



Número: **0803837-46.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **28/07/2020**

Valor da causa: **R\$ 7.762,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

Partes	Procurador/Terceiro vinculado
KARLA ANDREA DO NASCIMENTO (AUTOR)	MARIA CINTHIA GRILLO DA SILVA (ADVOGADO)
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)	

Documentos

Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
36513 592	11/11/2020 09:52	<u>2763608_CONTESTACAO_Anexo_02</u>	Outros Documentos



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, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009132 Vítima: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/12/2018 **Cobertura:** INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

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, contados 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

Carta n° 15334272



220 00465/00466 - carta 01 - INVAN IDEZ



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02
<http://pie.tjpb.jus.br:80/pie/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109520220300000034857451>
Número do documento: 20111109520220300000034857451

Núm. 36513592 - Pág. 1



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, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200009132 **Vítima: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO**

Data do Acidente: 28/12/2018 Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

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 quadril 25%

Durante o período de conclusão da
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: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000003487

Conta: 0000047247-5

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Karla Andraea do Nascimento

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 034 445 734 69

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 5000 000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (63) 9988812056

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro(a) falecido(a): Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:
CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 23 de dezembro de 2015
Karla Andraea do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

FPS.001 V002/2019



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^a Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL
PARAÍBA**

**GOVERNO
DA PARAÍBA**
Secretaria de Estado da Segurança e da Defesa Social



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 13900.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 13900.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:16 horas do dia 05 de dezembro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, c esta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Marcos Antônio Vasconcelos, matrícula 0573132, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Karla Andreato do Nascimento**, CPF nº 034.445.734-64, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Agente Socioeducativa, filho(a) de Maria Jose da Silva e Jose Antonio do Nascimento, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 24/01/1980 (39 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Nelly Pessoa Lima, Nº 198, bairro Mangabeira, tendo como ponto de referência 198 Casa, na cidade de João Pessoa/PB.

Dados do(s) Fatos:

Local: Cidade Verde, João Pessoa/PB, bairro Mangabeira; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 28/12/18 10:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) Art. 303 Caput da Lei 9.503/97 (Lesão corporal culposa na direção de veículo automotor).

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 28/12/2018, POR VOLTA DAS 10:00, ESTAVA DE CARONA NA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q PHOENIX DE COR PRETA, ANO 2014/15, PLACA QFT-5683/PB, CHASSI LXCYCBBL05F0245459, NA OCASIÃO QUEM PILOTAVA A MOTO ERA A PESSOA DE CELIA MARIA SOARES, PORTADOR DO CPF: 012.127.05483 , QUE ESTAVAM NA RUA EROTILDES BULHÕES PINHEIROS, CIDADE VERDE, MANGABEIRA VIII, NESTA CAPITAL, QUANDO O MOTORISTA DO VEICULO NISSAN FRONTIER DE COR PRETA E PLACA MNU-4476/PB, O SENHOR VICENTE BRASIL DE OLIVEIRA JUNIOR, PORTADOR DO CPF 726.248.764-72, QUE VINHA EM UMA RUA SECUNDÁRIA, NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE; QUE O MOTORISTA DA FRONTIER FICOU NO LOCAL APENAS 20 MINUTOS E APÓS ISSO FOI EMBORA SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O H.E.T.S.H.L ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID 10 73,0 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. BRUNO DE LUNA ROMA .QUE A NOTIFICANTE TAMBÉM APRESENTOU ATESTADO MÉDICO , DATADO DE 07/05/2019 QUE SEGUE ANEXO s10 32 + s72

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Procedimento Policial: 13900.01.2019.1.00.401

1/2



SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1^o Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



João Pessoa/PB, 05 de de

José Saulo Araújo Negreiros
José SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

Karla Andrade do NASC
KARLA ANDREA DO NASC
Noticiante



Procedimento Policial: 13900.01.20-



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109520220300000034857451>
Número do documento: 20111109520220300000034857451

Num. 36513592 - Pág. 5



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: Karla Andraea do Nascimento

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 034 445 734 69

7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 5000 000

15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (63) 9988812056

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: Sim Não 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou herdeiro(a) falecido(a): Sim Não 31 - Vítima Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou Sim Não pais/avós vivos? Não teve filhos? Vivos: teve irmãos? Vivos: teve herdeiros? Vivos: teve pais/avós vivos? Não

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

34 - 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido

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

38 - 1º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome: _____
CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: 23 de dezembro de 2015
Karla Andraea do Nascimento

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

DADOS DE NASCIMENTO 24/01/80

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.132.275

Nº PRONTUÁRIO 113.127

DATA DO ATENDIMENTO 28/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:12

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CABEÇA DO FEMUR D + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL D

CID 10 S 72.8 + S 73.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e contusão no quadril D e raiz da coxa D + dificuldade e restrição dos movimentos do membro inferior D. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX da articulação coxo-femural D - AP

RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da cabeça do femur D + luxação da articulação do quadril D aos RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e redução in cruenta da luxação do quadril D pela equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 03/01/19

DATA DA EMISSÃO: 09/08/19

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1132275



Identificação do paciente

ID 1360161	Nome KARLA ANDREA DO NASCIMENTO			Sexo Feminino
Data de nascimento 24/01/1980	Idade 38 anos 11 meses 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae MARIA JOSE DA SILVA				Pai JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO
Escolaridade:	Responsável (Parentesco) CARLOS ANTONIO DO NASCIMENTO - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987400213	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2562697	Nº Crs		
Local de procedência MANGABEIRA VIII		Type BAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58055000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSEFA TAVEIRA
Número 189	Complemento R NELY PESSOA LIMA	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 26/12/2018 13:12:05	Número da pulseira 100007119216	Convênio: SUS
------------------------------------	---	------------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
---------------------------------	---------

Classificação de risco	Origem do paciente RUA
------------------------	---------------------------

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
------------------------	--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
-----------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

U. fura de jardineiro fez moto x cano (st) expelido
traqueia fez Soco, dor em regiao abd. +
enfermidade fl o cdt

Diagnóstico MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	C.D
---	-----

Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 39seg
--	----------------

Imprimir

Not. Inscrita 28/12/18
Recebida 28/12/18
P.S.J.P.

