

Rio de Janeiro, 26 de Julho de 2018

Aos Cuidados de: **RUTH DE MORAES BARROS**

Nº Sinistro: **3180342815**

Vitima: **RUTH DE MORAES BARROS**

Data do Acidente: **11/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180342815**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

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

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13147534



Rio de Janeiro, 08 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: **RUTH DE MORAES BARROS**

Nº Sinistro: **3180342815**

Vítima: **RUTH DE MORAES BARROS**

Data do Acidente: **11/10/2017**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3180342815**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **11/10/2017**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL <u>ASL 027.2290/18</u>	CPF da Vítima <u>093.232.134-67</u>	Nome completo da vítima <u>RUTH DE MORAES BARROS</u>
---	--	---

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo <u>RUTH DE MORAES BARROS</u>		CPF titular da conta <u>093.232.134-67</u>		Profissão <u>ESTUDANTE</u>
Endereço <u>RUA AMARO BEZERRA</u>		Número <u>100</u>	Complemento	
Bairro <u>ALTO DO MATEUS</u>	Cidade <u>JOÃO PESSOA</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.090-839</u>	
Email		Telefone (DDD)		

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☐ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☒ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAÚ (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. <u>0036</u> D/V <u></u> (Informar dígito se existir)		BANCO Nome <u></u> NRO. <u></u>	
CONTA NRO. <u>38946</u> D/V <u>1</u> (Informar dígito se existir)		AGÊNCIA NRO. <u></u> D/V <u></u> (Informar dígito se existir)	
		CONTA NRO. <u></u> D/V <u></u> (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 23 de JULHO de 2018
Local e Data

Ruth de Moraes Barros

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal







CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00577.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00577.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 15:24 horas do dia 23 de março de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Ruth de Moraes Barros**, CPF nº 093.272.134-67, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Estudante, filho(a) de Sonia Moraes Barros e Francisco Barros Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 09/03/1993 (25 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Amaro Bezerra, Nº 100, bairro Alto do Mateus, tendo como ponto de referência Borracharia de Seu Antônio, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98737-7432.

Dados do(s) Fatos:

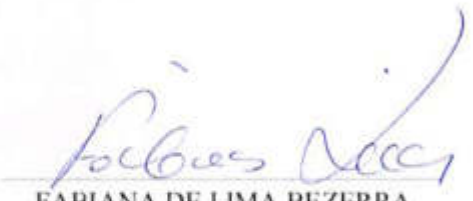
Local: Rua Alfredo Dias Pinto, Pista Nova, João Pessoa/PB, bairro Alto do Mateus; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 11/10/17 07:50h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA HONDA/NXR160 BROS ESDD, PRETA, 2015/2015, PLACA QFJ4478/PB, CHASSI 9C2KD0810FR474340, registrada em nome de ANDERSON DAS NEVES DA SILVA, quando um CARRO NÃO IDENTIFICADO freou bruscamente à sua frente e ao frear para não colidir na traseira do mesmo a noticiante perdeu o controle caindo ao solo e lesionando-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. GLENDER TERCIO G. G. DA TRINDADE, CRM 3920, DATADO DE 26.02.2018, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido(a) em veículo particular; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

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.

João Pessoa/PB, 23 de março de 2018.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


RUTH DE MORAES BARROS
Noticiante



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador – Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

RUTH DE MORAES BARROS

CPF da Vítima

093.272.134-67

Data do Acidente

11/10/2017

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

RUTH DE MORAES BARROS

CPF do Representante legal

093.272.134-67

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



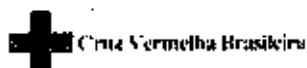
JOÃO PESSOA, 23 de JULHO de 2018

Local e Data

Ruth de Moraes Barros

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, an - PEDRO GONDIM - CNES: 123312 - Tel.: 8332165700

