

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, 21 de Outubro de 2020

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3200363485

Vítima: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 05/03/2020

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), EDITE ADELINA PEREIRA 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\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 033

Agência: 000004182

Conta: 000001030561-5

Tipo: CONTA CORRENTE

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **090125614-50** 3 - CPF da vítima: **090125614-50** 4 - Nome completo da vítima: **Edete Adelina Pereira do Nascimento**

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

5 - Nome completo:	Edete Adelina Pereira do Nascimento		6 - CPF:	090125614-50
7 - Profissão:	Recuso uso Antônio José Soniucos	8 - Endereço:	9 - Número:	213
11 - Bairro:	Dinamarca	12 - Cidade:	10 - Complemento:	Compino Grande PB
13 - Estado:	PB		14 - CEP:	58132-045
15 - E-mail:	85988056654			
16 - Tel.(DDD):	85988056654			

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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **[]** CONTA: **[]** (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **Santander**

AGÊNCIA: **4182** CONTA: **01030561 5** (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 da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

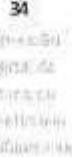
Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:	<input type="checkbox"/> Solteiro	<input type="checkbox"/> Casado (no Civil)	<input type="checkbox"/> Divorciado	<input type="checkbox"/> Separado Judicialmente	<input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:					
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a):			<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:					
28 - Vítima teve filhos?	<input type="checkbox"/> Sim	29 - Se tinha filhos, informar Vivos:	Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(várias)?	<input type="checkbox"/> Sim	31 - Vítima teve irmãos?	<input type="checkbox"/> Sim	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:	Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos?	<input type="checkbox"/> Sim
	<input type="checkbox"/> Não			<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Não					<input type="checkbox"/> Não

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

NÃO ALFABETIZADO



34 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

40 - Local e Data,

Joaçaba 07/10/2020

Edete Adelina Pereira do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

38 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

FPS.001 V002/2019

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00298.01.2020.1.05.101

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00298.01.2020.1.05.101, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 09:54 horas do dia 05 de outubro de 2020, na cidade de Lucena, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia de Comarca de Lucena, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Policia Civil Rubenita da Nóbrega Regis, matrícula 1356062, e lavrado por Alexandre José Nunes de Souto Lima, Agente de Investigação, matrícula 1573560, ao final assinado, compareceu **Edité Adelina Pereira do Nascimento**, conhecido(a) por Edité, CPF nº 090.125.614-50, nacionalidade brasileira, estado civil união estável, identidade de gênero feminino, profissão Autônoma, filho(a) de Josefa Cipriano Pereira do Nascimento e Paulo Roberto Nascimento, natural de Campina Grande/PB, nascido(a) em 01/04/1991 (29 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Antonio Jose Santiago, Nº 215, complemento CONDOMÍNIO RESIDENCIAL SANTA BARBARA I, BLOCO "G", APARTAMENTO Nº. 303, bairro Bodocongó, tendo como ponto de referência Perto de "barreto Rações", na cidade de Campina Grande/PB, telefone(s) para contato (83) 98805-6654.

Dados do(s) Fato(s):

Local: Via Pública, Perto da Farmácia "drogasil" e "redefarma". Campina Grande/PB, bairro Prata; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 05/03/20 16:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

Objeto(s) Envolvido(s):