28/12/2018 13:12



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000047247-5

Nr. da Autenticação 3A3E4C8305AE19D5



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109520220300000034857451>
Número do documento: 20111109520220300000034857451

Num. 36513592 - Pág. 9

MARIA JOSÉ DA SILVA
 RUA MELLY PESSOA DE LIMA, 126 - MANDABEIRA
 JOÃO PESSOA / PB CEP 58000-000 (A2-1)
 Loteamento MONOPÓLIO
 Condomínio RESIDENCIAL, RESIDENCIAL
 Rua: E-5 - 224-726
 Referência: Mar/2019
 Medidor: 200002177595
 Entrega: 15/03/2019

energisa
 ENERGISA PARAÍBA S/A "REDE DE ENERGIA S/A"
 CNPJ: 02.295.122/0001-42 | IE: PI 160012200
 BemFaz | Consulte sua fatura online: www.energisa.com.br
 Código para Dívidas Automatizadas: 00004066429

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 | Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Mar / 2019	15/03/2019	15/04/2019	260.919.304-09

UC (Unidade Consumidora): 5/406543-9

Canal de contato

Com a fatura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem o controle de seu consumo a qualquer momento e sempre um comprovante de pagamento à disposição sem contato com um dos nossos canais de atendimento.

Anterior **Atual** **Constante** **Consumo** **Dias**

Data	Leratura	Data	Leratura	
14/03/19	25321	15/03/19	25601	120

CD: Ready

0001 Conta

0007 Conta

TOTAL

TRANSAÇÃO	VALOR	CÓDIGO
BAIXA NPC	34,75	315043
SANEAMENTO	68,24	315045
ENERGIA	255,04	315048
TOTAL:	R\$358,03	
RECEBIDO:	R\$0,00	
A RECEBER:	R\$358,03	

