

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, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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: 3 - CPF da vítima: 090.125.614-50 4 - Nome completo da vítima: Edite Adeline Pereira 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: Edite Adeline Pereira do Nascimento 6 - CPF: 090.125.614-50
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Antonio Jose Santiago 9 - Número: 215 10 - Complemento: 1010
11 - Bairro: Dinamirica 12 - Cidade: Campina Grande PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58432-095
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 98805 6654

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4182 CONTA: 01030561 5

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

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 Líder 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairazos)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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)

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 2000 Perno 07/10/2020

Edite Adeline Pereira do Nascimento
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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 Polícia 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 **Edite Adelina Pereira do Nascimento**, conhecido(a) por Edite, 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) Fatos:

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**.

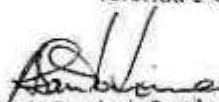
Objeto(s) Envolvido(s):

(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 FRENTE 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 SÉRIAMENTE, 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 POLÍCIA CIVIL, SENDO QUE POR ESTE MOTIVO VEIO ATÉ ESTA DELEGACIA DE POLÍCIA 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 POLÍCIA CIVIL DESTA 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. 157.356-0

Procedimento Policial: 00298.01.2020.1.05.101

DELEGACIA GERAL DA POLÍCIA CIVIL
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
5ª Delegacia Seccional de Polícia Civil
Delegacia de Comarca de Lucena



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



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

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 J. N. de Souto Lima
Comissário - Mat. 157.356-1

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: 3 - CPF da vítima: 090.125.614-50 4 - Nome completo da vítima: Edite Adeline Pereira 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: Edite Adeline Pereira do Nascimento 6 - CPF: 090.125.614-50
7 - Profissão: Recurso 8 - Endereço: Rua Antonio Jose Santiago 9 - Número: 215 10 - Complemento: 1010
11 - Bairro: Dinamirica 12 - Cidade: Campina Grande PB 13 - Estado: PB 14 - CEP: 58432-095
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 83 98805 6654

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: ☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.000,00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)
☐ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)
☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: Santander
AGÊNCIA: 4182 CONTA: 01030561 5

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

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 Líder 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 teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vários)? ☐ 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 Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

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)

38 - 1ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, 2000 Perno 07/10/2020

Edite Adeline Pereira do Nascimento
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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 sem valor fiscal

Documento não é responsável pela cobrança

Seu boleto é enviado automaticamente para o e-mail cadastrado em sua conta

Nº 007.090.455



ENERGISA BORBOREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - RR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 08.876.596/0001-95 Insc.Est. 16.003.633-1

DADOS DO CLIENTE

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

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

4/35612-1

REFERÊNCIA

JUL/2020

APRESENTAÇÃO

14/07/2020

CONSUMO

114

VENCIMENTO

21/07/2020

TOTAL A PAGAR

R\$ 112,41

Acesso: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 02236.860171 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

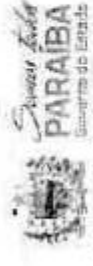
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31490360002236880	000035612202007	21/07/2020	R\$ 112,41	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BORBOREMA DISTRIB DE ENERGIA SA 08.826.596/0001-95

AV DEPUTADO RAIMUNDO ASFORA, 4799 - BR 230 KM 158 - TRÊS IRMÃS - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 58423-700

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2057-5





SECRETARIA DE SAÚDE

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES



ATENDIMENTO URGÊNCIA

PRONT (B.E) Nº: 2121324

CLASS. DE RISCO: VERMELHO

HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES (CNPJ: 08.778.263/0038-52)

Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809

Boleim de Emergência (B.E) - Modelo 07

PACIENTE: EDITE ADELINA

PEREIRA DO NASCIMENTO/ 28 A

/SAMU CG

Endereço:

Cidade: Campina Grande

Nome da Mãe:

Responsável:

Estado Civil:

OBSERVAÇÕES EM DOCUMENTOS X MOTIVO

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Cabeça	19. Flatox (Cabeça/Fronte)
2. Orelhas	20. Testa (Cabeça/Altera)
3. Olhos	21. Mucosa
4. Nariz	22. Inguente (Cabeça/Vento)
5. Boca	23. Lábios
6. Dentes	24. Língua
7. Garganta	25. Laringe
8. Esôfago	26. Mordida
9. Intestino delgado	27. Fígado (Tórax/Parado)
10. Intestino grosso	28. Baço (Tórax/Parado)
11. Estômago	29. Ovarios
12. Uterino	30. Pâncreas
13. Vesícula biliar	31. Paredes
14. Fígado	32. Paredes
15. Fígado	33. Queimadura
16. Fígado	34. Rinite
17. Fígado	35. Sinus de Isquemia
18. Fígado	36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

