
MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

NATURALIDADE
MORADA NOVA - CE DATA DE NASCIMENTO 22/05/2004

DOC. ORIGEM
CERT. NASCIMENTO - CARTÓRIO: JUAZEIRO DE BAIXO TERMO: 5932
FOLHA: 17V LIVRO: A08 MORADA NOVA - CE

CPF

1 VIA

Renata O Lima
ASSINATURA DO DIRETOR

P.: 29

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

MINISTÉRIO DA FAZENDA

 **Receita Federal**
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número
087.554.433-97

Nome
RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Nascimento
22/05/2004

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

Períodos: Band. Tarif.: Amarela : 18/07 - 31/07 Vermelha :
01/08 - 16/08

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:	
	087.554.433-97	Rita Nicole Freitas dos Santos	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Francisco Rogério dos Santos		388.758.373-68	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
Docente	Sítio Juazeiro de Baixo	S/N	Lote
Bairro:	Cidade:	CEP:	
Itaguaçu Grande	M. Novo	62.940-000	
E-mail:	Estado:	Tel. (DDD):	
	CE		

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

REDA MENSAL:

- ☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

- ☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 0863 (X) CONTA: 9.930 (9)
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima:	☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo	Data do óbito da vítima:
Grau de Parentesco com a vítima:	Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não	Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
Vítima teve filhos?	☐ Sim ☐ Não	Se tinha filhos, informar quantos:
	Vivos:	Falecidos:
	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?	☐ Sim ☐ Não
	Vítima deixou pais/avós vivos?	☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data, M. Novo - CE 14/11/19
 Nome: _____
 CPF: _____

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

2ª | Nome: _____
 CPF: _____

Assinatura

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rita Nicole Freitas dos Santos
 Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Rogério dos Santos
 Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA
Impresso nº 2019654351



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 1997 / 2019

DELEGACIA DESTINO: DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA

RESPONSÁVEL PELO REGISTRO :

ANGELO WAGNER PONTES DE PAULA - MAT.: 198246-1-6

RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO:

Francisco Rogério dos Santos

VISTO DO DELEGADO(A) :

Pony

POLLYANA MARIA COSTA TORRES - MAT.: 30122313

Pollyana Maria Costa Torres
Delegada
Mat. 301223-1-3



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA MUNICIPAL DE MORADA NOVA
Impresso nº 2019654351



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 504 - 1997 / 2019

Dados da Ocorrência

Natureza do Fato: **ACIDENTE DE TRÂNSITO**
Data / Hora da Comunicação: **17/09/2019 10:04:54**
Data / Hora da Ocorrência: **24/05/2019 10:40:00**
Endereço da Ocorrência: **SIT ESTRADA DA LAGOA GRANDE, LAGOA GRANDE - MORADA NOVA/CE**
Ponto de Referência:

Dados da(s) Vítima(s)

Nome: **RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS**
Nascimento: **22/05/2004** CPF: **087.554.433-97**
RG: **20171419086** Orgão Emissor: **SSPDS** UF: **CE**
Filiação: **MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS**
FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS
Endereço: **SITIO JUAZEIRO DE BAIXO, 40**
Bairro: **LAGOA GRANDE**
Município: **MORADA NOVA/CE** CEP:
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 98819-8360**

Noticiante(s)

Nome: **FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS**
Nascimento: **28/07/1970** CPF:
RG: **347991531** Orgão Emissor: **SSP** UF:
Filiação: **TEREZINHA MARIA DE JESUS DOS SANTOS**
FRANCISCO DO NASCIMENTO DOS SANTOS
Endereço: **SITIO JUAZEIRO DE BAIXO LAGOA GRANDE**
Bairro: **ZONA RURAL** CEP:
Município: **MORADA NOVA/CE**
País: **BRASIL** Telefone: **(88) 8819-8360**

Histórico

Certificado do teor dos artigos. 339 (denunciação caluniosa) e 340 (comunicação falsa de crime ou contravenção), ambos do Código Penal, afirma o noticiante qualificado que no dia 24/05/2019, por volta das 10h40min, seguia conduzindo sua motocicleta CG 125 Fan, ano 2007/207, cor preta, placa HYN8784; que levava na garupa, sua filha Rita Noceloe Freitas dos Santos, de 15 anos de idade; que seguiam na estrada que liga a CE 371 à localidade Lagoa Grande; que na localidade de Juazeiro de Baixo, o noticiante passou por um quebra molas e perdeu o controle da motocicleta, findando por cair na estrada; que a motocicleta caiu por cima da perna direita de Nicole, vindo a causa uma fratura no fêmur; que o noticiante socorreu sua filha ao hospital local, Fundação São Lucas, onde ela deu entrada apresentando curtimento em membro inferior direito, rotação externa, deformidade física e dor, fratura de fêmur, lesão corto contuso na região frontal; que são testemunha do fato ora narrado, as pessoas de Raimundo Nival Rabelo de Assis e Manoel Aureliano Freitas. Nada mais disse.//

Francisco Rogerio dos Santos

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL:

CPF da vítima:

087.554.433-97

Nome completo da vítima:

Rita Nicole Freitas dos Santos

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

Nome completo:

Francisco Rogério dos Santos

CPF:

388.758.373-68

Profissão:

Recuse

Endereço:

Sítio Juazeiro de Baixo

Número:

S/N

Complemento:

Rosa

Bairro:

Quilha Grande

Cidade:

M. Novo

Estado:

EE

CEP:

62.940-000

E-mail:

Tel.(DDD):

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

RENDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

0863

X

CONTA:

9.930

9

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou

☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima:

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

Local e Data:

M. Novo - EE 14/11/19

Nome:

CPF:

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

Rita Nicole Freitas dos Santos

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Francisco Rogério dos Santos

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.
NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

Rio de Janeiro, 11 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681982

Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 06 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681982

Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

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\$ 945,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

inferiores 70%

Graduação: Em grau residual 10%

% Invalidez Permanente DPVAT: (10% de 70%) 7,00%

Valor a indenizar: 7,00% x 13.500,00 = R\$ 945,00

Recebedor: **FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS**

Valor: **R\$ 945,00**

Banco: **001**

Agência: **000000863-X**

Conta: **000010009930-0**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 09 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190681982

Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Data do Acidente: 24/05/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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: 27/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 945,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

BANCO: 001

AGÊNCIA: 00863-X

CONTA: 000010009930-0

Nr. da Autenticação AAF6F36FE1FEFC70

**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

Número do Sinistro: 3190681982
Nome do(a) Examinado(a): Rita Nicole Freitas dos Santos
Endereço do(a) Examinado(a): Sítio Juazeiro de Baixo, S/N 00
Centro Morada Nova CE CEP: 62940-000
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [SSP / CE] 20171419086
Data local do acidente: [24/05/2019]
Data local do exame: [16/12/2019] JAGUARIBE [CE]

Resultado da Avaliação Médica

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:

FRATURA DA DIAFÍSE DO FÊMUR DIREITO.

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

**Tratamento: TRATADO COM OSTEOSÍNTESE DEFINITIVA COM COLOCAÇÃO DE PLACA DE PLATINA E PARAFUSOS.
Complicações: APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA
FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.
Data da Alta: 10/10/2019**

- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:

**APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA
MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.**

- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(**X**) Sim () Não

- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)

(**X**) Sim () Não

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

**APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA
MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.**

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

- VII. Segundo 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"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

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

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

Região Corporal (Sequela):

MEMBRO INFERIOR - Lado Direito

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

- VIII. (*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com Nome e CRM

Dr. Jose Gerardo Vale Matos
CPF - 073.762.353-53
CRM/CE - 3216


Dr. Jose Gerardo V. Matos
Médico | CRM - 3216
CPF: 073.762.353-53

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0437004/19

Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

CPF: 087.554.433-97

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 24/05/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS : 388.758.373-68

Autorização de pagamento
Comprovante de residência
Documentos de identificação

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: 06/12/2019
Nome: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS
CPF: 087.554.433-97

RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 06/12/2019
Nome: ANDERSSON COSTA SILVA
CPF: 054.782.373-88

ANDERSSON COSTA SILVA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681982 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DO OSSO FRONTAL,
FRATURA TRANSTROCANTÉRICA DO FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO DO FÊMUR COM PLACA E PARAFUSOS,
TRATAMENTO CONSERVADOR DE DEMAIS LESÕES E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:**

**Documentos
complementares:**

Observações: *DOC PÁG. 05 12 // DESCRIÇÃO CIRÚRGICA PÁG. 10 // VÍTIMA DE 15 ANOS //
SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES,
INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO DESTAS, INFORMAR
PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO
PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681982 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATADO COM OSTEOSSÍNTESE DEFINITIVA COM COLOCAÇÃO DE PLACA DE PLATINA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190681982 **Cidade:** Morada Nova **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS **Data do acidente:** 24/05/2019 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR DIREITO.

Descrição do exame físico: APRESENTANDO EDEMA RESIDUAL NO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE DIMINUIÇÃO DA FORÇA MUSCULAR DO MEMBRO INFERIOR DIREITO . PRESENÇA DE MARCHA CLAUDICANTE.

Resultados terapêuticos: TRATADO COM OSTEOSSÍNTESE DEFINITIVA COM COLOCAÇÃO DE PLACA DE PLATINA E PARAFUSOS. ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: DEBILIDADE FUNCIONAL RESIDUAL DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 16/12/2019

Conduta mantida:

Observações: O EXAME FÍSICO DESCRITO DEMONSTROU QUE APÓS A CONSOLIDAÇÃO DAS LESÕES OCORRIDAS NO TRAUMA E O TERMINO DO TRATAMENTO, HÁ UM QUADRO SEQUELAR CARACTERIZADO POR RESTRIÇÃO DOS MOVIMENTOS HABITUAIS DO MID, PORTANTO MANTEMOS A CONDUTA DO MÉDICO EXAMINADOR.