03ABR2019 12:45:46

LOTÉRICA: 13.023624-1

TERMINAL: 60612

CD: Seguro

Média mês

201 11

Mês 12

PERÍODO

Indicadores de Qualidade

Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
0.000000	5.00	NORMAL
-0.100000	0.00	220
0.100000	0.00	220
-0.150000	0.00	220
0.150000	0.00	220
-0.200000	0.00	220
0.200000	0.00	220
-0.250000	0.00	220
0.250000	0.00	220
-0.300000	0.00	220
0.300000	0.00	220
-0.350000	0.00	220
0.350000	0.00	220
-0.400000	0.00	220
0.400000	0.00	220
-0.450000	0.00	220
0.450000	0.00	220
-0.500000	0.00	220
0.500000	0.00	220
-0.550000	0.00	220
0.550000	0.00	220
-0.600000	0.00	220
0.600000	0.00	220
-0.650000	0.00	220
0.650000	0.00	220
-0.700000	0.00	220
0.700000	0.00	220
-0.750000	0.00	220
0.750000	0.00	220
-0.800000	0.00	220
0.800000	0.00	220
-0.850000	0.00	220
0.850000	0.00	220
-0.900000	0.00	220
0.900000	0.00	220
-0.950000	0.00	220
0.950000	0.00	220
-1.000000	0.00	220
1.000000	0.00	220
-1.050000	0.00	220
1.050000	0.00	220
-1.100000	0.00	220
1.100000	0.00	220
-1.150000	0.00	220
1.150000	0.00	220
-1.200000	0.00	220
1.200000	0.00	220
-1.250000	0.00	220
1.250000	0.00	220
-1.300000	0.00	220
1.300000	0.00	220
-1.350000	0.00	220
1.350000	0.00	220
-1.400000	0.00	220
1.400000	0.00	220
-1.450000	0.00	220
1.450000	0.00	220
-1.500000	0.00	220
1.500000	0.00	220
-1.550000	0.00	220
1.550000	0.00	220
-1.600000	0.00	220
1.600000	0.00	220
-1.650000	0.00	220
1.650000	0.00	220
-1.700000	0.00	220
1.700000	0.00	220
-1.750000	0.00	220
1.750000	0.00	220
-1.800000	0.00	220
1.800000	0.00	220
-1.850000	0.00	220
1.850000	0.00	220
-1.900000	0.00	220
1.900000	0.00	220
-1.950000	0.00	220
1.950000	0.00	220
-2.000000	0.00	220
2.000000	0.00	220
-2.050000	0.00	220
2.050000	0.00	220
-2.100000	0.00	220
2.100000	0.00	220
-2.150000	0.00	220
2.150000	0.00	220
-2.200000	0.00	220
2.200000	0.00	220
-2.250000	0.00	220
2.250000	0.00	220
-2.300000	0.00	220
2.300000	0.00	220
-2.350000	0.00	220
2.350000	0.00	220
-2.400000	0.00	220
2.400000	0.00	220
-2.450000	0.00	220
2.450000	0.00	220
-2.500000	0.00	220
2.500000	0.00	220
-2.550000	0.00	220
2.550000	0.00	220
-2.600000	0.00	220
2.600000	0.00	220
-2.650000	0.00	220
2.650000	0.00	220
-2.700000	0.00	220
2.700000	0.00	220
-2.750000	0.00	220
2.750000	0.00	220
-2.800000	0.00	220
2.800000	0.00	220
-2.850000	0.00	220
2.850000	0.00	220
-2.900000	0.00	220
2.900000	0.00	220
-2.950000	0.00	220
2.950000	0.00	220
-3.000000	0.00	220
3.000000	0.00	220
-3.050000	0.00	220
3.050000	0.00	220
-3.100000	0.00	220
3.100000	0.00	220
-3.150000	0.00	220
3.150000	0.00	220
-3.200000	0.00	220
3.200000	0.00	220
-3.250000	0.00	220
3.250000	0.00	220
-3.300000	0.00	220
3.300000	0.00	220
-3.350000	0.00	220
3.350000	0.00	220
-3.400000	0.00	220
3.400000	0.00	220
-3.450000	0.00	220
3.450000	0.00	220
-3.500000	0.00	220
3.500000	0.00	220
-3.550000	0.00	220
3.550000	0.00	220
-3.600000	0.00	220
3.600000	0.00	220
-3.650000	0.00	220
3.650000	0.00	220
-3.700000	0.00	220
3.700000	0.00	220
-3.750000	0.00	220
3.750000	0.00	220
-3.800000	0.00	220
3.800000	0.00	220
-3.850000	0.00	220
3.850000	0.00	220
-3.900000	0.00	220
3.900000	0.00	220
-3.950000	0.00	220
3.950000	0.00	220
-4.000000	0.00	220
4.000000	0.00	220
-4.050000	0.00	220
4.050000	0.00	220
-4.100000	0.00	220
4.100000	0.00	220
-4.150000	0.00	220
4.150000	0.00	220
-4.200000	0.00	220
4.200000	0.00	220
-4.250000	0.00	220
4.250000	0.00	220
-4.300000	0.00	220
4.300000	0.00	220
-4.350000	0.00	220
4.350000	0.00	220
-4.400000	0.00	220
4.400000	0.00	220
-4.450000	0.00	220
4.450000	0.00	220
-4.500000	0.00	220
4.500000	0.00	220
-4.550000	0.00	220
4.550000	0.00	220
-4.600000	0.00	220
4.600000	0.00	220
-4.650000	0.00	220
4.650000	0.00	220
-4.700000	0.00	220
4.700000	0.00	220
-4.750000	0.00	220
4.750000	0.00	220
-4.800000	0.00	220
4.800000	0.00	220
-4.850000	0.00	220
4.850000	0.00	220
-4.900000	0.00	220
4.900000	0.00	220
-4.950000	0.00	220
4.950000	0.00	220
-5.000000	0.00	220
5.000000	0.00	220
-5.050000	0.00	220
5.050000	0.00	220
-5.100000	0.00	220
5.100000	0.00	220
-5.150000	0.00	220
5.150000	0.00	220
-5.200000	0.00	220
5.200000	0.00	220
-5.250000	0.00	220
5.250000	0.00	220
-5.300000	0.00	220
5.300000	0.00	220
-5.350000	0.00	220
5.350000	0.00	220
-5.400000	0.00	220
5.400000	0.00	220
-5.450000	0.00	220
5.450000	0.00	220
-5.500000	0.00	220
5.500000	0.00	220
-5.550000	0.00	220
5.550000	0.00	220
-5.600000	0.00	220
5.600000	0.00	220
-5.650000	0.00	220
5.650000	0.00	220
-5.700000	0.00	220
5.700000	0.00	220
-5.750000	0.00	220
5.750000	0.00	220
-5.800000	0.00	220
5.800000	0.00	220
-5.850000	0.00	220
5.850000	0.00	220
-5.900000	0.00	220
5.900000	0.00	220
-5.950000	0.00	220
5.950000	0.00	220
-6.000000	0.00	220
6.000000	0.00	220
-6.050000	0.00	220
6.050000	0.00	220
-6.100000	0.00	220
6.100000	0.00	220
-6.150000	0.00	220
6.150000	0.00	220
-6.200000	0.00	220
6.200000	0.00	220
-6.250000	0.00	220
6.250000	0.00	220
-6.300000	0.00	220
6.300000	0.00	220
-6.350000	0.00	220
6.350000	0.00	220
-6.400000	0.00	220
6.400000	0.00	220
-6.450000	0.00	220
6.450000	0.00	220
-6.500000	0.00	220
6.500000	0.00	220
-6.550000	0.00	220
6.550000	0.00	220
-6.600000	0.00	220
6.600000	0.00	220
-6.650000	0.00	220
6.650000	0.00	220
-6.700000	0.00	220
6.700000	0.00	220
-6.750000	0.00	220
6.750000	0.00	220
-6.800000	0.00	220
6.800000	0.00	220
-6.850000	0.00	220
6.850000	0.00	220
-6.900000	0.00	220
6.900000	0.00	220
-6.950000	0.00	220
6.950000	0.00	220
-7.000000	0.00	220
7.000000	0.00	220
-7.050000	0.00	220
7.050000	0.00	220
-7.100000	0.00	220
7.100000	0.00	220
-7.150000	0.00	220
7.150000	0.00</td	



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

DADOS DE NASCIMENTO 24/01/80

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.132.275

Nº PRONTUÁRIO 113.127

DATA DO ATENDIMENTO 28/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:12

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA CABEÇA DO FEMUR D + LUXAÇÃO DA ARTICULAÇÃO DO QUADRIL D

CID 10 S 72.8 + S 73.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta, apresentando dor e contusão no quadril D e raiz da coxa D + dificuldade e restrição dos movimentos do membro inferior D. Glasgow 15. Avaliada pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX da articulação coxo-femural D - AP

RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da cabeça do femur D + luxação da articulação do quadril D aos RX. Sem alteração ao outro RX. Realizado internamento e redução in cruenta da luxação do quadril D pela equipe da Ortopedia.