Boletim de Atendimento: 1033592



Identificação do paciente						
ID 1215907	Nome RUTH DE MORAIS BARROS		Sexo Feminino			
Data de nascimento 09/03/1993	Idade 24 anos 7 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário		
Mãe SONIA MORAES BARROS		Pai FRANCISCO BARROS SILVA				
Escolaridade		Responsável (Parentesco) SONIA MORAES - MAE				
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987232777	DDD Fixo	Fone Fixo			
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3551925	Nº Cns 165340578840004				
Local de procedência ALTO DO MATEUS		Tipo BAIRRO	UF PB			
E-mail	Naturalidade JOAO PESSOA	CBO/R				
Endereço						
CEP 58060838	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro AMARO BEZERRA (LOT FAZ PARAISO)			
Número 100	Complemento	Bairro ALTO DO MATEUS				
Admissão						
Data e Hora 11/10/2017 09:02:36	Número da pulseira 1000006022920	Convênio SUS				
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica					
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	Velo de ambulância Não	Trauma Não			
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou				
Sinais Vitais						
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura				
Exames complementares						
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []	ECG []	Ultrasonografia []
Dados clínicos						
Diagnóstico						
CID						
Atendido por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO						
Tempo 01 min 03 seg						



Imprimir



50: 768.539.311 10/01/2018 292434

DESTINATÁRIO



CTC RECIFE PE PL6
RUTH DE MORAES BARROS
R AMARO BEZERRA 100 QD255 LT100
AT DO MATEUS
58090-929 JOAO PESSOA PR



7213099639591080000029243430100118



2018010876853931101

PARA USO DO CORREIO

☐ Mudou-se	☐ Não procurado
☐ Endereço insuficiente	☐ Ausente
☐ Não existe o número indicado	☐ Falecida
☐ Desconhecido	☐ Informação escrita pelo porteiro/síndico
☐ Recusada	
Reintegrado ao serviço postal em	Visto do Responsável

REMETENTE - DEVOÇÃO ELETRÔNICA - CEDO



SSA
AV. DOUTOR HEITOR JOSÉ REALI, 360
13571-385 SÃO CARLOS - SP



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, ANDERSON DAS NEVES DA SILVA,

RG nº _____, data de expedição ____/____/____,

Órgão _____, portador do CPF nº 013.609.464-38, com

domicílio na cidade de _____, no Estado de

_____, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

_____, nº _____,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima RUTH DE MORAIS BARROS, cujo o condutor era

RUTH DE MORAIS BARROS.

Veículo: MOTOCICLETA

Modelo: NXR160 BROS

Ano: 2015

Placa: QFJ4478/PB

Chassi: 9C2K60310FR474340

Data do Acidente: 11/10/2017

Local e Data: JOÃO PESSOA,



Anderson das Neves da Silva
Assinatura do Declarante



Ruth de Moraes Barros

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)



50770
SERVIÇO NOTARIAL E REGISTRAL
Belo Horizonte - Minas Gerais

OFÍCIO DE NOTAS
2º Tabelionato de Notas
CNPJ nº 16.117.842/0001-00
R. Antônio Carlos, 100 - Jd. Pimenta - PB
CEP: 51.021-040 - Fone: (51) 3241-0200

Reconheço, como autêntica e verdadeira a assinatura de: Anderson das Neves da Silva
Em test. da verdade. João Pessoa-PB 11/07/2018
Carlos Antonio da S. Torres - Escrevente
(2018-016819) EMUL: R\$ 19,48 FAPPEN: R\$ 0,28 FEPJ: R\$ 1,90 TST: R\$ 0,47
SELO DIGITAL: AHAB5520-AKAB
Confira a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA

LAUDO MÉDICO

OBS: DADOS EXTRAÍDOS DO BE nº 1033592

PACIENTE: RUTH DE MORAES BARROS

DATA DE NASCIMENTO: 09.03.93

Data e Hora do Atendimento: 11.10.17

Horário: 9:02h

MOTIVO(S) DO ATENDIMENTO: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta com dor na região do joelho direito e halux direito. Atendido pelo Dr. Matheus Enomoto CRM 10.204, Dra. Leticia Benjamin CRM 9237.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO MÚLTIPLO NÃO ESPECIFICADO
CID 10 T 07

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTO(S) REALIZADO(S):
Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia geral, Tomografia computadorizada do joelho direito, Rx do pé direito AP e Obliquo, Rx do ombro direito AP e Perfil, Rx da articulação tíbio-Tarsila AP e Perfil e tratamento clínico conservador.