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 membros inferiores	70 %	Em grau residual - 10 %	7%	R\$ 945,00
Total			7 %	R\$ 945,00



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do Ceará
Coordenadoria de Regulação, Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação Estadual do SUS

LAUDO DE AUTORIZAÇÃO DE AIH
LAUDO DE NUMERAÇÃO DE AIH
CÓDIGO DA SOLICITAÇÃO: 12600109502
NÚMERO DA AIH: 2319102443779

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO

CNES/ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: 2529149 - IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL

CNES/ESTABELECIMENTO EXECUTOR: 3969800 - INSTITUTO PRAXIS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

CNS/PACIENTE: 701200095931113 - RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

DATA DE NASCIMENTO - IDADE: 22/05/2004 - 15 anos

NOME DA MÃE: MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

NOME DO RESPONSÁVEL: FAMILIARES

ENDEREÇO: JUAZEIRO DE BAIXO, Nº 40

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: 230870 - MORADA NOVA

UF: CE

SEXO: FEMININO

TELEFONE DE CONTATO: 85-33152425

TELEFONE DO RESPONSÁVEL: 85 - 33152425

BAIRRO: LAGOA GRANDE

CEP: 62940000

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

DIAGNÓSTICO INICIAL: S722 - Fratura subtrocanterica

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO:

DIAGNÓSTICO CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO: 0408050632-TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

PROCEDIMENTO REALIZADO: -

CARATER DA INTERNAÇÃO: URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

PROFISSIONAL SOLICITANTE: 67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

CLÍNICA: CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

DATA-HORA SOLICITAÇÃO: 25/05/2019 - 14:40 DATA-HORA INTERNAÇÃO: 25/05/2019 - 21:31

CAUSAS EXTERNAS

DESCRIÇÃO DO ACIDENTE: NÃO SE APLICA

CNPJ DA SEGURADORA:

NÚMERO DO BILHETE:

SÉRIE DO BILHETE:

CNPJ DA EMPRESA:

CBO NA EMPRESA:

NATUREZA DA LESÃO:

AUTORIZAÇÃO

AUTORIZADOR:

PARECER

DATA AUTORIZAÇÃO:



GOVERNO DO ESTADO DO CEARÁ
Secretaria da Saúde do Estado do
Ceará
Coordenadoria de Regulação,
Avaliação e Controle
CRESUS - Central de Regulação
Estadual do SUS



GOVERNO DO
ESTADO DO CEARÁ

USUARIO: cláudio castro - UNIDADE: IJF INSTITUTO DR JOSE FROTA CENTRAL - FORTALEZA

Operação:

Acompanhar Solicitação de Internação

VISUALIZAÇÃO DA SOLICITAÇÃO

Siga os passos abaixo:

Seleção de situação
 Seleção da solicitação
 Visualização da solicitação
 Lista de ocorrência
 Inclusão de ocorrência
 Visualização de ocorrência
 Confirmação de cancelamento
 Registro de transferência
 Confirmação de transferência
 Operação finalizada com sucesso

Para retornar a lista de solicitações clique em Voltar.

Identificação do paciente

CNS - PACIENTE

701200095931113 - RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

NOME DA MÃE

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

NÚMERO DO PRONTUÁRIO

5618287

DATA DE NASCIMENTO - IDADE

22/05/2004 - 15 anos

SEXO

FEMININO

NOME DO RESPONSÁVEL

FAMILIARES

TELEFONE DO RESPONSÁVEL

(85) 33152425

ENDEREÇO

JUAZEIRO DE BAIXO, Nº 40

BAIRRO

LAGOA GRANDE

ESTADO DE RESIDÊNCIA

CEARA

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

MORADA NOVA

Plantonista

MÉDICO

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

TELEFONE PARA CONTATO

(85) 32555000

OBSERVAÇÕES IMPORTANTES

PACIENTE SERÁ TRANSFERIDA PARA O HOSPITAL DE APOIO : INSTITUTO PRÁXIS. AGUARDA REMOÇÃO.

Solicitação

NÚMERO

12600109502

SITUAÇÃO

SOLICITAÇÃO AGUARDANDO REGULAÇÃO

CENTRAL DE REGULAÇÃO

23044021 - FORTALEZA

DATA - HORA

25/05/2019 - 14:40

PROFISSIONAL

67792855368 - FRANCISCO JULIMAR CORREIA DE MENEZES

PROCEDIMENTO SOLICITADO

0408050632- - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

PROCEDIMENTO REALIZADO

CLÍNICA

13 - CIRURGICO - ORTOPEDIATRAUMATOLOGIA

CLÍNICA COMPLEMENTAR

CARÁTER DA INTERNAÇÃO

5 - URG/EMERGÊNCIA AIH EMITIDA APÓS INTERNAÇÃO

GRAU DE PRIORIZAÇÃO

4 - URGÊNCIA

Justificativa da internação

DIAGNÓSTICO INICIAL

S722 - Fratura subtrocanterica

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA
"2ª horas de proteção à vida"