ALTA HOSPITALAR: 03/01/19

DATA DA EMISSÃO: 09/08/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO DE ATIVIDADES
CRM: 2516/PB

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. OBS: O profissional que assina este laudo não participou do atendimento médico.





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AV. ORESTES LISBOA, s/n - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1132275

**Identificação do paciente**

ID 1360161	Nome KARLA ANDREA DO NASCIMENTO			Sexo Feminino
Data de nascimento 24/01/1980	Idade 38 anos 11 meses 4 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mae MARIA JOSE DA SILVA				Pai JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO
Escolaridade:	Responsável (Parentesco) CARLOS ANTONIO DO NASCIMENTO - IRMAO(A)			
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987400213	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 2562697	Nº Crs		
Local de procedência MANGABEIRA VIII			Tipo BAIRRO	UF PB
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R		

Endereço

CEP 58055000	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro JOSEFA TAVEIRA
Número 189	Complemento R NELY PESSOA LIMA	Bairro MANGABEIRA	

Admissão

Data e Hora 26/12/2018 13:12:05	Número da pulseira 100007119216	Convênio: SUS
------------------------------------	---	------------------

Especialidade CIRURGIA GERAL	Clinica
---------------------------------	---------

Classificação de risco	Origem do paciente RUA
------------------------	---------------------------

Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente VEICULO X MOTO
------------------------	--	---------------------------------------

Indicadores e Transporte

Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não
Meio de transporte SAMU	Quem transportou		

Sinais Vitais

PA X mmHg	P脉	Temperatura
--------------	----	-------------

Exames complementares

Raios X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
------------	-----------	----------	-------	-----------	--------	--------------------

Dados clínicos

Urgente de jardim fez moto x cano (st) expelido
traqueia fez Sinc, dor em reg. abd. (ch. bol. x + 1)
enfermidade fl o CT

Diagnóstico MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	C.D
---	-----

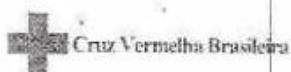
Atendido por MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA	Tempo 39seg
--	----------------

Imprimir

Not. Inscrita 28/12/18
Recebida 28/12/18
P.S.J.P.

28/12/2018 13:12





AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N., JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente KARLA ANDREA DO NASCIMENTO	BAE 1132275	Data/Hora Entrada 28/12/2018 13:12:05	Data Baixa
Data de nascimento 24/01/1980	Idade 38a 11m 4d	Sexo Feminino	Telefone de Contato: (83) 987400213
Mae MARIA JOSE DA SILVA			
Endereço JOSEFA TAVEIRA, 189 - R NELY PESSOA LIMA	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional BRUNO DE LUNA ROMA	Nº Cons. Regional 10075/PB
Data/Hora Classificação 28/12/2018 13:12:05		Data/Hora Prescrição 28/12/2018 16:01:17	

Anamnese

Redução incruenta de luxação do quadril direito feito por Dr. Raiff

CD: solicito raio x controle
internação hospitalar orientado por Dr. Raiff**DIETA**

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 6/6H

Diluir

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), DILUIR 2,0 ML

AGUA DESTILADA 10ML (AMPOLA), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., 8/8H

Diluir

ONDANSETRONA 8MG/4ML (AMPOLA 4ML), ADMINISTRAR 8,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE NAUSEAS (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 24,0)

PTOPRIL 25 MG COMPRIMIDO, ADMINISTRAR 25,0 MG VIA ORAL, AGORA, (OBSERVAÇÕES: SE PAS > 160 OU PAD > 110 : AVISAR PLANTONISTA DE PAS > 200)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 500ML), ADMINISTRAR 2000,0 ML VIA E.V, 24H, 0,0 (MGTSM)

OMEPRAZOL 20MG CÁPSULA, ADMINISTRAR 40,0 MG VIA ORAL, 1X AO DIA, (OBSERVAÇÕES: EM JEJUM, PELA MANHÃ)

GLICOSE 50% SOLUÇÃO INJETAVEL (AMPOLA 10ML), ADMINISTRAR 10,0 ML VIA E.V., AGORA, 0,0 (MGTSM) (OBSERVAÇÕES: SE HGT <60)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 8/8H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

TRAMADOL 50MG /ML INJETAVEL (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., 8/8H, SE NECESSÁRIO SE DOR INTENSA (DOSE MÁXIMA DIÁRIA: 6,0)

SOLUÇÃO FISIOLÓGICA 0,9% (FRASCO 100ML), ADMINISTRAR 100,0 ML VIA E.V, 12/12H, 0,0 (MGTSM)

Diluir

CETOPROFENO 100 MG (FRASCO/AMPOLA), ADMINISTRAR 100,0 MG VIA E.V., 12/12H

HEPARINA SODICA 5.000UI/0,25ML (AMPOLA 0,25 A 0,30ML) - ALTO RISCO, ADMINISTRAR 0,25 ML VIA S.C., 12/12H, 0,0 (MGTSM)

CUIDADOS**CURATIVO /OBSERVAÇÕES- DIÁRIO:**

Boleto registrado no Poder Judiciário da Costa da Costa em 28/12/2018 13:12:44

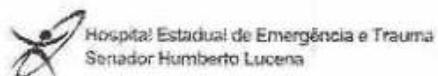
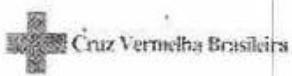
HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA	
INSULINA REGULAR CONFORME HGT	
SSVV + CCGG	
EXAME LABORATORIAL	
COAGULOGRAMA COMPLETO	
CREATININA	
GLICOSE	
HEMOGRAMA COMPLETO	
TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)	
TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)	
IONOGRAMA	
UREIA	
EXAME DE IMAGEM	
RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP)	
RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PERFIL CROSS-TABLE)	
CID10	
Código	Descrição
S73.0	Luxação da articulação do quadril
Conduta	
Internar Paciente	