(1) Moto, modelo FAZER YS 250, marca YAMAHA, tipo de veículo MOTOCICLETA, cor VERMELHA, ano 2014/2014, UF: PB, placa OFA-6233, chassi 9C6KG0460E0102269, renavam 0099759138-2, características gerais: Demais Dados do Veículo No C.r.l.v.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUANDO A DECLARANTE ESTAVA DE GARUPA NO CITADO VEÍCULO E NO LOCAL, AMBOS JÁ DESCritos ANTERIORMENTE ACIMA, UM OUTRO VEÍCULO FREOU REPENTINAMENTE NA FRENTES DO VEÍCULO EM QUE ESTAVA A DECLARANTE E FOI IMPOSSÍVEL EVITAR A COLISÃO ENTRE AMBOS, SENDO QUE O CONDUTOR E AS CARACTERÍSTICAS DO OUTRO VEÍCULO NÃO FORAM IDENTIFICADAS PELA EVASÃO DO LOCAL DOS FATOS DE AMBOS, SENDO QUE POR CAUSA DESTA COLISÃO, O VEÍCULO EM QUE ESTAVA A DECLARANTE VEIO A TOMBAR E A MESMA CAIU E VEIO A SE MACHUCAR SERIAMENTE, SENDO SOCORRIDA POR TERCEIROS PARA O HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES DA CIDADE DE CAMPINA GRANDE/PB, ONDE DEU ENTRADA PARA OS PRIMEIROS ATENDIMENTOS MÉDICOS EMERGENCIAIS E POSTERIORES PROCEDIMENTOS MÉDICOS CIRÚRGICOS PERTINENTE AO CASO, CONFORME LAUDO MÉDICO APRESENTADO NESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, SENDO QUE POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLICIA CIVIL, PARA PODER REGISTRAR ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL PARA PODER TOMAR AS DEVIDAS PROVIDÊNCIAS LEGAIS JUNTO AOS ÓRGÃOS COMPETENTES DENTRO DAS NORMAS DA LEI. OBSERVAÇÃO: ESTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA POLICIAL TEM APENAS A VALIDADE DE TRINTA (30) DIAS A CONTAR DESTA DATA, PORÉM O MESMO PODE SER REVALIDADO POR APENAS MAIS DUAS (02) VEZES EM QUALQUER DELEGACIA DE POLICIA CIVIL DESTE ESTADO.

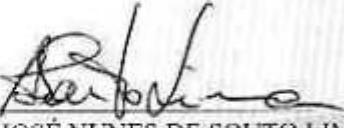
Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, expeço a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-8

Procedimento Policial: 00298.01.2020.1.05.101



Lucena/PB, 05 de outubro de 2020.


ALEXANDRE JOSÉ NUNES DE SOUTO LIMA
Agente de Investigação

Governo do Estado da Paraíba
Sec. de Segurança Pública
Alexandre I. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-II

Edite Adelina Pereira do Nascimento
EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: **090125614-50** 3 - CPF da vítima: **090125614-50** 4 - Nome completo da vítima: **Edete Adelina Pereira do Nascimento**

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

5 - Nome completo:	Edete Adelina Pereira do Nascimento		6 - CPF:	090125614-50
7 - Profissão:	Recuso uso Antônio José Soniucos	8 - Endereço:	9 - Número:	213
11 - Bairro:	Dinamarca	12 - Cidade:	10 - Complemento:	Compino Grande PB
13 - Estado:	PB		14 - CEP:	58132-045
15 - E-mail:	85988056654			
16 - Tel.(DDD):	85988056654			

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)

<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (341)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)

CONTA CORRENTE (todos os bancos)

Nome do BANCO: **Santander**

AGÊNCIA: **4182**

CONTA: **01030561**

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: **4182**

CONTA: **01030561**

5

(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 da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

28 - Vítima <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro(várias)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: <input type="checkbox"/> Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
-----------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------

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

34

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

38 - 1^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

39 - 2^a | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

40 - Local e Data,

Joaçaba 07/10/2020

Edete Adelina Pereira 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

NÃO ALFABETIZADO TESTEMUNHAS

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: 15/10/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

BANCO: 033

AGÊNCIA: 04182

CONTA: 000001030561-5

Nr. da Autenticação 9A1AF96C981F2A69

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento de Número: 0007090-455
 Documento para pagamento é válido até: 2020-07-21
 Número para consulta e pagamento da fatura: 0007090-455



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA
 Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - KM 230 - KM 158 - Três Irmãos
 Campina Grande / PB - CEP 58423-700
 CNPJ: 00190.00009 03149.036000 02236.880171 3 83230000011241

DADOS DO CLIENTE

GERLAINE BRASILIANO DO NASCIMENTO
 RUA ANTONIO JOSE SANTIAGO 215 BG A303
 CAMPINA GRANDE

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/35612-1

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2020	14/07/2020	114	21/07/2020	R\$ 112,41