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA	2 - CNES: 2529149
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE : INSTITUTO PRAXIS	4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS		6 - Nº PRONTUÁRIO: 5618287		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 701200095931113	8 - DATA NASCIMENTO: 22/05/2004	9 - SEXO: ☐ Masc ☐ Fem	10 - RAÇA/COR	10.1 - ETNIA
11 - NOME DA MÃE/ PAI MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS		12 - TELEFONE DE CONTATO: 987161427		
13 - NOME DO RESPONSÁVEL N.I.		14 - TELEFONE DE CONTATO:		
15 - ENDEREÇO DO PACIENTE (RUA, Nº, BAIRRO): JUAZEIRO DE BAIXO 40 LAGOA GRANDE				
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: MORADA NOVA		17 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO:	18 - UF: CE	19 - CEP:

JUSTIFICATIVA N INTERNAÇÃO

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: PACIENTE COM FRATURA DE FEMUR, NECESSITANDO DE TRATAMENTO CIRURGICO .			
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: RISCO DE COMPLICAÇÕES E AGRAVOS			
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): ANAMNESE + EXAME FÍSICO + RADIOGRAFIAS			
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL: FX FEMUR	24 - CID 10 PRINCIPAL: S722	25 - CID10 SECUNDÁRIO:	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DE FEMUR.		28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 0408050632	
29 - CLÍNICA: TRAUMA	30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: EMERGÊNCIA	31 - DOCUMENTO: () CNS () CPF	32 - Nº DOCUMENTO DO SOLICITANTE:
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE:		34 - DATA SOLICITAÇÃO: 25/05/2019	35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH): 304

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 - Nº DO BILHETE:	41 - SÉRIE:
			42 - CNPJ DA EMPRESA:	43 - CNAE DA EMPRESA:	44 - CBOR:
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR:	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:
48 - DOCUMENTO: () CNES () CPF	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:		
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO:	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO CONSELH)		

Preencher de forma legível e sem abreviaturas: 1ª via- SMS e 2ª via - Prontuário do paciente

F I C H A D E I N T E R N A Ç Ã O

===[ADMISSÃO]=====

Número Data Hora Convênio Classificação
201921002643 25/05/2019 19:19 PRAXIS SEM CLASSIFICAÇÃO
Caráter de Atendimento SISREG AIH

URGÊNCIA

Origem do Paciente

IJF

Clínica/Especialidade

CLÍNICA CIRÚRGICA/TRAUMA-ORTOPEDIA

Médico Solicitante

5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Médico Responsável

5253 - FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES

Procedimento Solicitado

0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Dias

4

===[IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE]=====

Nome

RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS

Sexo

FEMININO

Nascimento Idade Raça/Cor

22/05/2004 15 Anos PARDA

Estado Civil

SOLTEIRO(A)

Religião

CATÓLICO (A)

Mãe

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

Pai

FRANCISCO ROGERIO DOS SANTOS

Conjuge

Responsável

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

Prontuário

2451200

CNS

Registro

Documento Informado

701200095931113 201902570002260 RG: 2017141908

País

BRASIL

Município de Naturalidade

MORADA NOVA/CE

CEP

62940-000

Município de Residência

MORADA NOVA/CE

Logradouro

RUA JUAZEIRO DE BAIXO

Número Complemento

40

Bairro

LAGOA GRANDE]

Fone Móvel

Fone Fixo

Ponto de Referência

(88)9861.98360 (88)9883.24913

Situação no Mercado de Trabalho/Profissão(CBO)

DESEMPREGADO / ESTUDANTE

===[CONTATO/ACOMODAÇÃO]=====

Em caso de urgência avisar

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS

Acomodação/Leito

225/2

Tipo de Acomodação

ENFERMARIA

Clínica

CLÍNICA CIRÚRGICA

Posto de Enfermagem

POSTO DE ENFERMAGEM 03

Atendente: maria.nataly

Data: 25/05/2019 Hora: 19:25:02 Tempo: 00:05:34

===[TERMO DE RESPONSABILIDADE]=====

MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS, abaixo assinado, responsável pelo paciente RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS, através do presente Termo de Responsabilidade, autoriza aos médicos do(a) HOSPITAL DISTRITAL DR FERNANDES TÁVORA, a realizarem as investigações julgadas necessárias ao diagnóstico do referido paciente, bem como a executarem o tratamento adequado. Compromete-se, ainda, a respeitar todas as disposições contidas nos regulamentos do estabelecimento de saúde.

FORTALEZA(CE), 25 de maio de 2019

RESPONSÁVEL

TESTEMUNHAS

X Maria Lucicleide de Freitas



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

RELATÓRIO DE OPERAÇÃO

Data: 28/02/19

Nome do paciente:	Rita M. Caleiro		
Nº Prontuário:		Categoria:	
Clínica:		Leito:	
Cirurgião:	Altamir		
Anestesista:	Aguiar		
Tipo de Anestesia:	sedação profunda + bloqueio		
1 Auxiliar:			
2 Auxiliar:			
3 Auxiliar:			
Instrumentadora:			
Circulante:			
Diagnóstico Pré-Operatório:	histo do fêmur		
Tipo de Operação/ Código:	04 08 05 05 10		
Diagnóstico Pós-Operatório:	osteíte fêmur		
Relatório Imediato do Patologista:			
Exame Radiológico no ato:			
Acidente e Incidentes:			
Contagem de Compressas:			

Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Duração da Cirurgia
Início do Oxigênio	Término do Oxigênio	Duração do Oxigênio
Duração da Anestesia (Total de Minutos)		Minutos c/ Acréscimo

Anestesia Ocorrências Principais	Classificação da Cirurgia:
	LIMPA:
	POT. CONTAMINADA:
	CONTAMINADA:
	INFECTADA:

Enfa. Rayna C. Guimarães
Assinatura da Enfermeira(o)
COREN 442.038

Assinatura Anestesista
CRM 2021

Maria Nellys Moraes Costa
CRM 2021
CPF 04.015.213-01

25015085213/01



HOSPITAL
FERNANDES TÁVORA

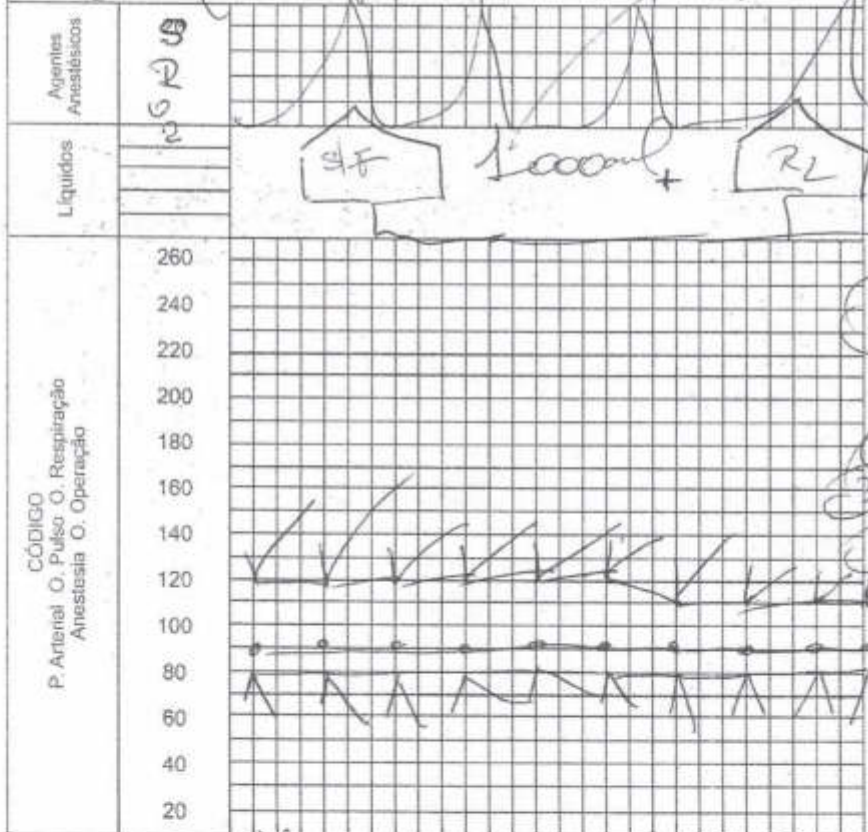
Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

Data: 28/05/19

FICHA DE ANESTESIA

Nome do Paciente: Rita Nicole Soares dos Santos							
Nº Prontuário:		Nº Controle:		Enf./		Leito:	
Cirurgião: J. Valtair Lima		Tempo de Sala: 1 hora e 10 min		Tempo de Oxigênio: 1 hora e 10 min			
IDADE: 15	PESO: 42 kg	ALTURA: 1.65 m	SEXO: Fm.	TEMP: 36.5	PULSO: 92	RESF: 17.3	PR. ART. MAX/MIN: 120/80
TIPO SANGÜÍNEO: A	HEMÁCIAS: 5.23 mm	HEMOGLOBINA: 10.9 g/dl	HEMATÓCRITO: 30.6	GLICEMIA:	URÉIA: 28.0 mg/dl	CÁLCIO: 0.8 mg/dl	

Ap. Respiratório: em contato normal	Ap. Circulatório: regular	Ap. Digestivo: normal	Dentes: 24	Pescoço: normal
Ap. Urinário: normal		Diagnóstico Pré-Operatório: normal		
Anestesias Anteriores: nenhuma		Medicação Pré-Anestésica: Dormiente 5mg		
Aplicada às: 09:10h		Efeito: normal		



Asma: não	Bronquite: não
Alergia: não	
Estado Mental: bom	
Ataraxicos: não	
Corticóides: não	
Hipotensores: não	
Outras Drogas: não	

INDUÇÃO	
Satisf.:	Excit.
Tosse:	Lenta
Laringoespasm.	Vômitos
Náuseas:	Outros:

MANUTENÇÃO

1. 100% O2 com A100 5mg 0.2

2. 100% O2 com A100 5mg 0.2

3. 100% O2 com A100 5mg 0.2

4. 100% O2 com A100 5mg 0.2

5. 100% O2 com A100 5mg 0.2

6. 100% O2 com A100 5mg 0.2

7. 100% O2 com A100 5mg 0.2

8. 100% O2 com A100 5mg 0.2

9. 100% O2 com A100 5mg 0.2

10. 100% O2 com A100 5mg 0.2

SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES	
POSICÃO: decubito dorsal	
AGENTES: 1 + 2 + 3 + 4 + 5	
TÉCNICA: 1 + 2 + 3 + 4 + 5	
OPERAÇÃO: 1 + 2 + 3 + 4 + 5	
CIRURGIÕES: 1 + 2 + 3 + 4 + 5	
ANESTESISTAS: 1 + 2 + 3 + 4 + 5	
TEMPO DE ANESTESIA: 1 hora e 10 minutos	
Anestesiista: 1 + 2 + 3 + 4 + 5	

Anestesias Satisfatórias	
SIM NÃO	
DESPERTAR	
Reflexos na S.O.	
Obstr.	Co2
Excit.	Náuseas
Vômitos	Outros
Perda sanguínea aprox. ml	
Volume sanguíneo repouso ml	

TERMO DE LIBERAÇÃO DE ALTA

===[INTERNAÇÃO]=====

Número Data Hora Convênio/Plano
201921002643 25/05/2019 19:19 INSTITUTO PRAXIS DE EDUCAÇÃO E CULTURA E AÇÃO S
Médico Solicitante
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Médico Responsável
FRANCISCO JOSAFÁ FERNANDES - 5253
Procedimento Solicitado
0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

===[ACOMODAÇÃO]=====

Acomodação/Leito Tipo de Acomodação Clínica Posto de Enfermagem
225/2 ENFERMARIA CLÍNICA CIRÚRGICA POSTO DE ENFERMAGEM 0

===[PACIENTE]=====

Nome Sexo
RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS FEMININO
Nascimento Idade Religião Prontuário Registro
22/05/2004 15 Anos CATÓLICO (A) 2451200 201902570002260

===[DADOS DA ALTA]=====

Diagnóstico Principal

Procedimento Realizado

0408050632 - TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Data Hora Motivo

30/05/2019 14:38 ALTA MELHORADO

===[DECLARAÇÃO]=====

O(a) abaixo assinado(a), na qualidade de responsável e representante legal do paciente RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS, DECLARA que foi devidamente informado(a) que o estado de saúde do paciente apresentava condições favoráveis para a ALTA HOSPITALAR. Declara, ainda, ter sido esclarecido(a) e orientado(a) sobre os cuidados com a saúde do paciente e a conduta terapêutica a ser seguida.

FORTALEZA(CE), 30 de maio de 2019

Responsável/

Representante Legal

Nome Legível

Assinatura

Enfermeira(o)

Responsável

pela Liberação

Nome Legível

Assinatura/Carimbo

Usuário responsável: kilvia.cavalcante

Data: 30/05/2019 Hora: 14:38:35



H O S P I T A L
FERNANDES TÁVORA

11/09/19

PITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS
LAURO MENDES.

Atesto que a paciente acima
foi submetida a cirurgia
no Futuro do Fêmur
Direito.

Fuente - e

11/09/19 Atto el fente

Instituto Clínico de Fortaleza S/C Ltda.
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza - CE. CEP 60.310-002.
Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br
E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

MODELO 4



Instituto Clinico de Fortaleza S/C Ltda.
CNPJ: 07275084/0001-15 - CGF: ISENT0
Av. Francisco Sá, 5445 - Álvaro Weyne - Fortaleza-CE
CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555

CEP 60.310-002 - Fone/Fax: (85) 3228.2555
www.hospitalfernandestavora.com.br E-mail: hospitalfernandestavora@gmail.com

PRÉ - REQUISIÇÃO - ANESTESIA

[illegible]

CÓD	MEDICAMENTOS	Unidade Medida	QUANT
	SOROS		
553-3	Solução frutose 500ML	Tubo	
553-3	Solução de Manitol 250ML	Tubo	
559-2	Solução de Ringer lactato 500ML	Tubo	02
557-6	Soro fisiológico 0,9% 250ml	Tubo	
556-8	Soro fisiológico 0,9% 500ml	Tubo	02
1901-1	Soro fisiológico 1.000ml	Tubo	
558-4	Soro glicosado 5% 500ML	Tubo	
	MATERIAIS		
	CATETER INTRAVENOSO		01
	AGULHA DESC. PERIDURAL		
	AGULHA DESC. P/RAQUE		
	EQUIPO P/ SORO		01
	SONDA ASP. TRAQUEAL		
	SONDA ENDOTRAQUEAL		
	SONDA NASOGÁSTRICA		
	GASES MEDICINAIS		
	AR COMPRIMIDO		
	GÁS CARBÔNICO		
	OXIGÊNIO		
	OXÍDO NITROSO		
	SANGUE - HEMODERIVADOS		
	SANGUE		
	PLASMA		
	ALBUMINA		
	PAPA HEMÁCIAS		
	USO DE APARELHO		
	CAPNÓGRAFO	h	
	MONITOR	h	
	OXÍMETRO	h	
	JUSTIFICATIVA		
	MEDIDA		