Dr. Bruno de Luna Roma,
MEDICO
CRM-PB 10075

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM/10075/PB)

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO


AREA VERMELHA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel:

CNES: 6121221

Paciente: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO	BAE 1132275	Data/Hora Entrada: 28/12/2018 13:12:05	Data Baixa:
Data de nascimento 24/01/1980	Idade 38a 11m 4d	Sexo Feminino	Telefone da Contato: (83) 987400213
Mãe MARIA JOSE DA SILVA			
Endereço JOSEFA TAVEIRA, 189 - R NELY PESSOA LIMA	Bairro MANGABEIRA	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional JOSE CARLOS MARQUES	Nº Cons. Regional 2102/PB
Data/Hora Classificação 28/12/2018 13:12:05		Data/Hora Prescrição 28/12/2018 13:45:47	

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRAFEGO CONSCIENTE ORIENTADO .REFERINDO DOR NO QUADRO REITO E DIFICULDADE DE MOVIMENTAR

TÓRAX E ABDOME NDN

MMSS NDN

MMII DOR E EDEMA COXA DIREITA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR DIREITO

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Dr. José Carlos Marques
CRM 2102

JOSE CARLOS MARQUES
(2102/PB)

Boletim registrado por: MARNIELE JANAINA DA COSTA GAMA em 28/12/2018 13:12:44



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109520220300000034857451>
Número do documento: 20111109520220300000034857451

Num. 36513592 - Pág. 15



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Kerla Andrade do Rosário BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: Masculino Feminino Cor: _____ Data: 1/1/1
 Clínica/Setor: Urgência EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Redução inversa de luxação do ombro D
 Cirurgião: Dr. Raíff Leite 1º Assistente: M. Fábio Fonseca
 2º Assistente: Dr. Bruno Roma RL 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ Término _____

	Diagnóstico Pós-Operatório	CID
1	<u>Luxação do ombro D</u>	
2		
3		
4		
5		
6		
7		

	Procedimentos Cirúrgicos	Código
1	<u>Redução inversa de luxação do ombro D</u>	
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Acidente durante Ato Cirúrgico: Sim Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: Sim Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

Enfermaria Terapia Intensa Residência Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr Bruno de Lima
CRM-PB 0075

João Pessoa, 28/12/2018

Médico/CRM: _____

F(NG) ASCIR.00023





RELATÓRIO DE CIRURGIA



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DOR sob anestesia

Incisão:

Ser incisão

Achados:

Luxação do quadril D

Conduta:

Fixa mobília da redução para luxação do quadril

Fechamento:

Observação:

Rever e encaminhar

Dr. Bruno de Luna Ribeiro
MÉDICO
CRM-PB 10875

João Pessoa, 28/12/2018

Médico/CRM:

E(NG).ASCIR.009-1



PACIENTE		FICHA DE ANESTESIA		PRONTUÁRIO: 1132275	
Maria Batista		SEXO:	COR:	IDADE:	
PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO		TEMPERATURA PESO	GRUPO SANGUÍNEO
ESTADO GERAL	(BOM)	REGULAR	MAL	PÉSSIMO	RISCO CIRÚRGICO
EXAMES COMPLEMENTARES					
AP. RESPIRATÓRIO	100% / 100%		AP. CIRCULATÓRIO		
AP. DIGESTIVO	ESTADO MENTAL		OFF		DROGAS EM USO
PRE-ANESTÉSICO					
DOSE/HORA					
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO	Urticárias crônicas				
CIRURGIA REALIZADA	Angiotensin				
CIRURGIAO	Dr. J. B.		T/A		
INÍCIO DA ANESTESIA	16:00	65	TERMINO DA ANESTESIA	16:00	VALERAÇÃO DA ANESTESIA
CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			QUANT. DE CH.	VALORES R.S.	
ANESTESISTA	J. B. L.		CPF	CRM-PB 7611	
ADULTOS-ORA					
0					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
<input type="checkbox"/> ANESTÉSICO GERAL	<input type="checkbox"/> SALSIFIANA	<input type="checkbox"/> EPOXA	<input type="checkbox"/> BLOQ. PLAKO	<input type="checkbox"/> BLOQ. NERVO	<input type="checkbox"/> OUTROS
MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO					
SALF	Injetado 100 mg		11		
TAB.	2		12		
ONAR	100 mg		13		
ALGOZ	500 mg		14		
TOXA	5		15		
CERTIFICO O PACIENTE	6		16		
<input type="checkbox"/> ADTA	<input type="checkbox"/> SUPERATIVA	7		17	
<input type="checkbox"/> UMI	<input type="checkbox"/> REBDIGA	8		18	
<input type="checkbox"/> OUTROS	9		19		
INTERNAÇÃO VARIETAVEL					
ASSINATURA DO ANESTESE					
Assinatura: Dr. J. B. L.					
Data: 20/01/87					
Local: Hospital Universitário de SOUL					
Médico Anestesiologista					
CRM 7611					
P. 20 - ASSINATURA					



Nota de Sala Cirúrgica



LONI DO PACIENTE	Kather Andrade do Nascimento				
IDADE	38	SEXO	M	DATA	13/07/2018
OPERAÇÃO	Tc Redutor encravado de Quatril Dentes				
PRURÍGIO	Dr. Thiago + Dr. Fábio + Dr. Beto Bruno				
ANESTESIA	General				
ANESTHESISTE	Dr. Telmo				
INSTRUMENTADOR					
DATA	28/12/18	TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO	15:30	CHURGIA INÍCIO	FIM 15:40 16:00
NÍVEL DE RISCO DE CIRURGIA - ASA/AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS					
ASA (CLASSE 1) ASA 2 ASA 3 ASA 4 ASA 5)					
GRAD DE CONTAMINAÇÃO () LIMPIDA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA					
MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANILA	SKL	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
DUPIVACAÍNA ISOBÁRICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
DUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO	SOLUÇÕES	QTD. LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
ENFORBARBITAL	ÁLCOOL ETÍlico 70%	OK LÂMINA BISTURI Nº5		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA	PVP DESGERMANTE	LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIGLACTINA Nº	
FLUMAZENIL	PVP TINTURA	LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIGLACTINA Nº	
ISOFLURANO	PVP TOPOCO	LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIGLACTINA Nº	
LÍQUID. DUPIVACAÍNA CI VASO	SABRÔ ANTISEPTICO	LÂMINA DE ENXERITO		FIO POLIPROPILENO Nº	
DUPIVACAÍNA SI VASO	MATERIAIS	QTD. LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.	OK	FIO POLIPROPILENO Nº	
DOCAINA CI VASO	AGULHA 13X4,5	F LUVA ESTÉRIL Nº6		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIBOCAINA SI VASO	AGULHA 23X07	F LUVA ESTÉRIL Nº7,5	F	FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MAPAZOLAN	AGULHA 23X08	F LUVA ESTÉRIL Nº9		FIO SEDA Nº	
MORFINA	AGULHA 40X12	LUVA ESTÉRIL Nº5		FITA CARDIACA	
NIMBUTUM	AGULHA PERJUDRAL Nº16	MASCARA CIRÚRGICA	OK	MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCURÔNIO	AGULHA PERJUDRAL Nº17	MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PETEDINA	AGULHA PERJUDRAL Nº18	PERFORADOR DE SORO	OK	CIMENTO CIRÚRGICO	
PROPOFOL	AGULHA RAQLI Nº25G	SCALP Nº9		CLIP TITÂNIO AGADURA	
RAMPENTANILA	AGULHA RAQLI Nº26G	SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO	AGULHA RAQLI Nº27G	SERINGA 3ML	F	FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO	ALGODÃO ORTOPÉDICO	SERINGA 5ML	F	FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔMIO	ATADURA DE CREPOM	SERINGA 10ML	F	FIO STEINMAN Nº	
TIOFENTAL	ATADURA DESSADA	SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRÚRGICO	
MEDICAÇÕES	QTD. BOLSA DE COLOSTOMIA	SONDA ASF TRAQUEAL Nº8		HEMOST. ABS. AVIVEL	
ADRENALINA	CÂNLULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº	SONDA ASF TRAQUEAL Nº10		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA	CATETER DE OXIGÊNIO	SONDA ASF TRAQUEAL Nº12		PROTESE VASCULAR	
ATROFOPINA	CATETER EMBOLECO ARTERIAL Nº	SONDA ASF TRAQUEAL Nº14		KIT PAM	
BEXTRA	CATETER EPIDURAL Nº16	SONDA ASF. TRAQUEAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFAZOLINA	CATETER EPIDURAL Nº17	SONDA FOLEY 2VIAS Nº12		EMPRESA	
DEXAMETASONA	CATETER EPIDURAL Nº18	SONDA FOLEY 2VIAS Nº14			
EF. A SÓDICA	CERA PARA OSSO	SONDA NASOG. CURTA		PARAFUSOS CORTICais	
EFELINA	COLET. URINA FECHADO	SONDA NASOG. LONGA		PARAFUSOS CORTICais	
FUROSEMIDA	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	I SONDA I. RETRAL Nº		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLICOSE 5%	COMPRESSAS CIRÚRGICAS	TORNEIRINHA		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GLUTONATO DE CALCIO	DRENO DE PENROSE	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
HIDROCORTISONA	DRENO DE SUCÇÃO	TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIBOCAINA GELADA	ELETRODOS	F TUBO ENDOTRAQUEAL Nº		PLACA	
ONDASENTRONA	EQUIPO MACROGOTAS	TUBO SILICONE (LATEX)	F	PLACA	
PLASTIL	EQUIPO TRANS SANGUE				
PROSTIGMINE	EQUIPO MICROGOTAS			EQUIPAMENTOS	
PROTAMINA	ESPONJA DE PVF	FIOS	QTD:	() ASPIRADOR	
TENOXICAN	ESPARADRAGO	OK FIO ALGODÃO S/A Nº		() BISTURI ELETRICO	
	GAZES	FIO ALGODÃO S/A Nº		() CAPNOGRAFO	
	GAZES ALGODoadas	FIO ALGODÃO C/A Nº		() CARDIOMONITOR	
	GEL ELECTROLÍTICO	FIO ALGODAO C/A Nº		() DESFIBRILADOR	
	JELCO Nº14			() FOGO AUXILIAR	
	JELCO Nº16			() FOGO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELETRICO	
				() SERRA	
				CIRCUÍTO	

Tomada de Embargo
Tabela de Circuito
COREN-SP 11/11/2018

FOLHO ASC 121-2

PatientID:	000000084273	Sex:	Feminino
PatientName:	KARLA ANDREA DO NASCIMENTO	BirthDate:	24.01.1980
		Age:	39a.