DIAGNÓSTICO / CID:

Colisão motorista

1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()

HTTG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO

EXAMES CLÍNICOS

Paciente vítima de colisão motorista, via pelo SAMU clínicamente estável, com lesões múltiplas no tórax e abdômen. Nega alteração de consciência, não há fraqueza ou alteração de força muscular. Nega alteração de sensibilidade, não há dor ou desconforto. Nega alteração de função urinária e fecal. Nega alteração de função respiratória. Nega alteração de função cardíaca. Nega alteração de função neurológica. Nega alteração de função endócrina. Nega alteração de função imunológica. Nega alteração de função hematológica. Nega alteração de função coagulatória. Nega alteração de função renal. Nega alteração de função hepática. Nega alteração de função sistêmica. Nega alteração de função global.

ALERGIA:

Medicamentos:

Patologias:

Exame físico

Pupilas (Heterorregentes) (Heterocóricas) (Anisocóricas) () FC = 60

Glasgow 15 PA 12x61 HGT: 160

ADDA: plomagem, indolência palpável, em mãos de pri-

meia

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais

() Gasometria arterial

() Tomografia computadorizada

() Ultrassonografia:

() Radiografias:

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: Ortopedia

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

Especialista: /

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Dr. Edson Luiz D. R. de Sá

CRM: 10000 - R. 10000

CRM: 10000 - R. 10000

CRM: 10000 - R. 10000

CRM: 10000 - R. 10000

CRM: 10000 - R. 10000

CRM: 10000 - R. 10000

CRM: 10000 - R. 10000

CRM: 10000 - R. 10000

CRM: 10000 - R. 10000



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: 58432-809
Data: 05/03/2020

Paciente: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO/ 28 A /SAMU CG Idade: 02020 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

HGT: SAT O2: PA: TEMP: FC: FR: PESO:

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

ALERGIAS : NEGA

MEDICAÇÃO EM USO :

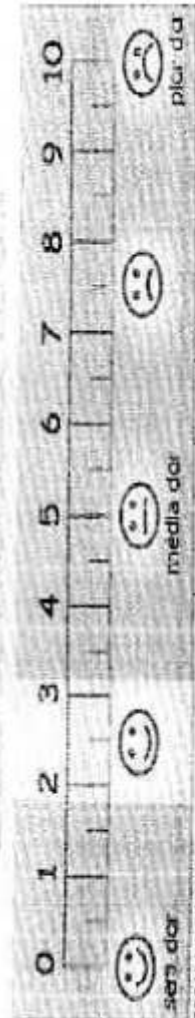
ESTADO GERAL :

AValiação NEUROLÓGICA

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

SINTOMAS REFERIDOS

() FEBRE () VÔMITO () DIARRÉIA () EXANTEMA
() PRURIDO () DISPNEIA () DOR () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() ANAFILAXIA () FLEBITE () INAPETÊNCIA () ALTERAÇÕES VISUAL
() EPIGASTRALGIA () CONSTIPAÇÃO () MELENA () SIBIOS () TOSSE



CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA ENFERMEIRO/COREN	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

Enfermeiro COREN 122938

DATE RECEIVED

RECEIVED BY (NAME AND ADDRESS)

TO (NAME)

FROM (NAME)

SUBJECT (NAME)

REFERENCE (NAME)

REMARKS (NAME)

DATE (NAME)

TIME (NAME)

PLACE (NAME)

REASON (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

REMARKS (NAME)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

HUECG		HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA DOM LUIZ GONZAGA FERNANDES			CAPIVARIANA	LEITO	Nº PRONTUÁRIO	
FOLHA DE ANESTESIA		NOME: <u>Edite Adeline Pereira do Nascimento</u>				IDADE	SEXO	COR
DATA <u>10/03/2020</u>	PRESSÃO ARTERIAL	PULSO	RESPIRAÇÃO	TEMPERATURA	PESO	ALTURA		
TIPO SANGÜÍNEO	HEMÓCITOS <u>4.4</u>	HEMOGLOBINA <u>11.5</u>	HEMATÓCRITO <u>35.2</u>	GLICEMIA	UREIA	OUTROS		
AP. RESPIRATÓRIO <u>Frequência</u>					ASMA <u>Não</u>	BRONQUITE <u>Não</u>		
AP. CIRCULATÓRIO <u>Não</u>					ELETROCARDIOGRAMA <u>Ritmo Sinusal</u>			
AP. DENTÁRIO			DENTES <u>(+)</u>	PESQUISA	AP. LINFÁTICO <u>Não</u>		HIPOTENSORES	
ESTADO MENTAL <u>Consciente/Orientado</u>				ATRAVANCOS	CORTICOIDES		ESTADO FÍSICO	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO <u>Fratura de úmero (F)</u>					ALERGIA		RISCO	
ANESTESIAS ANTERIORES								
MEDICAÇÃO PRÉ-ANESTÉSICA					APLICADA	AS	EFEITO	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>08h10 10h10 11h10</p> <p>AGENTES ANESTÉSICOS <u>Sevoflurano 20ml</u></p> <p>LÍQUIDOS <u>Ringer Lactato 500ml</u></p> <p>ECG</p> <p>VP: ARTERIAL: O PULSO: O RESPIRAÇÃO AX: ANESTESIA: O OPERAÇÃO</p> <p>SP02 <u>99-100-99-100-100-100-99-98</u></p> </div> <div> <p>MANUTENÇÃO <u>Cefazolin 2g</u></p> <p>ANESTESIA SATISF: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não, por quê?</p> <p>DESPERTAR</p> <p>Reflexos na SO: _____ Obstr: _____ Co: _____ Excit: _____ Náuseas: _____ Vômitos: _____ Outros: _____</p> <p>Com cânula: _____ Pare o Luto: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> CONDIÇÕES</p> </div> </div>								
SÍMBOLOS E ANOTAÇÕES								
POSIÇÃO <u>D → O</u>								
AGENTES <u>Xilocaína 50ml 1%; Midazolam 2ml; Fentanyl 2ml; clonidina 1mg; Tramadol</u>								
TÉCNICA <u>Bloqueio do plexo braquial (C) + Geral</u>								
OPERAÇÃO <u>Tratamento cirúrgico de fratura de úmero</u>								
CIRURGIÕES <u>Dr. Andrew + Dr. Euler</u>								
ANESTESISTAS <u>Dr. Wanderley +udson (Interno)</u>								
OBSERVAÇÕES								
ANOTAR, NO VERSO AS COMPLICAÇÕES PRÉ-OPERATÓRIAS E PÓS-OPERATÓRIAS.								

PERDA SANGÜÍNEA

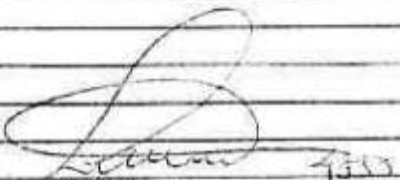
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

Paciente: <u>Doite Adeline Pereira do Nascimento</u>	Idade: <u>28 anos</u>
Convênio: <u>SUS</u>	Data: <u>10/03/20</u>
Procedimento: <u>Exat. íctus p/ frnt de diagnóstico de úlcera (C)</u>	
Cirurgião: <u>D^r. André</u>	Auxiliar: <u>B. Cunha</u>
Anestesista: <u>D^r. Wanderley</u>	
Início: <u>09:10</u>	Término: <u>11:50</u>
Anestesia: <u>Bloq de plexo + Genl</u>	

[illegible][illegible]

Observações:

Pde. observada a anestesia, sendo S.O. bloqueio cervical do
N5E. Não realizada nenhuma das demais manobras.
Sem qüer. O.P. de 5 H's



Assinatura Anestesista

Circulante

c-limpo

Endite Adeline Pereira do Nascimento DN 01/04/94

GOVERNO
DA PARAIBA

SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD

CIRURGIÃO Dr. Indray - 73 Culler - 72 Anca

ANESTESIA
Z. wardenius + Int. Kälzen

Hospital de
Emergência e Trauma Dom
Luis Gonzaga Fernandes

INÍCIO	09:10	FIM	11:50
--------	-------	-----	-------

CÓDIGO

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

TE 51

Referência:

TiPO 5 / ISO 11140-4

LOTE CL15150819

VAL-15-A-GD-2021

Atestamos ser a loja credenciada para emitir este certificado que a seguir se segue.