DESCRIÇÃO DA OPERAÇÃO

- ① Retirar em anestesia local
- ② Anest. + bloqueio do HIV
- ③ Grotesco e um tipo
- ④ Anest. em um tipo
- ⑤ Fila com
- ⑥ Anest. em um tipo
- ⑦ Anest. em um tipo
- ⑧ Anest. em um tipo
- ⑨ Anest. em um tipo
- ⑩ Anest. em um tipo
- ⑪ Anest. em um tipo
- ⑫ Anest. em um tipo
- ⑬ Anest. em um tipo
- ⑭ Anest. em um tipo
- ⑮ Anest. em um tipo
- ⑯ Anest. em um tipo
- ⑰ Anest. em um tipo
- ⑱ Anest. em um tipo
- ⑲ Anest. em um tipo
- ⑳ Anest. em um tipo
- ㉑ Anest. em um tipo
- ㉒ Anest. em um tipo
- ㉓ Anest. em um tipo
- ㉔ Anest. em um tipo
- ㉕ Anest. em um tipo
- ㉖ Anest. em um tipo
- ㉗ Anest. em um tipo
- ㉘ Anest. em um tipo
- ㉙ Anest. em um tipo
- ㉚ Anest. em um tipo
- ㉛ Anest. em um tipo
- ㉜ Anest. em um tipo
- ㉝ Anest. em um tipo
- ㉞ Anest. em um tipo
- ㉟ Anest. em um tipo
- ㊱ Anest. em um tipo
- ㊲ Anest. em um tipo
- ㊳ Anest. em um tipo
- ㊴ Anest. em um tipo
- ㊵ Anest. em um tipo
- ㊶ Anest. em um tipo
- ㊷ Anest. em um tipo
- ㊸ Anest. em um tipo
- ㊹ Anest. em um tipo
- ㊺ Anest. em um tipo
- ㊻ Anest. em um tipo
- ㊼ Anest. em um tipo
- ㊽ Anest. em um tipo
- ㊾ Anest. em um tipo
- ㊿ Anest. em um tipo

Assinatura do Cirurgião

Assinatura do Cirurgião (Carimbo)

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO**DIAGNÓSTICO DE CAUSAS ASSOCIADAS****PRINCIPAIS SINAIS E
SINTOMAS CLÍNICOS**

FRATURA DE FEMUR

**CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM
A INTERNAÇÃO**RISCO DE COMPLICAÇÕES E
AGRAVOS, NECESSITANDO DE TRATAMENTO
CIRÚRGICO.**PRINCIPAIS RESULTADOS DE
PROVAS DIAGNÓSTICAS**ANAMNESE + EXAMES FÍSICO, CLÍNICO E
RADIOGRÁFICO.

Causas externas

DEFINIÇÃO DO ACIDENTE

1 - NÃO SE APLICA

[Voltar](#)

Caso deseje cancelar a solicitação de internação você pode:[Cancelar solicitação](#)**Caso deseje acessar as ocorrências da solicitação você pode:**[Acessar ocorrências](#)



FUNDAÇÃO SÃO LUCAS
SANTA CASA DE MORADA NOVA
SUS-SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

GUIA DE REFERENCIA

1637000E281

FICHA DE REFERENCIA

UNIDADE DE ORIGEM:

Hospital Fundação São Lucas

MUNICÍPIO:

Morada Nova

NOME:

Rita circule Freitas dos Santos

SEXO: M () F (x)

DATA DO NASCIMENTO

22/05/1994

Ocupação:

Estudante

ENDEREÇO:

Quilombo de Baixo

BAIRRO:

PHONE:

(88) 88198350

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

PACIENTE FEMININA, 15 ANOS, VÍTIMA DE QUEDA
DE MOTO, COM M.M. ELABORADO, COM DEBILIDADE LATERAL
EXTERNA, LESÕES EM MÚLTIPLOS MEMBROS: CURTE

RESULTADO DE EXAMES:

CONTUSÃO EM REGIÃO FRONTAL, AVALIAÇÃO FRONTAL
DE OSSO FRONTAL, PÓLIPAS NOCIVAS E FOTOREACÇÕES.

CONDUTA REALIZADA:

HIDRATAÇÃO + ANALGÉSIA

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA:

FRATURA DE FÊMUR DIREITO

FRATURA DE FRONTAL (OSSO)

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO: N° REGISTRO

Dr. Paulo L. 1910

MÉDICO

FUNÇÃO

24/05/14

DATA

11:30

HORA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

21F

FICHA DE CONTRA-REFERÊNCIA

UNIDADE DE REFERÊNCIA:

MUNICÍPIO:

PRONTUÁRIO:

ALTA

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO:

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:

CID:

SECUNDÁRIO 1:

CID:

SECUNDÁRIO 2:

CID:

PROPOSTA DE CONDUTA PARA SEGUIMENTO:

O PROBLEMA JUSTIFICOU A REFERÊNCIA? SIM () NÃO ()

O MOTIVO DO DIAGNÓSTICO COINCIDE COM O DIAGNÓSTICO? SIM () NÃO ()