ALTA HOSPITALAR: 11.10.17



Data da Emissão: 26.02.18


Dr. Glender Tércio G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSHL
Mat. 29.031-9/ CRM- 3920

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar
Para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO
TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.



LAUDO MÉDICO

OBJ: DADOS EXTRAÍDOS DO DE nº 4038702

PACIENTE: RUTH DE MORAES BARROS

DATA DE NASCIMENTO: 08.03.87

Horário: 9:03h

Data e Hora de Atendimento: 11.10.17

Motivo(s) do Atendimento: Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta com dor na região do joelho direito e náusea vômito. Atendimento pelo Dr. Matheus Enomoto CRM 10.204, Dra. Leidia Benjamim CRM 9237.

DIAGNÓSTICO INICIAL: TRAUMATISMO MÚLTIPLO NÃO ESPECIFICADO

CID 10 T 07

RESUMO DOS PRINCIPAIS EXAMES E PROCEDIMENTOS REALIZADOS: Primeiro atendimento, avaliação da traumatologia, avaliação da cirurgia geral. Tomografia computadorizada de joelho direito. Rx de joelho AP e Oblíquo, Rx de ombro direito AP e Perfil, Rx da coluna cervical T1-T6 e T6-T12 e tratamento clínico conservador.

ALTA HOSPITALAR: 11.10.17

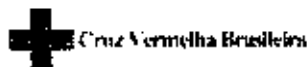


ASSINATURA DO MÉDICO RESPONSÁVEL
NOME DO MÉDICO RESPONSÁVEL
DATA

Dr. Glendon Têto G. G. da Trindade
Médico Auditor - HETSL
Mat. 28.031-9 CRM-3020

Data de Emissão: 28.02.18

ATENÇÃO: Este documento contém informações pessoais e deve ser guardado em local seguro. Para: (MÉDICO, ENFERMEIRO, EQUIPE, FARMACIA) DO TRABALHO, CONTINUAÇÃO DE TRATAMENTO



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



AV. ORESTES LISBOA, sn - PEDRO GONDIM - CNEB: 123312 - Tel.: 8332166700

Boletim de Atendimento: 1033592



Identificação do paciente				
ID 1218907	Nome RUTH DE MORAIS BARROS		Sexo Feminino	
Data de nascimento 09/03/1993	Idade 24 anos 7 meses 2 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SONIA MORAES BARROS		Pai FRANCISCO BARROS SILVA		
Escolaridade		Responsável (Parentesco) SONIA MORAES - MAE		
DDD Móvel 83	Fone Móvel 987232777	DDD Fixo	Fone Fixo	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3561925	NP Cns 188340578840004		
Local de procedência ALTO DO MATEUS		Tipo SAIRRO	UF PB	
Email	Naturalidade JOAO PESSOA	CBOR		
Endereço				
CEP 68060838	Município de residência JOAO PESSOA	UF PB	Logradouro AMARO BEZERRA (LOT FAZ PARAÍSO)	
Número 109	Complemento	Bairro ALTO DO MATEUS		
Admissão				
Data e Hora 11/10/2017 09:02:36	Número da pulseira 1000006022920	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL		Clínica		
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	Via de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte CARRO PARTICULAR		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA _____ X _____ mmHg	Pulso	Temperatura		
Exames complementares				
Rato X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []		Ultrassonografia []		
Dados clínicos				
Diagnóstico				
CID				
Atendida por SANDRA CAROLINA GOMES RIBEIRO				Tempo 01 min 03 seg