Acesse: www.energia.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL.				
00190.00009 03149.036000 02236.880171 3 83230000011241				
Pagador: GERLAINE BRASILIANO DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 569.342.544-49 RUA ANTONIO JOSE SANTIAGO 215 BG A303 - DINAMERICA - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número: 31490360002236880	Nr Documento 000035612202007	Data Vencimento 21/07/2020	Valor do Documento R\$ 112,41	Valor Pago 08.826.596/0001-95
BENEFICIÁRIO:ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRES IRMAS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700 Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5				





PARAÍBA
Sistema do Estado - SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES (HET)



PRONT (B.E) Nº:2121324

CLASS: DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58043-809

Data: 05/03/2020

Atendente: acolhimento

Número: 07

Nascimento: 31/12/1969

CPF: 58400002

RG: 02020

Endereço:

Cidade: Campina Grande

Número da Rua:

Responsible:

Data de Atend: 05/03/2020

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

Data: 17/03/08

Nome da Rua:

Estado: C. da

Número da Rua:

Responsible:

EXAME PRIMÁRIO / OS CLÍNICOS

Paciente: me de cintão motox neta, via pelo Samu o imobil -

socis diagnoscs c/ des + de ferme dede ~

grande da chomadon neta, da fraca ca, da chomadon neta, da fraca ca,

@ Neta cunadon u u cina pma, @ Des respondy dede fraco bi-

lato di cinto u humed non onci, @ ECG = 15, puden in sén-

lato @. @ De fui m dede neta.

MEDICAMENTOS: fui auxiliarPATOLOGIAS: fui patologiasEXAME FÍSICO: fui examePUPILAS: fui fotorreagentesGlasgow: PA 15 HGT: 192 x 61

ADD: fui plom dupum u, im dola o pulpaçãs, am n neta du pri-

Junta: fui dupum dupum

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia Computadorizada

SOLICITAÇÃO DE PAREcer MÉDICO:

Especialista: fui ortopediaEspecialista: fui /

MÉDICO SOLICITANTE:

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº: fui Tumor pelo Samu,2: fui AD EU,3: fui 70mg + no EU,4: fui /5: fui /6: fui /

PRESCRIÇÕES E CONDUTAS:

1: fui Tumor pelo Samu,2: fui AD EU,3: fui 70mg + no EU,4: fui /5: fui /6: fui /

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

OBS: Grau: () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

Superfície corporal lesada = %

DIAGNÓSTICO / CID:

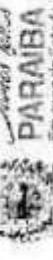
Cefaleia motox moto

Data: 05/03/2020

Assinatura: Dr. Júlio Reginaldo Sá

Grau: 2º Grau

Data: 05/03/2020



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.268/0038-92
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Mâlmias, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809
Data: 05/03/2020

Paciente: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO / 28 A / SAMU CG Idade: 02/2020 N° ATEND: 2121324

ACIDENTE DE TRABALHO : NAO
DATA: 05/03/2020 HORA: 17:06:07

Especialidade : CIRURGIA

MOTIVO : ACIDENTE DE MOTO
ESPECIFICAÇÃO DO MOTIVO : MOTO X MOTO

SINAIS VITAIS

HQ: SAT 02: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

DIABETES () SIM (X) NÃO HAS () SIM (X) NÃO
DEF. MOTORIA () SIM (X) NÃO

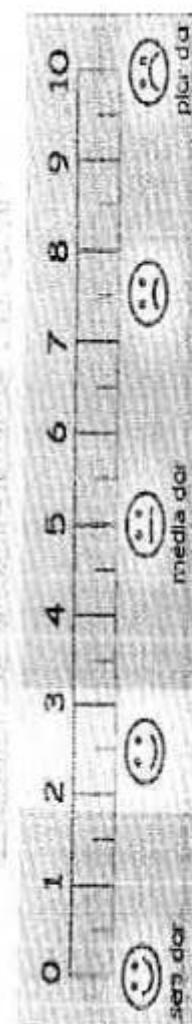
ALERGIAS : NEGA
MEDICAÇÃO EM USO :

ESTADO GERAL :
AVALIAÇÃO NEUROLOGICA

- () CONVULSAO () INCONSCIENTE () CONSCIENTE () ORIENTADO
- () DESORIENTADO () AGITADO () COOPERATIVO () DEPRESSIVO () APÁTICO
- () IRRITADO () DIMINUIÇÃO DE FORÇA MOTORA