ASSINATURA DO ENCAMINHAMENTO: N° REGISTRO

FUNÇÃO

DATA

HORA

O.F: M238448001

URG./EMERG: 0% ESFERA: PRIVADA

APRESENTAÇÃO: 07/2019

DATA: 28/06/2019

Num AIH: 231910244377-9 / Situação: APURADA Tipo: 01-INICIAL Apresentação: 07/2019 Data de Emissão: 25/05/2019

Especialidade: 81 - CIRURGIA GERAL Órgão Emissor: M230140001 Lote: Enfermaria: 0225 Leito: 0002
Doc autorizador: 980016003261132 Doc med resp: 182215039540018 Doc diretor clín.: 210158059320008 Doc médico solíc: 182215039540018
CNS: 3969800 - INSTITUTO PRÁXIS DE EDUCAÇÃO CULTURA E AÇÃO SOCIAL CNS: 701200095931113
Paciente: RITA NICOLE FREITAS DOS SANTOS Prontuário: 2451200 Laudo:
Data Nasc.: 22/05/2004 Sexo: FEMININO Nacionalidade: 10 - BRASIL Tipo Doc.: RG (IDENTIDADE) Doc. 2017141900
Responsável pac.: MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS Nome da Mãe: MARIA LUCICLEIDE DE FREITAS
Endereço: JUAZEIRO DE BAIXO, 40 - LAGOA GRANDE Raça/Cor: PARDA
Município: 238870 - MORADA NOVA UF: CE CEP: 62940-000 Telefone: (88)9883.24913
Procedimento solicitado: 04.08.05.063-2 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA TRANSTROCANTERIANA

Procedimento realizado: 04.08.05.051-9 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

Diag. principal: S723-FRATURA DA DIÁFISE DO FÊMUR

Diag. Secundário: V289-MOTOCICLISTA TRAUMATIZADO EM UM ACIDENTE

Diag. complementar:

Causa Obito: ✓

Carater atendimento: 05 - OUTROS TIPO DE ACIDENTE DE TRANSITO

Modalidade: HOSPITALAR

Data internacão: 25/05/2019 Data saída: 30/05/2019 Motivo saída: 12 - ALTA MELHORADO

Liberación SISAIH01:

== CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLÊNCIA) ==

CNPJ do Empregador:

CNAER:

Vínculo com a previdência:

CBO:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Linha Ato/Proced	PF	IE CBO	CNES/CNPJ	Apurar Valor p/ Qtde Cmp	Descrição
------------------	----	--------	-----------	--------------------------	-----------

1 04.08.05.051-9 182215039540018	1 225270 182215039540018 3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
2 04.08.05.051-9 210157919150018	6 225151 210157919150018 3969800	1 052019 TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFI
3 07.02.03.091-0 09069959000158	0 09069959000158 3969800	2 052019 PLACA DE COMPRESSAO DINAMICA 4,5 MM LAR
4 08.02.01.002-4	0 3969800 3969800	5 052019 DIARIA DE ACOMPANHANTE CRIANCA/ADOLESCEN
5 04.01.01.001-5 182215039540018	0 225270 182215039540018 3969800	3 052019 CURATIVO GRAU II C/ OU S/ DEBRIDAMENTO
6 02.02.02.038-0 6913326	0 6913326 3969800	1 052019 HEMOGRAMA COMPLETO
7 02.02.01.069-4 6913326	0 6913326 3969800	1 052019 DOSAGEM DE UREA
8 02.02.01.031-7 6913326	0 6913326 3969800	1 052019 DOSAGEM DE CREATININA
9 02.02.01.063-5 6913326	0 6913326 3969800	1 052019 DOSAGEM DE SODIO
10 02.02.01.060-0 6913326	0 6913326 3969800	1 052019 DOSAGEM DE POTASSIO
11 02.02.02.013-4 6913326	0 6913326 3969800	1 052019 DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA
12 02.02.02.014-2 6913326	0 6913326 3969800	1 052019 DETERMINACAO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PRO
13 02.04.06.011-7 3969800	0 3969800 3969800	1 052019 RADIOGRAFIA DE COXA

====[VALORES DA PRÉVIA]

+Serv. Hospitalar+ +----- Serviço Profissional -----+ +-----+

```
+----- Direto -----+ +----- Direto -----+ +----- Rateado -----+ +-----
```

Forma de Organização

[illegible]

04.01.01 PEQUENAS CIRURGIAS	97,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	97,20
04.08.05 MEMBROS INFERIORES	725,17	0,00	0,00	0,00	247,80	0,00	972,97
07.02.03 OPM EM ORTOPEdia	296,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	296,13
08.02.01 DIARIAS	40,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	40,00

Total Geral:	1.158,58	0,00	0,00	0,00	247,80	0,00	1.406,38
--------------	----------	------	------	------	--------	------	----------

===[DADOS DAS ÓRTESES/PRÓTESES]

Linha Nota Fiscal	CNPJ Fornecedor	Lote	Série	Registro ANVISA	CNPJ Fabricante
-------------------	-----------------	------	-------	-----------------	-----------------

3 38097 09.069.959/0001-58

Número de Nascidos

Número de Saídas

N. Pré-Natal