Imprimir



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente RUTH DE MORAES BARROS		BAE 1033582	Data/Hora Entrada 11/10/2017 09:02:36	Data Baixa
Data de nascimento 09/03/1993	Idade 24	Sexo Feminino	CNS 165340578940004	Telefone de Contato (83) 987232777
Mãe SONIA MORAES BARROS				Prontuário
Endereço AMARO BEZERRA (LOT FAZ PARAÍSO), 109		Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Regional 10204/PB	
Data/Hora Classificação 11/10/2017 09:08:22			Data/Hora Prescrição 11/10/2017 10:16:30	
Convênio SUS	Nº Matrícula			Senha

Anamnese

#ORTOPEDIA

#PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO A CERCA DE 2 HORAS, COM DOR NA REGIAO DE JOELHO DIREITO E HALUX DIREITO DESDE ENTAO. EXAME NEUROVASCULAR: NORMAL

#RX: FRATURA COM DESVIO MINIMO DE ESPINHA TIBIAL POSTERIOR?????
- NÃO HÁ RADIOGRAFIAS DO ANTE-PE

CD: -SOLICITO TC DE JOELHO DIREITO
-SOLITICO RX DE PE DIREITO

MEDICAÇÃO

DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML INJETÁVEL(AMPOLA), ADMINISTRAR 3,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA
SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA), ADMINISTRAR 5000,0 ML VIA INTRAMUSCULAR, AGORA, 0.0 (MGTSM)

EXAME DE IMAGEM

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: INCLUIR CORTES AXIAL, SAGITAL E CORONAL)

RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE DIREITO

Conduta

Em observação

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
(10204/PB)

RUTH DE MORAES BARROS



Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
Tel: 32165700
CNES:

Paciente RUTH DE MORAIS BARROS	RAE 1033662	Data/Hora Entrada 11/10/2017 09:02:38	Data Baixa
Data de nascimento 06/03/1993	Idade 24	Sexo Feminino	CNS 163340579840004
Mãe SONIA MORAIS BARROS			Telefone de Contato (83) 987232777
Endereço AMARO BEZERRA (LOT FAZ PARAÍSO), 180	Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional LETICIA AIRES BENJAMIN	Nº Cons. Regional 9237/PB
Data/Hora Classificação 11/10/2017 09:04:22		Data/Hora Prescrição 11/10/2017 09:12:46	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO HA 30 MINUTOS. ESTAVA DE CAPACETE. NEGA PERDA DE VOMITO E PERDA DE CONSCIÊNCIA ABDOME E TORAX NDM
ECG 15
CD: ALTA DA C GERAL

MEDICAÇÃO

DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML), ADMINISTRAR 2,0 ML VIA E.V., AGORA, (OBSERVAÇÕES: AD)

CUIDADOS

SOLICITAÇÃO DE PARECER ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULAÇÃO TIBIO-TARSICA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: DIREITO)
RADIOGRAFIA DE ESCAPULA / OMBRO DIREITO (TRES POSICOES)
RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

CID10

Código	Descrição
T07	Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

LETICIA AIRES BENJAMIN
(9237/PB)

RUTH DE MORAIS BARROS





Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

HOSPITAL ESTADUAL DE EMERGENCIA E TRAUMA SENADOR H LUCENA
 Endereço: RUA ORESTES LISBOA, S/N, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090
 Tel: 32165700
 CNES:

Paciente RUTH DE MORAES BARROS	BAE 1033592	Data/Hora Entrada 11/10/2017 09:02:36	Data Baixa 2017-10-11 11:17:41.0
Data de nascimento 09/03/1993	Idade 24	Sexo Feminino	CNS 165340578840004
Mãe SONIA MORAES BARROS			Telefone de Contato (83) 987232777
Endereço AMARO BEZERRA (LOT FAZ PARAÍSO), 100	Bairro ALTO DO MATEUS	Município JOAO PESSOA	UF PB
Acidente VEICULO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional MATHEUS MARINHO ENOMOTO	Nº Cons. Regional 10204/PB
Data/Hora Classificação 11/10/2017 09:06:22		Data/Hora Prescrição 11/10/2017 11:17:42	
Convênio SUS	Nº Matrícula		Senha

Anamnese

#ORTOPEDIA

#PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO, COM DOR NA REGIAO DE JOELHO DIREITO E HALUX DIREITO DESDE ENTÃO. EXAME NEUROVASCULAR: NORMAL

#RX + TC: FRATURA SEM DESVIO DE ESPINHA TIBIAL POSTERIOR?