SINTOMAS REFERIDOS

- () FEBRE () VÓMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
- () PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () ANAFLAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
- () EPIGASTRÍGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SÍBILOS () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO:
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

DO	HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN

*RTG 05/03/2020 17:06:07
Enfermeiro COREN 1221324*

OBS: SAMU CG

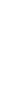
ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

05/03/2021

EXAME SECUNDÁRIO / PARECER MÉDICO

Pain & where the shoulder is mostly
warm + stiff + tender + hot over
the joint. High fever + pain in all of his

CO₂ Pore dimensions + Pore size distribution
with surface & area (E) 
0.055 

A circular library stamp with handwritten text. The outer ring contains "Dr. E. Verhaeghe" at the top and "COLLECTIE VAN" at the bottom. The inner circle contains "1900" at the top and "G. VAN OEVEREN" at the bottom.

SERVICIOS REALIZADOS

卷之三

CÓDIGO/PROCEDIMENTO

120

Centro cirúrgico _____
 Internação (setor) _____
 Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

总第十一期

1

BRUNNEN

FOLHA DE ANESTESIA		NOME Edite telefones, Período do Nascimento		IDADE	SEXO	COR
DATA 10/03/2020	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA
TIPO SANGUÍNEO	HEMÁCIAIS 4,1	HEMOGLOBINA 14,5	HEMOSTOCCITO 35,2	GLICEMIA	UREIA	OUTROS
	URINA					
AP. RESPIRATÓRIO Esgueira				ASMA Negativo	BRONQUITE Negativo	
AP. CIRCULATÓRIO NNN				ELETROCARDIGRAMA Normal	Normal	
AP. OBSTETRICO	DENTES +	PESO	AP. LARINGICO NNN			
ESTADIMENTAL Curvante / orientada	ATARAYHES	CORTICOIDES	ALEURIA	HIPOTENSORES		
DIAGNOSTICO PRE-OPERATÓRIO Fratura de fêmur (F)			ESTACOFÍSICO	RISCO		
ANESTÉSICAS ANTERIORES						
MEDICAÇÃO PRE-ANESTESICA			APLICADA	AS	EFEITO	
AGENTES ANESTÉSICOS 0,40% Sevoflurano 30ml	03h10	10h10			EDUCAÇÃO Satisf. _____ Exit. _____ Tosse. _____ Laringo espasmo. _____ Lenta. _____ Nauseas. _____ Vômitos. _____ Outros. _____	
LÍQUIDOS Ringer lactato fisiológico	FL	FL			MANUTENÇÃO Cefazolina 2g	
CODEGOS VP-ARTERIAL O PULSO O - RESPIRAÇÃO AX. ANESTÉSICO - OPERAÇÃO	85(V) 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250 260				ANESTESIA SATISF. Sim. _____ Não. _____ Não por quê. _____	
PULSATIL Pulso: 80	80 90 100 110 120 130 140 150 160 170 180 190 200 210 220 230 240 250 260				DESPERTAR Reflexos na SO. _____ Obstr. _____ Co. _____ Exit. _____ Nauseas. _____ Vômitos. _____ Outros. _____	
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES					Com cânula. _____ Pano o Luto. Sim. _____ Não. _____	
POSIÇÃO	0 → 0				CONDIÇÕES:	
AGENTES	Vibazine 50ml 1h; Midazolam 2mg; Fentanyl 2ug; Cloridrato de Kp; Transtetra.					
TECNICA	Bloqueio de plexo braquial (C) + General					
OPERAÇÃO	Tratamento cirúrgico de Fratura de fêmur					
CIRURGIOS	Dr. Andrey + Dr. Euler					
ANESTETISTAS	Dr. Wanderley + Hudson (Intern)					
QUADRIVIAZÕES						
ANOTAR NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.					PERDA SANGUÍNEA	



Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: Edite Adelina Pereira do Nascimento Idade: 28 anos
Convênio: SUS Data: 10/03/2016
Procedimento: Cistoscopia p/ fistula de urinário (C.)