Qtd.	MEDICAÇÕES		
01	Trachum amp.	Intracath infantil	Prolene Sertix
		Lamina de Bisturi nº 23	Prolene Sertix
	Agua Destilada amp.	Lamina de Bisturi nº 11	Prolene Sertix
	Decadron amp.	Lamina de Bisturi nº 15	Prolene Sertix
	Dipirona amp.	Luvas 7.0 c.c.c.c.	Vicryl Sertix 1-0 c.c.
	Flavodoxil amp.	Luvas 7.5 c.c.c.c.	Vicryl Sertix
	Fiet cortid amp.	Luvas 8.0 c.c.	Vicryl Sertix
	Geramicina amp.	Luvas 8.5	
	Glicose amp.	Oxigenio 1m	
	Glucos de Calcio amp.	Podfix	
		PVPi Desemaste ml	

Laemace ml.	45	PVPi Tópico ml.	Qtd.	SOROS
Heparema ml.				SG Normotérmico fr 500 ml
Kanakion amp.	45	Sabão Antiséptico		SG Gelado fr 500 ml
Lasix amp.		Saco coletor		SG Hipertérmico fr 500 ml
Meclorazinol.		Seringa desc. 10 ml		SG Ringr fr 500 ml
Plati amp.		Seringa desc. 20 ml		SG fr 500 ml
Proclonina		Seringa desc. 05 ml		

	Rev van amp	Sonda		
	Stuglanon amp.	Sonda Foley	Qtd.	ORTESE E PROTESE
07	Pelletes de C-22-24-26	Sonda Nasogástrica		1291

Sonda Uretral nº		
Steridram ml	01	Placa DCP longa
Tornadeira		- 08 Furos

Qtd.	MATERIAIS / SOLUÇÕES	Vaselina ml	06	200g Vaselina cerâmica
	Agulha desc. 25 x 12	Gecon 13		
	Agulha desc. 20 x 20	Látex		EQUIPAMENTOS

Agua m desc 3x4,5	05	48 batimentos	(X) Oxímetro de Pulso	() Foco Auxiliar
Agua p' rouque nº	05	Saco piloro	() Serra	(X) Eletrocautério
Mistura de Entecameom	01	Enferm U-19		

Alcool de Etilagem			() Desfibrilador	() Oxímetro
Alcool Iodado ml			(x) Foco Frontal	(x) Cardiomonitor
Ataduras de Crepe			() Fonte de Luz	(x) Perfurador Elétrico
Ataduras de Gaze				

Aqueous solution			
Aqueous amp.			
Bottle ml	Catopidice		

CIRCULANTE RESPONSÁVEL
123 400-2

CIRCULANTE RESPONSÁVEL

Milena 123.400-2

Exp. - 0000000000

0.2

01 0000000000
02 0000000000
03 0000000000

4
4
4
4

— 00000

00 0000000000
01 0000000000
02 0000000000

05 — 0000000000

... 0000000000

02
02
02

0
0
0
0

1-0

01

05

0.0 ...

01 — 0000000000

01 — 0000000000

01

01

01 — 0000000000

01

0000000000

01

01 0000000000
02 0000000000
03 0000000000

01 0000000000

01 0000000000
02 0000000000
03 0000000000

01 0000000000
02 0000000000
03 0000000000

01 0000000000

0.0000000000

HOSPITAL Hospital de Referência de Natal		COD 0121324
PACIENTE Edite Adeline Pereira de Vasconcelos		DATA 10/03/20
MÉDICO Dr. Eulânir de Azevedo	CRM 9900	CONVÊNIO
PROCEDIMENTO Cirurgia de remoção de tumor		0162



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



ITEM	QUANTIDADE	DESCRIÇÃO DE MATERIAIS	CÓDIGO
01	01	Placa de titânio 10x10x2	
02	01	Parafuso de titânio 4x10	
03	03	Parafuso de titânio 4x10	
04	01	Parafuso de titânio 4x10	
05			
06			
07			
08			
09			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			
25			

Dr. Eulânir Meira
CRM-MB 9900

MÉDICO _____

INSTRUMENTADOR _____

HOSPITAL _____



PARAIBA
Governo do Estado



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: OSTEOSINTESE

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

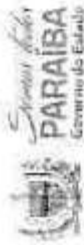
Condições de Alta: Melhorado

Data: 12/03/2020

Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Assinatura/Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL: Wagner de Melo Falcao



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 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 09/03/2020
 Boltem de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendente: Mercia De Sousa Melo

PACIENTE: EDITE ADELINA CEP: 58400002 Nascimento: 01/04/1991

PEREIRA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA CRISTIANO PALMEIRA

Cidade: Campina Grande

Idade: 028

RG: 3564801

Nº: 13

Responsável:

CPF: 09012561450

Profissão: AUTONOMA

Estrada Civil:

Data de Atend: 05/03/2020

CNS: 702102702473997

Motivo:

ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Convênio: SUS

Hora: 17:03:08

Especialidade: CIRURGIA

Médico:

CRM:

OBS RCHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Cabeça	19. Fratura osso fechada
2. Amputação	20. Fratura osso aberta
3. Queimadura	21. Hematoma
4. Contusão	22. Injúria traumática Versão
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendão
7. Edema	25. Luxação
8. Empalmeamento	26. Mordedura
9. Enfiamento subcutâneo	27. Movimento torção paraflexão
10. Enfiamento	28. Objeto Enfiado
11. Equimose	29. Otite
12. F. Arma branca	30. Paralisia
13. F. Arma de fogo	31. Pálida
14. F. Contusão	32. Paralisia
15. F. Cortante	33. Queimadura
16. F. Corte-contusão	34. Rinite
17. F. Perfuro-contusão	35. Sinal de isquemia
18. F. Perfuro-contusão	36.