-DEBATIDO COM SETOR DE RADIOLOGIA - ORIENTADO A REPETIR EXAMES EM 10-15 DIAS PARA OBSERVAR EVOLUÇÃO DO TRAÇO DE FRATURA/ARTEFATO

#RX DE PE: SEM SINAIS DE FRATURA

- CD: ANALGESIA
- IMOBILIZAÇÃO - TALA INGUINO-PODALICA
- ORIENTADA A NÃO PISAR;
- AO HTOP (AMBULATORIO) - PARA REAVALIAÇÃO DO TRAÇO DE FRATURA/ARTEFATO;
- CURATIVO
- ALTA DA ORTOPEDIA

CUIDADOS

CURATIVO

PROCEDIMENTO

TALA INGUINO PODÁLICO

CID10

Código	Descrição
S82.1	Fratura da extremidade proximal da tíbia

Conduta

Alta médica

Alta Hospitalar

Usuário	Data e Hora
---------	-------------

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome RUTH DE MORAES BARROS	Data de 08/03/1993	Idade 24	Sexo FEMININO	Nº 1033592	Nº	Data Prescrição 11/10/2017 10:16:30
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Sector	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 11/10/2017 10:16:30		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 DICLOFENACO SÓDICO 75MG/3ML INJETÁVEL (AMPOLA)	3.0	ML		INTRAMUSCUL AR		AGORA		
2 SORO ANTITETANICO 5.000UI (AMPOLA)	5000.0	ML		INTRAMUSCUL AR		AGORA		

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
CRM: 10204Dr. Matheus Enomoto
Omn

11 de Outubro de 2017

CRM: 10204

Assinatura e Carimbo do Profissional





RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome	Data de	Idade	Sexo	Nº	Nº	Data Prescrição
RUTH DE MORAIS BARROS	09/03/1993	24	FEMININO	1033592		11/10/2017 09:12:46
Motivo do Atendimento	Selor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a		
ACIDENTE DE MOTOCICLETA				11/10/2017 09:12:46		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apazamento
1 DIPIRONA 500 MG/ML (AMPOLA 2ML)	2.0	ML		E.V.		AGORA	Observação:AD	
2 PARECER ORTO	0.0							

11 de Outubro de 2017

LETICIA AIRES BENJAMIN
CRM: 9237

Assinatura e Carimbo do Profissional





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

RUA ORESTES LISBOA, S/N - PEDRO GONDIM - JOAO PESSOA - PB - 58031090

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Nome RUTH DE MORAES BARROS	Data de 09/03/1993	Idade 24	Sexo FEMININO	Nº 1033592	Nº	Data Prescrição 11/10/2017 11:17:42
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Setor	Posto de Trabalho	Leito	Prescrição válida a 11/10/2017 11:17:42		

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

Nome do medicamento	Dose	U.M.	VL	Via de	Veloc. Inf.	Posologia	Orientação de Uso	Apreensão
1 CURATIVO	0.0							

MATHEUS MARINHO ENOMOTO
CRM: 10204

Dr. Matheus Enomoto
CRM: 10204

11 de Outubro de 2017

Assinatura e Carimbo do Profissional





**Hospital Estadual de
Emergência e Trauma**
Senador Humberto Lucena

Atendimento: 000000839209

Idade: 24 anos

Paciente: RUTH DE MORAES BARROS

Data: 11/10/2017

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO JOELHO DIREITO

Técnica:

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

Análise:

Discretas calcificações periarticulares.

Densidade óssea normal.

As estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

Espaços articulares conservados.

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

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 11/10/2017 10:51.