Cirurgião: Dr. Andrey Auxiliar: B. Cunha Anestesista: Dr. Leandro
Início: 09:10 Término: 11:50 Anestesia: Bloq de plv+Gerd

Observações:
Pde observar que é exatamente o que o Sesi bate quando encontro com
NSE. Novas mudanças só devem ocorrer se os demais concordarem.
Só sei que é. Opte de Sesi

NOTA DE SALA - CIRURGIA GERAL

PACIENTE:

Edite Adelina Pereira do Nascimento DN 01/04/91

QI	LEITE	CONVÉNIO	IDADE	REGISTRO	GOVERNO DA PARAÍBA
	26 C3	SUS	28a	2121324	SECRETARIA DE SAÚDE

CIRURGIA Tumor laríngeo p/ pat. de dia
use de humor (E)

CIRURGÃO Dr. Andrey - R3. Cutile - R3. Ana

ANESTESIA

ANESTESIA

Algo. de oxig + gás

L. Lubrificante + Intubação

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luiz Gonzaga Fernandes

INSTRUMENTADORA

DATA

INÍCIO

FIM

Sessione	10/03/2020	09:10	11:50
----------	------------	-------	-------

Qty.	MODIFICAÇÕES ANESTÉSICAS	Qtd.	FIOS	CÓDIGO
------	--------------------------	------	------	--------

01	Adrenalina amp.	01	Boia Colostoma	
	Atropina amp.		Cale. p/ Oxi.	
	Diazepam amp.	10	Catet. De Urinar Sist. Fech	
	Dimore amp.		Compressa Grance	
01	Desalina amp.	11.	Compressa Pequena	
	Efrane ml		Cotonoides	
	Ferugam amp.		Dreno	
01	Fentanil ml	0.1	Dreno Penrose nº 04	
	metocarbamol Proseptol		Dreno Pezzer nº	
	Ketalar ml		Equipo de Macrogotas	
	Mercaina % ml		Equipo de Macrogotas	
	Nulahin amp.		Equipo de Sangue	
	Pavilon amp.		Equipo de PVC	
01	Prostogine amp.	± 5	Espandrapo Largo cm	
	Protocolo Cloridrato	Q.S	Furacim ml	
	Quelicin ml		Gase Pacote ± 10 unidades	
	Rapifen amp		H2O ml	
	Thiometbutal ml		Intracath Adulto	
01	Trachum amp		Intracath Infantil	

Qty.	MEDICAÇÕES	Qtd.	
------	------------	------	--

	Agua Destilada amp.	02	Lâmina de Bisturi nº 23	
	Dacetron amp.		Lâmina de Bisturi nº 11	
	Dipirona amp.		Lâmina de Bisturi nº 15	
	Flutidol amp		Luvas 7.0	
	Fletocortid amp.		Luvas 7.5	
	Geramicina amp.		Luvas 8.0	
	Glicose amp	4.5	Oxigênio l/m	
	Glucos de Calcio amp.		Pafix	
	Haemacef ml	0.5	PVPi Degemante ml	
	Heparina ml	0.5	PVPi Tópico ml.	

Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	SOROS
------	----------------------	------	-------

	Kanakion amp.	0.5	Sabão Antiséptico	
	Lasix amp	0.5	Saco coletor	
	Metrotinazol.		Seringa desc. 10 ml	
	Plastiamp		Seringa desc. 20 ml	
	Prolamina		Seringa desc. 05 ml	
	Relevan amp		Sonda	
	Stuctanon amp.		Sonda foley	
02	Betaferina 1g	Capazolina	Sonda Nasogástrica	
			Sonda Uretra nº	
			Styldrem ml	
			Torneirinha	

Qty.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Qtd.	ORTSESE E PRÓTESE
------	----------------------	------	-------------------

	Agu. na desc. 25x7	01 x 12	Vaseline ml
	Agu. na desc. 28 x 28		Gecon 13
	Agu. na desc. 3 x 4,5		Latese
	Agu. na p/ raique nº	05	05 x 10x10
0.5	Alcool de Enfermagem	03	05 x 20 x 10
	Alcool Iodado ml	01	05 x 20 x 10
	Ataduras de Crepon		01 Escalp. 0:19
	Ataduras de Gossada		
	Azu. melaleuca amp.		
	Betad. ml		
	globo Ortopédicas		

- Limpa
- CLEAN TEST**
- VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO
- Referência: **VAL-15-AGO-2021**
- IPQS / ISO 11133-1
- LOTE: CL5150819
- Aviso: é de uso da responsabilidade do usuário que a sua segurança seja garantida.