Study Date: 07.05.2019

D

Image:1 Series:1

HTOP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109520220300000034857451>
Número do documento: 20111109520220300000034857451

Num. 36513592 - Pág. 20

PatientID:	000000084273	Sex:	Feminino
PatientName:	KARLA ANDREA DO NASCIMENTO	BirthDate:	24.01.1980
		Age:	39a.

Study Date: 07.05.2018

D

Image:2 Series:2

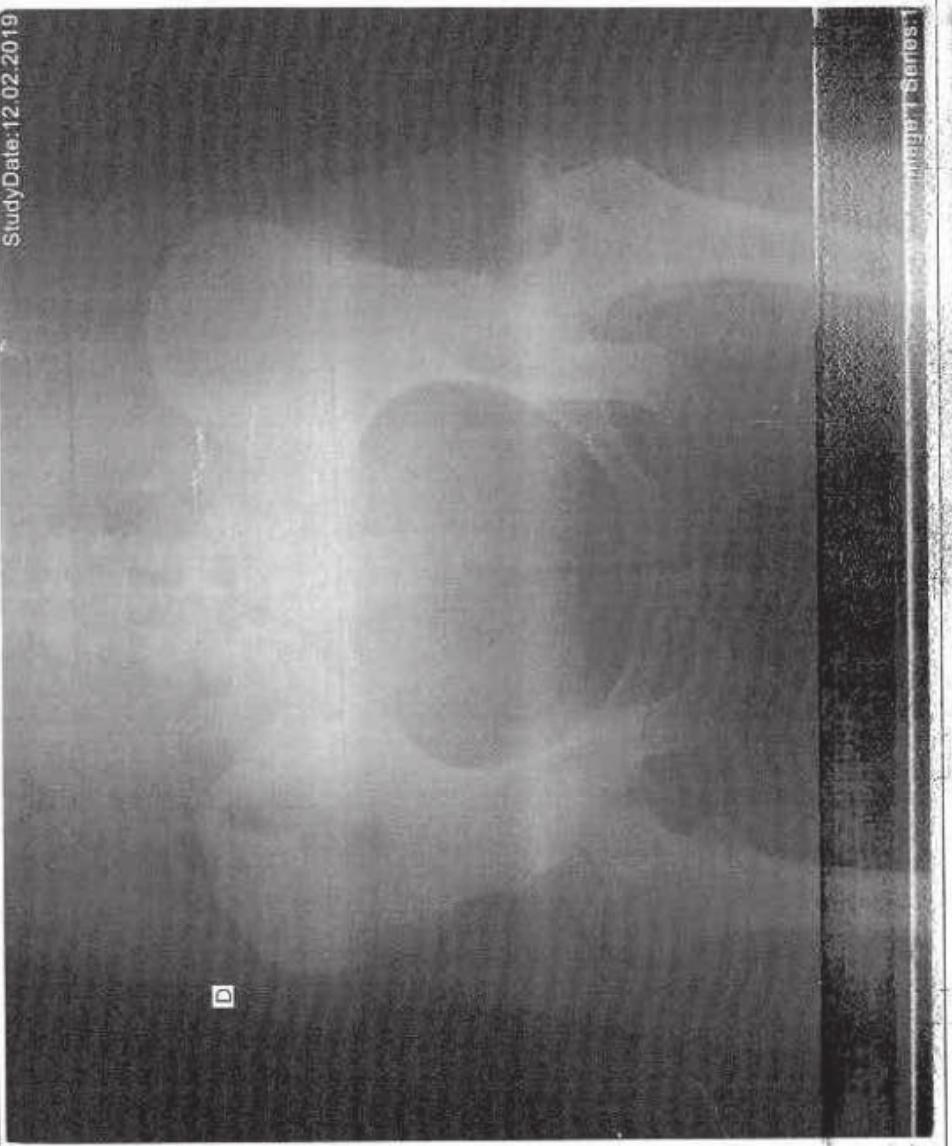
HTOP



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109520220300000034857451>
Número do documento: 20111109520220300000034857451

Num. 36513592 - Pág. 21



PatientID:	000000084273	Sex:	Feminino
Name:	KARLA ANDREA DO NASCIMENTO	BirthDate:	24/01/1980
		Age:	39a.
StudyDate: 12/02/2019			
			
D			
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			
26			
27			
28			
29			
30			
31			
32			
33			
34			
35			
36			
37			
38			
39			
40			
41			
42			
43			
44			
45			
46			
47			
48			
49			
50			
51			
52			
53			
54			
55			
56			
57			
58			
59			
60			
61			
62			
63			
64			
65			
66			
67			
68			
69			
70			
71			
72			
73			
74			
75			
76			
77			
78			
79			
80			
81			
82			
83			
84			
85			
86			
87			
88			
89			
90			
91			
92			
93			
94			
95			
96			
97			
98			
99			
100			
101			
102			
103			
104			
105			
106			
107			
108			
109			
110			
111			
112			
113			
114			
115			
116			
117			
118			
119			
120			
121			
122			
123			
124			
125			
126			
127			
128			
129			
130			
131			
132			
133			
134			
135			
136			
137			
138			
139			
140			
141			
142			
143			
144			
145			
146			
147			
148			
149			
150			
151			
152			
153			
154			
155			
156			
157			
158			
159			
160			
161			
162			
163			
164			
165			
166			
167			
168			
169			
170			
171			
172			
173			
174			
175			
176			
177			
178			
179			
180			
181			
182			
183			
184			
185			
186			
187			
188			
189			
190			
191			
192			
193			
194			
195			
196			
197			
198			
199			
200			
201			
202			
203			
204			
205			
206			
207			
208			
209			
210			
211			
212			
213			
214			
215			
216			
217			
218			
219			
220			
221			
222			
223			
224			
225			
226			
227			
228			
229			
230			
231			
232			
233			
234			
235			
236			
237			
238			
239			
240			
241			
242			
243			
244			
245			
246			
247			
248			
249			
250			
251			
252			
253			
254			
255			
256			
257			
258			
259			
260			
261			
262			
263			
264			
265			
266			
267			
268			
269			
270			
271			
272			
273			
274			
275			
276			
277			
278			
279			
280			
281			
282			
283			
284			
285			
286			
287			
288			
289			
290			
291			
292			
293			
294			
295			
296			
297			
298			
299			
300			
301			
302			
303			
304			
305			
306			
307			
308			
309			
310			
311			
312			
313			
314			
315			
316			
317			
318			
319			
320			
321			
322			
323			
324			
325			
326			
327			
328			
329			
330			
331			
332			
333			
334			
335			
336			
337			
338			
339			
340			
341			
342			
343			
344			
345			
346			
347			
348			
349			
350			
351			
352			
353			
354			
355			
356			
357			
358			
359			
360			
361			
362			
363			
364			
365			
366			
367			
368			
369			
370			
371			
372			
373			
374			
375			
376			
377			
378			
379			
380			
381			
382			
383			
384			
385			
386			
387			
388			
389			
390			
391			
392			
393			
394			
395			
396			
397			
398			
399			
400			
401			
402			
403			
404			
405			
406			
407			
408			
409			
410			
411			
412			
413			
414			
415			
416			
417			
418			
419			
420			
421			
422			
423			
424			
425			
426			
427			
428			
429			
430			
431			
432			
433			
434			
435			
436			
437			
438			
439			
440			
441			
442			
443			
444			
445			
446			
447			
448			
449			
450			
451			
452			
453			
454			
455			
456			
457			
458			
459			
460			
461			
462			
463			
464			
465			
466			
467			
468			
469			
470			
471			
472			
473			
474			
475			
476			
477			
478			
479			
480			
481			
482			
483			
484			
485			
486			
487			
488			
489			
490			
491			
492			
493			
494			
495			
496			
497			
498			
499			
500			
501			
502			
503			
504			
505			
506			
507			
508			
509			
510			
511			
512			
513			
514			
515			
516			
517			
518			
519			
520			
521			
522			
523			
524			
525			
526			
527			
528			
529			
530			
531			
532			
533			
534			
535			
536			
537			
538			
539			
540			
541			
542			
543			
544			
545			
546			
547			
548			
549			
550			
551			
552			
553			
554			
555			
556			
557			
558			
559			
560			
561			
562			
563			
564			
565			
566			
567			
568			
569			
570			
571			
572			
573			
574			
575			
576			
577			
578			
579			
580			
581			
582			
583			
584			
585			
586			
587			
588			
589			
590			
591			
592			
593			
594			
595			
596			
597			
598			
599			
600			
601			
602			
603			
604			
605			
606			
607			
608			
609			
610			
611			
612			
613			
614			
615			
616			
617			
618			
619			
620			
621			
622			
623			
624			
625			
626			
627			
628			
629			
630			
631			
632			
633			
634			
635			
636			
637			
638			
639			
640			
641			
642			
643			
644			
645			
646			
647			
648			
649			
650			
651			
652			
653			
654			
655			
656			
657			
658			
659			
660			
661			
662			
663			
664			
665			
666			
667			
668			
669			
670			
671			
672			
673			
674			
675			
676			
677			
678			
679			
680			
681			
682			
683			
684			
685			
686			
687			
688			
689			
690			
691			
692			
693			
694			
695			
696			
697			
698			
699			
700			
701			
702			
703			
704			
705			
706			
707			
708			
709			
710			
711			
712			
713			
714			
715			
716			
717			
718			
719			
720			
721			
722			
723			
724			
725			
726			
727			
728			
729			
730			
731			
732			
733			
734			
735			
736			
737			
738</			

Atendimento: 201932082897

Data Nasc: 24/01/1980 - 39 anos

Paciente: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data Exame: 10/05/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUADRIL DIREITO

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

- Fratura na cabeça do femur e bordo postero inferior do acetabulo.
Não há aumento significativo do líquido intra-articular no quadril.
Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 11/05/2019 06:36.



Dra. Galba L. O. Aquino
CRM-PE 20



Atendimento: 201831801483

Data Nasc: 24/01/1980 - 38 anos

Paciente: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data Exame: 29/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA

Técnica:

Aquisição volumétrica com reconstrução multiplanar, sem a injeção de contraste iodado endovenoso.

Análise:

Fratura na cabeça do femur direito.

As demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Não há aumento significativo do líquido intra-articular no quadril.

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

O valor preditivo de qualquer exame depende da análise conjunta do seu resultado e dos dados clínico-epidemiológicos do(a) paciente.

Este laudo foi liberado em 30/12/2018 23:43.



Dra. Galba L. O. Aquino
CRM: 5820





Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 11/11/2020 09:52:02
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20111109520220300000034857451
Número do documento: 2011110952022030000034857451

Num. 36513592 - Pág. 26

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200009132 Cidade: João Pessoa Natureza: Invalidez Permanente
Vítima: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO Data do acidente: 28/12/2018 Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL
SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE CABEÇA DE FÊMUR DIREITO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA) E ALTA MÉDICA. (P1 P4 P6 P7 P9)

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO QUADRIL 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 MODERADO DO QUADRIL DIREITO.
sequelas:

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008303/20

Vítima: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

CPF: 034.445.734-64

CPF de: Próprio

Data do acidente: 28/12/2018

Titular do CPF: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO : 034.445.734-64

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: 08/01/2020
Nome: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO
CPF: 034.445.734-64

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 08/01/2020
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