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = %

Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNOSTICO / CID:

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

PUPILAS () Fotorreagentes () Isocóricas () Anisocóricas ()

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais
 () Gasometria arterial
 () Tomografia Computadorizada
 () Ultrassonografia:
 () Radiografias:
 ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às / Dia / /

Especialista: / às / Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº	PRESCRIÇÕES E CONDUTAS	HORÁRIO REALIZADO
1		
2		
3		
4		
5		
6		

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE _____ / _____ às _____ hs.

() Centro cirúrgico _____
() Alta hospitalar / () A reavalia
() Internação (setor) _____
() Transferência a outro SETOR ou HOSPITAL _____
() Óbito _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DA PARAIBA		REGISTRO GERAL	3.564.861 - 2ª VIA
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL		DATA DE EXPEDIÇÃO	29/04/2016
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA		NOME	EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO		FILIAÇÃO	PAULO ROBERTO DO NASCIMENTO JOSEFA CIPRIANO PEREIRA DO NASCIMENTO
L-234		NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB
		DATA DE NASCIMENTO	01/04/1991
Edite Adeline Pereira do Nascimento		DOC. ORIGEM	CERT. NASC. Nº56444 - LV.051 - FLS.091 - CARTÓRIO 2º CAMPINA GRANDE-PB
ASSINATURA INSTITUCIONAL		090.125.814-50	
CARTEIRA DE IDENTIDADE			

DETTRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
 Nº 015765702230
 DATA 21/02/2020
 EXERCÍCIO 2019

VIA 1
 COD RENAVAM 009975916-2
 ANTRC 00/00000000
 EXERCÍCIO 2019

NOME
 IPOJUCAN SILVA

CPF/CNPJ
 78922593415

PLACA ANT. UF
 NOVO PB

PLACA
 OFA6233/PB

CHASSI
 CGKG0460E0102269

APLIC. COMBUSTÍVEL
 GASOLINA

ESPÉCIE
 PAS/MOTOCICLETA

ANV. PAR. ANO/MOD.
 2014/2014

COR PREDOMINANTE
 VERMELHA

CATEGORIA
 PARTIC

COT. POT. GL
 2 p/249 /C1

COTA ÚNICA
 00/000000

VENÇ. /COTAS
 1º 2º 3º

FAZALIA
 0

PREMIO TOTAL EM
 R\$ 0,00

DATA DE PAGAMENTO
 30/05/2019

SEM RESERVA DE D.

LOCAL
 CAMPINA GRANDE - PB

DATA
 21/02/2020

33375

BILHETE DE SEGURO DPVAT
 PB Nº 015765702230

ESTE É O SEU BILHETE DE SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 WWW.SEGURADORA.LIDER.COM.BR
 SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 21/02/2020

VIA 1
 78922593415

ANV. PAR. ANO/MOD.
 2014/2014

COT. POT. GL
 2 p/249 /C1

COTA ÚNICA
 00/000000

VENÇ. /COTAS
 1º 2º 3º

FAZALIA
 0

PREMIO TOTAL EM
 R\$ 0,00

DATA DE PAGAMENTO
 30/05/2019

SEM RESERVA DE D.

LOCAL
 CAMPINA GRANDE - PB

DATA
 21/02/2020

33375

INFORMAÇÕES SOBRE O VEÍCULO

OFA6233

2020

[Imprimir Consulta](#)

OFA6233

Último Licenciamento: 2020

Proprietário: *****

Placa: OFA6233

Combustível: GASOLINA

Marca/Modelo: YAMAHA/FAZER YS250

Espécie/Tipo: PASSA / MOTOCICLET

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

PASSA / MOTOCICLET

GASOLINA

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

Seguradora: MBM SEGURADORA S/A

Data do acidente: 05/03/2020

Titular do CPF: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

CPF de: Próprio

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

Data da apresentação: 09/10/2020
Nome: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO
CPF: 090.125.614-50

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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