01 Blaca DCP Longa
-03 Funer

06 Prolamina certicida

EQUIPAMENTOS

- (✓) Oxímetro de Pulso
- (✓) Foco Auxiliar
- (✓) Serra
- (✓) Eletrocautério
- (✓) Desfibrilador
- (✓) Oxícapiógrafo
- (✓) Foco Frontal
- (✓) Cardiomonitor
- (✓) Fonte de Luz
- (✓) Perfurador Elétrico

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Milena 123.400-2

MOD 000

కెప్ - ఒంగబ్రాంస

153.400.5
M 05/09/2020

0.2

01 కొంగబ్రాంసులు
02 వెన్ని వీటిలు
03 వెన్ని వీటిలు

— 10.13

06 కొంగబ్రాంసులు
07 కొంగబ్రాంసులు

05 — ఒంగబ్రాంసు

12.01

బియంబాలు ...

0.2

0.2

0.2

0
000
0000

10 ..

01

0.2

3.0 ...

01 — ఒంగబ్రాంసు 0.2
+ 2

01

0.1

0.1

01

10

00000

01

ముఖాలు

10/10/2020

00:10

ఓసాడ్ కా నువ్వు - ఎల్లుగు

ఓ నువ్వులు + తుల్పాలు

అశ్వాలు కులు - కులు

పెత్తెలు + కులు + కులు

అశ్వాలు కులు - కులు

582 545+ ఇంట

మించి నువ్వుల గులు దె నువ్వుల గులు

C. journal

HOSPITAL		COD
PACIENTE		DATA
MÉDICO	CRM	CONVÉNIO
PROCEDIMENTO		0162

LSi

LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS

LSi

ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Dr. Evertan Meira
ODONTOLOGO
CRM-RN 9700

MÉDICO _____

INSTRUMENTADOR _____

HOSPITAL _____



RESUMO DE ALTA

Nome do Paciente: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Data da Internação: 05/03/2020 Data da Alta: 12/03/2020

Registro: 2121420

Tempo de Permanência: 18327

Diagnóstico Inicial: FRATURA DA DIAFISE DO UMERO

Diagnóstico Final:

Cirurgia: OSTEOSINTSE Data: 12/03/2020

Equipe:

Cirurgião: ANDREY LEAL WANDERLEY

Aux 1:

Aux 2:

Aux 3:

Aux 4:

Anestesista:

Medicamentos:

Orientações: ALTA + ATB + RETORNO AMBULATORIAL + FISIOTERAPIA MOTORA + ORIENTAÇÕES + ETNA

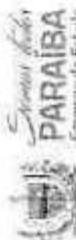
Condições de Alta:: Melhorado

Data 12/03/2020

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Assinatura/Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL : Wagner de Melo Falcao



PARAÍBA
Governo do Estado
SECRETARIA DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B,E) Nº:2121324 CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES CNPJ: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Málvinas, Campina Grande - PB. CEP: 58452-809 Data: 09/03/2020

Boletoan de Emergência (B,E) - Modelo 07 Atendente : Mericia De Sousa Melo
Nascimento 01/04/1991

PACIENTE: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA CRISTIANO PALMEIRA

Cidade: Campina Grande

RG: 35544861 CPF: 09012561450

Data de Atend.:05/03/2020

Horário: 17:03:08

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

CRM:

Medida:

OBS: NÃO HACHA SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

1. Abdome

2. Abdome

3. Abdomen

4. Cervical

5. Crânio/cr

6. Cor.

7. Edema

8. Encéfalo

9. Extremidade

10. Extremidade

11. Equimose

12. Fratura

13. Fratura óssea aberta

14. Hematoma

15. Injúria muscular/vermata

16. Laceratio

17. Lesão dentária

18. Lesão óssea

19. Lesão óssea aberta

20. Lesão óssea crânica

21. Paralisia

22. Perda de visão

23. Perda de visão parcial

24. Perda de visão total

25. Perda de visão temporária

26. Perda de visão permanente

27. Reumatoide articulação

28. Objeto estranho no

29. Otorragia

30. Paralisia

31. Perda de

32. Perda de visão

33. Perda de visão parcial

34. Perda de visão total

35. Sintomas de equimose

36. Tumoramento cutâneo



OBS: NÃO HACHA SEM DOCUMENTOS
MECANISMOS DO TRAUMA
LOCAL DA LESÃO (Identifique o local com o número correspondente ao lado)