Dr. Tiago Nepomuceno
CRM 6723 - PB



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO
GERAL

3551925

DATA DE
EXPIÇÃO

14 JUN 2007

NOME

RUTH DE MORAES BARROS

Francisco Barros Silva

FIGURAÇÃO

Sônia Moraes Barros

João Pessoa-PB

NATURALIDADE

09.03.1993

DATA DE NASCIMENTO

Cert. Nasc. 18, 267, Fls. 186, Liv. A-17,

LOC. ORIGEM

Cart. de Tambau-J. Pessoa PB

CPF

Assinatura

ASSINATURA DO DIRETOR

15 DE 750883

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 013748686411

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - COD. RENAVAM - D.M.T.R.C. - EXERCÍCIO
1 0106160714-0 00/00000000 2017

NOME
ANDERSON DAS NEVES DA SILVA

CPF / CNPJ
01360946438

PLACA
QFJ4478/PB

PLACA ANT. / UF
NOVO PB 9C2KD0810FR474340

ESPÉCIE TIPO COMBUSTÍVEL
PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC ALCO/GASOL

MARCA / MODELO ANO FAB. ANO MOD.
HONDA/NXR160 BROS ESDD 2015 2015

CAP. POT. / CL. CATEGORIA COR PREDOMINANTE
2 P/162 /CI PARTIC PRETA

COTA ÚNICA VENC. COTA ÚNICA VENC. / COTAS
1 00/00/0000 1ª

FADA LPVA. PARCELAMENTO / COTAS
2ª 0 3ª

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$) IOF (R\$) PRÊMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO P A G O 20/10/2017

OBSERVAÇÕES
A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

SANTA RITA - PB LOCAL DATA
40681 25/10/2017

40681



Seguradora Líder

14516

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013748686411 BILHETE DE SEGURO DPVAT

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

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO DATA EMISSÃO
2017 25/10/2017

VIA - CPF / CNPJ PLACA
1 01360946438 QFJ4478/PB

SEGURO MARCA / MODELO
01061607140 HONDA/NXR160 BROS ESDD

ANO FAB. CAT. TOL. Nº CHASSI
2015 9 9C2KD0810FR474340

PRÊMIO TARIFÁRIO

FNS (R\$) DENATRAM (R\$) CUSTO DO SEGURO (R\$)
***** ***** *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) IOF (R\$) TOTA L SEGURO
***** SEGURO P A G O

PAGAMENTO DATA DE QUITAÇÃO
S COTA ÚNICA PARCELADO 20/10/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

14516-1037586-20171025





Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Rutev de Moraes Barros
DATA DO ACIDENTE 11/10/2017 CPF DA VÍTIMA 093.232.134-67
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR (X) VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUJO PARANTESCO COM
A VÍTIMA É Rutev de Moraes Barros
ENDEREÇO DO PORTADOR Rua Amador Bezerra
Nº 100 COMPLEMENTO Ed. 155 Lt. 100 BAIRRO Aleixo Mateus
CIDADE João Pessoa UF PB CEP 55090-839
E-MAIL _____ TELEFONE () _____

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- (X) REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
(X) NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
(X) BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
(X) COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
(X) AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
() CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
() NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
() AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
() COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- MORTE = R\$ 13.500,00
• INVALIDEZ PERMANENTE = ATÉ R\$ 13.500,00. ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
• DESPESAS MÉDICAS (DAMS) = REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO). ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
• COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
• PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA 25/10/2018
IDENTIDADE 3551925
ASSINATURA Rutev de Moraes Barros

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
NOME _____
ASSINATURA _____

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180342815 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH DE MORAES BARROS **Data do acidente:** 11/10/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA ESPINHA TIBIAL POSTERIOR SEM DESVIO TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: MARCELO DE TOLEDO FERNANDES TERRIGNO

CRM: 5255920-8

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180342815 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: RUTH DE MORAES BARROS **Data do acidente:** 11/10/2017 **Seguradora:** AMERICAN LIFE
COMPANHIA DE SEGUROS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 31/07/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DA EXTREMIDADE PROXIMAL DA TÍBIA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CONSERVADOR E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: NOS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

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
		Total	0 %	R\$ 0,00