<input type="checkbox"/> ALERGIA:	<input type="checkbox"/> MEDICAMENTOS:
<input type="checkbox"/> PATOLOGIAS:	<input type="checkbox"/> EXAME FÍSICO
<input type="checkbox"/> PUPILAS () Fotorreagentes () Isocônicas () Anisocôricas ()	<input type="checkbox"/> HGT:
Glasgow _____ PA _____	HGT: _____ Sat02: _____
<input type="checkbox"/> EXAMES SOLICITADOS:	
() Laboratoriais () Radiografias: () Tomografia Computadorizada ()	
<input type="checkbox"/> SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:	
Especialista: _____ / _____	Especialista: _____ / _____
<input type="checkbox"/> MÉDICO SOLICITANTE	
<input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS REALIZADOS:	

Nº	PREScrições e CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

OBS:

QUEIMADURA:
Superfície corporal lesada = %
DIAGNÓSTICO / CID: _____ ASSINATURA E CARTIMBO DO MÉDICO:
10.1.1.148/projetohtcg/impreurgencia.php?contar=2121324

DESTINO DO PACIENTE	T	AS	hs.	SERVIÇOS REALIZADOS:		CÓDIGO/PROCEDIMENTO	CRM	IDADE
				CENTRO CIRÚRGICO	INTENÇÃO (setor)			
<input type="checkbox"/> Centro cirúrgico				<input checked="" type="checkbox"/> Falta hospitalar / <input checked="" type="checkbox"/> Já revelia <input checked="" type="checkbox"/> Decisão Médica				
<input type="checkbox"/> Internação (setor)								
<input type="checkbox"/> Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL				<input checked="" type="checkbox"/> Óbito				
				<i>Não houve transferência</i>				
				<u>Ass. do paciente ou responsável quando necessário</u>				



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 3.564.861 - 2ª VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 29/04/2016

NOME: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

PAI/LAÇÃO: PAULO ROBERTO DO NASCIMENTO
JOSEFA CIPRIANO PEREIRA DO NASCIMENTO

NACIONALIDADE: CAMPINA GRANDE-PB DATA DE NASCIMENTO 01/04/1991

DOC. ORIGEM: CERT. NASC. N°56444 - LIV.051 - FLS.091 - CARTÓRIO 2ºCAMPINA GRANDE-PB

090.125.814-50

Assinatura (faint)

DATA DE EXPEDIÇÃO 29/06/03

A+

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO**OFA6233****2020**

[Imprimir Consulta]

PASSA / MOTOCICLETA	GASOLINA	OFA6233	Último Licenciamento: 2020 Proprietário: ***** Placa: OFA6233 Combustível: GASOLINA Marca/Modelo: YAMAHA/FAZER YS250 Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLETA Ano de Fabricação: 2014 Ano Modelo: 2014 Categoria: PARTICULAR Cor Predominante: VERMELHA Vencimento Licenciamento: 29/05/2020 Observação: Restrição: Financeira: Município: CAMPINA GRANDE Situação: EM CIRCULACAO Data da Consulta: 07/10/2020
YAMAHA/FAZER YS250	2014	2014	
	PARTICULAR	VERMELHA	
	29/05/2020		

CAMPINA GRANDE**07/10/2020**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3200363485 **Cidade:** Campina Grande **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO **Data do acidente:** 05/03/2020 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 10/10/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE ÚMERO ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO OSTEOSÍNTESE. ALTA.
P 1/3/5*/6*/10*/

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: X

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 superiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
		Total	17,5 %	R\$ 2.362,50

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0287068/20

Vítima: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

CPF: 090.125.614-50

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/03/2020

Titular do CPF: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO : 090.125.614-50

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 09/10/2020

Nome: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 090.125.614-50

Data do cadastramento: 09/10/2020

Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA