
Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009132

Vítima: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 23 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200009132

Vítima: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data do Acidente: 28/12/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um quadril 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: **KARLA ANDREA DO NASCIMENTO**

Valor: **R\$ 1.687,50**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000047247-5**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 034 445 734 64 4 - Nome completo da vítima: Karla Andreia 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: Karla Andreia do Nascimento 6 - CPF: 034 445 734 64
7 - Profissão: A - Sociedade de Rua Nelly Pessoa de Lima 9 - Número: 196 10 - Complemento:
11 - Bairro: Mangabeira 12 - Cidade: São Paulo 13 - Estado: SP 14 - CEP: 03000-000
15 - E-mail: carina - gilo@hotmail.com 16 - Tel (DDD): (11) 98888-12056

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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: _____
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0487 CONTA: 47247 AGÊNCIA: CONTA:

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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 a aqueles 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 rogo/a pedido

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

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

38 - 1ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: São Paulo, 23 de dezembro de 2015

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 13900.01.2019.1.00.401

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

Dados do(s) Fatos:

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

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 28/12/2018, POR VOLTA DAS 10:00, ESTAVADE CARONA NA MOTOCICLETA SHINERAY XY 50Q PHOENIX DE COR PRETA, ANO 2014/15, PLACA QFT-5683/PB, CHASSI LXVCBBL05F0245459, NA OCASIÃO QUEM PILOTAVA A MOTO ERA A PESSOA DE CELIA MARIA SOARES, PORTADOR DO CPF: 012.127.05483, QUE ESTAVAM NA RUA EROTILDES BULHÕES PINHEIROS, CIDADE VERDE, MANGABEIRA VIII, NESTA CAPITAL, QUANDO O MOTORISTA DO VEICULO NISSAN FRONTIER DE COR PRETA E PLACA MNU-4476/PB, O SENHOR VICENTE BRASIL DE OLIVEIRA JUNIOR, PORTADOR DO CPF 726.248.764-72, QUE VINHA EM UMA RUA SECUNDÁRIA, NÃO RESPEITOU A PLACA DE PARADA OBRIGATÓRIA, AVANÇOU O CRUZAMENTO E COLIDIU COM A MOTOCICLETA DESTA NOTIFICANTE; QUE O MOTORISTA DA FRONTIER FICOU NO LOCAL APENAS 20 MINUTOS E APÓS ISSO FOI EMBORA SEM PRESTAR SOCORRO A VÍTIMA; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA POR UMA AMBULÂNCIA DO SAMU ATÉ O H.E.T.S.H.L ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID 10 73.0 CONFORME LAUDO MÉDICO ASSINADO PELO DR. BRUNO DE LUNA ROMA. QUE A NOTIFICANTE TAMBÉM APRESENTOU ATESTADO MÉDICO, DATADO DE 07/05/2019 QUE SEGUE ANEXO s10 32 + s72.

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

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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



João Pessoa/PB, 05 de de

JOSÉ SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

KARLA ANDREA DO NASC
Noticiante



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

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

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel (DDD):

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\$1.00 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) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 5487 CONTA: 47247 AGÊNCIA: CONTA:

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 efetuação do crédito, quitação total do valor recebido.

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ 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 (vai nascer)? ☐ 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 a aqueles 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 - Assinatura do requerente: 35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido: 36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido: 37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido: 38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha: 39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: João Pessoa, 23 de dezembro de 2015

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Karla Amélia do Nascimento

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

DADOS DE NASCIMENTO 24/01/80

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.132.275

Nº PRONTUÁRIO 113.127

DATA DO ATENDIMENTO 28/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:12

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

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

CID 10 S 72.8 + S 73.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX da articulação coxo-femural D - AP

RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

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

ALTA HOSPITALAR: 03/01/19

DATA DA EMISSÃO: 09/08/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO EMERGÊNCIA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 16/01/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000047247-5

Nr. da Autenticação 3A3E4C8305AE19D5

MARIA JOSE DA SILVA
RUA NELLY PESSOA DELIMA, 126 - MANGABEIRA
JOÃO PESSOA / PB CEP 58003-000 (A2 1)

Ligação MONOFÁSICO
Classe RES-MTC R1 / RESIDENCIAL - RESIDENCIAL
Roteiro 6 - 5-234-722 Referência Mar/2019
Medidor 0000077595 Em uso 15/03/2019

energisa

ENERGISA PARA A DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S.A.
DU29, Av. 25 - Centro, João Pessoa / PB CEP 58071-629
CNPJ 06.025.022/0001-40 Ins. Est. 18052.920-0

Main Fone 11 (0800) 070 0000
Cód. para Dts. Automático: 0000406439

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

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPI/ CNPJ/ RANI
Mar / 2019	15/03/2019	15/04/2019	260.819.304-00

UC (Unidade Consumidora): **5/406543-9**

Canal de contato

Com a leitura por e-mail, você ajuda a preservar o meio ambiente, tem a controle do seu consumo a qualquer momento e sem ter um comprovante de leitura a ser enviado em contato com um dos nossos canais de contato a sua

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
14/02/19	25321	15/03/19	25607		286	

001 - Distrib						
001 - Cons						
001 - CONT						

TOTAL

TRANSAÇÃO	VALOR	CODIGO
BAIXA NPC	34,75	315043
SANCAAMENTO	68,24	315045
ENERGIA	255,04	315048

TOTAL : R\$358,03
RECEBIDO: R\$0,00
A RECEBER: R\$358,03

83ABR2019 12:45:46
LOTERICA: 13.023624-1
TERMINAL: 60612

Indicadores de Qualidade

	Limites da ANEEL	Apurado	Limite de Tensão (V)
QUALIDADE	9,97	9,93	
AV. TRIMESTRAL	9,97		
AV. ANUAL	9,97		
AV. MENSAL	9,97		
AV. TRIMESTRAL	9,97		
AV. ANUAL	9,97		
AV. MENSAL	9,97		
AV. TRIMESTRAL	9,97		
AV. ANUAL	9,97		
AV. MENSAL	9,97		

Descrição	Valor	%
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Tempo de entrega da energia	25,11	100,00
Total	255,04	100,00

ATENÇÃO

- Leitura continuada

Pagamento em atraso



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

DADOS DE NASCIMENTO 24/01/80

NOME DA MÃE MARIA JOSÉ DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS DO PRONTUÁRIO

BOLETIM DE ENTRADA N.º 1.132.275

Nº PRONTUÁRIO 113.127

DATA DO ATENDIMENTO 28/12/18

HORA DO ATENDIMENTO 13:12

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

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

CID 10 S 72.8 + S 73.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

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

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX do tórax - AP

RX da bacia - AP

RX da articulação coxo-femural D - AP

RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

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

ALTA HOSPITALAR: 03/01/19

DATA DA EMISSÃO: 09/08/19

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB



Cruz Vermelha Brasileira

Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto LucenaGOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

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

Tel: 32165700

CNES: 454554

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

Anamnese

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

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

DIETA LIVRE, VIA ORAL

MEDICAÇÃO

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

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

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

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

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

Diluir

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

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

Diluir

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

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

CUIDADOS

CURATIVO (OBSERVAÇÕES: DIÁRIO)

Prescrição registrada por: MARIA JOSÉ E. JANSSEN DA COSTA CAMA em 28/12/2018 13:12:44

HGT 6/6HS

FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIO E MOTORA

INSULINA REGULAR CONFORME HGT

SSVV + CCGG

EXAME LABORATORIAL

COAGULOGRAMA COMPLETO

CREATININA

GLICOSE

HEMOGRAMA COMPLETO

TGO (ASPARTATO AMINOTRANFERASE/AST)

TGP (ALANINA AMINOTRANFERASE/ALT)

IONOGRAMA

UREIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE BACIA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: AP)

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: PERFIL CROSS-TABLE)

CID10

Código	Descrição
S73.0	Luxação da articulação do quadril

Conduta

Internar Paciente

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Dr. Bruno de Luna Roma
MÉDICO
CRM-PB 10075

BRUNO DE LUNA ROMA
(CRM: 10075/PB)

ÁREA VERMELHA

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

Tel:

CNES: 6121221

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

Anamnese

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE TRAFEGO CONSCIENTE ORIENTADO, REFERINDO DOR NO QUADRIL DIREITO E DIFICULDADE DE MOVIMENTAR

TÓRAX E ABDOME NDN

MMSS NDN

MMII DOR E EDEMA COXA DIREITA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESTERNO-CLAVICULAR DIREITO

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

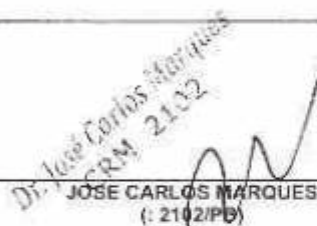
CID10

Código	Descrição
T14.9	Traumatismo não especificado

Conduta

Em observação

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO


DR. JOSE CARLOS MARQUES
CRM 2102
JOSE CARLOS MARQUES
(2102/PB)

Nome: Karla Anderson do Nascimento BE/Prontuário: _____
 Idade: _____ Sexo: () Masculino (X) Feminino Cor: _____ Data: 1 / 1 / 1
 Clínica/Setor: Ortopedia EMP: _____ LR: _____
 Cirurgia: Redução imediata de luxação do quadril (D)
 Cirurgião: Dr. Raíffo Leite 1º Assistente: Dr. Tiago Fomiga
 2º Assistente: Dr. Bruno Roma R1 3º Assistente: _____
 Instrumentador: _____ Anestesista: _____
 Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

Diagnóstico Pós-Operatório	CID
<u>luxação do quadril (D)</u>	

Procedimentos Cirúrgicos	Código
<u>Redução imediata de luxação do quadril (D)</u>	

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Dr. Bruno de Lima Roma
MÉDICO
CRM-PB 10075

João Pessoa, 28 / 12 / 2018

Médico/CRM: _____

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Paciente em DDA sob anestesia

Incisão:

sem incisões

Achados:

luxação do quadril (D)

Conduta:

Feito manobra de redução para
luxação do quadril (D)

Fechamento:

Observação:

Reu e w Sade

Dr. Bruno de Luna Rêgo
MÉDICO
CRM-PB 10000

João Pessoa, 28/12/2018

Médico/CRM:

REC-00001

FICHA DE ANESTESIA

FRONTUÁRIO: 1132275
IDADE:

PACIENTE: Antônio Roberto SEXO: M COR: F

PRESSÃO ARTERIAL: 120/80 PULSO: 70 RESPIRAÇÃO: REGULAR TEMPERATURA: 36.5 PESO: 70 GRUPO SANGÜÍNEO: O+

ESTADO GERAL: (BOM) (REGULAR) (MAL) (PÉSSIMO) RISCO CIRÚRGICO: (BOM) (REGULAR) (MAL) (PÉSSIMO)

EXAMES COMPLEMENTARES: OK

AP. RESPIRATÓRIO: OK AP. CIRCULATÓRIO: OK

AP. DIGESTIVO: OK ESTADO MENTAL: OK DROGAS EM USO: OK

PRÉ-ANESTÉSICO: OK ESTADO FISIOLÓGICO: OK

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ulcera gástrica

CIRURGIA REALIZADA: Ressecção gástrica

CIRURGIÃO: Dr. João AUXILIARES: TIA

INÍCIO DA ANESTESIA: 08:45 TÉRMINO DA ANESTESIA: 10:00 DURAÇÃO DA ANESTESIA: 1h15

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: 41.00 QUANT. DE CH.: 100 VALORES RS: OK

ANESTESISTA: João CPF: 123456789 CRM-PB: 7611

ANESTESIA	RESPIRAÇÃO	PULSO	PRESSÃO ARTERIAL	TEMPERATURA	PESO	GRUPO SANGÜÍNEO
0	120	70	120/80	36.5	70	O+
10	120	70	120/80	36.5	70	O+
20	120	70	120/80	36.5	70	O+
30	120	70	120/80	36.5	70	O+
40	120	70	120/80	36.5	70	O+
50	120	70	120/80	36.5	70	O+
60	120	70	120/80	36.5	70	O+
70	120	70	120/80	36.5	70	O+
80	120	70	120/80	36.5	70	O+
90	120	70	120/80	36.5	70	O+
100	120	70	120/80	36.5	70	O+

☐ ANESTESIA GERAL ☐ SEDATIVA ☐ ESPINAL ☒ BLOC PLEXO ☐ BLOC NERVOS ☐ OUTROS

TECNICA: AB

USUÁRIO: João

MEDICAMENTOS E MATERIAIS USADOS NO ATO ANESTÉSICO

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

DESTINO DO PACIENTE: ☐ AMB ☐ SUPLENIRIA ☐ UTI ☐ RESIDÊNCIA ☐ OUTROS

ASSINATURA DO ANESTESISTA: João

ASSINATURA DO CIRURGIÃO: João

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA: João

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA: João

ASSINATURA DO ANESTESIOLOGISTA
CRM 7611

Nota de Sala Cirúrgica



HE-7591

Paciente: Karla Andreia do Nascimento

Idade: 38 anos **Sexo:** F **Profissão:** 13.22.25 **Leito:** 1532

Cirurgia: TC Redução e encurtamento de Duodeno Direito

Procedimento: DR. Thiago + DR. Faria + DR. Bis. Bruno

Anestesia: Geral

Anestesista: DR. Tadeu

Instrumentador:

Data: 28/12/18 **Tempo Cirúrgico - Anestesia Início:** 15:30 **Cirurgia Início:** 15:40 **Fim:** 16:00

Índice de Risco de Hemorragia - ASA (American Society of Anesthesiologists): 1

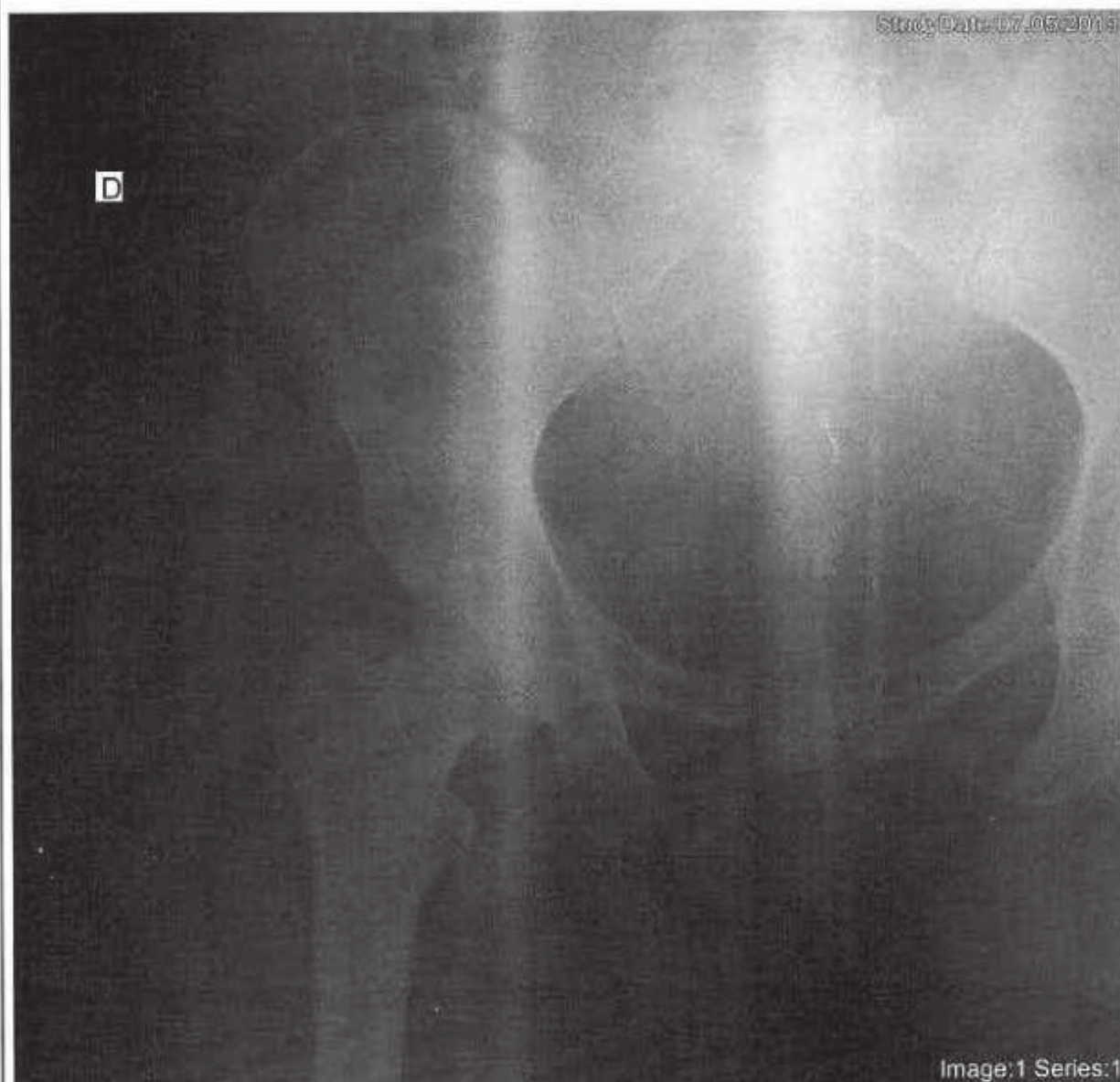
Gravidade de Contaminação: () Limpa () Contaminada () Infectada () Potencialmente Contaminada

MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS	QTD.	MATERIAIS CONT.	QTD.	FIOS	QTD.
ALFENTANIL	1	JELCO Nº18		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA ISOBARICA		JELCO Nº20		FIO CAT GUT CROMADO Nº	
BUPIVACAÍNA PESADA		JELCO Nº22		FIO DE AÇO Nº	
CETAMINA		JELCO Nº24		FIO DE AÇO Nº	
DROPERIDOL		KIT SIST DREN TORACICA Nº		FIO DE NYLON Nº	
ETOMIDATO		LÂMINA BISTURI Nº1		FIO DE NYLON Nº	
FENOBARBITAL		LÂMINA BISTURI Nº13		FIO DE NYLON Nº	
FENTANILA		LÂMINA BISTURI Nº23		FIO POLIOLACTINA Nº	
FLUMAZENIL		LÂMINA BISTURI Nº24		FIO POLIOLACTINA Nº	
ISOFLURANO		LÂMINA DE DERMATOMO		FIO POLIOLACTINA Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LÂMINA DE ENXERTO		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA DE PROCEDIMENTO PAR.		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA C/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº1.0		FIO POLIPROPILENO Nº	
LIDOCAÍNA S/ VASO		LUVA ESTÉRIL Nº2.1		FIO POLIGLECAPRONE Nº	
MEDAZOLAN		LUVA ESTÉRIL Nº3.0		FIO SEDA Nº	
MORFINA		LUVA ESTÉRIL Nº6.1		FITA CARDIACA	
NIMBUM		MASCARA CIRURGICA		MATERIAL ESPECIAL	QTD.
PANCRÔNIO		MULTIVIAS		CATETER DE PIC	
PEFONA		PERFURADOR DE SORO		CIMENTO CIRURGICO	
PROPOLFOL		SCALP Nº19		CLIP TITÂNIO AGADURA	
RAMPENTANILA		SCALP Nº21		FIO DE KIRSCHNER Nº	
ROCURÔNIO		SERINGA 3ML		FIO DE KIRSCHNER Nº	
SEVOFLURANO		SERINGA 5ML		FIO STEINMAN Nº	
SUXAMETÔNIO		SERINGA 10ML		FIO STEINMAN Nº	
TIOPENTAL		SERINGA 20ML		GRAMPEADOR CIRURGICO	
MEDICAÇÕES	QTD.	BOLSA P/ COLOSTOMIA		HEMOST. ABSORVIVEL	
ADRENALINA		CÂMULA P. TRAQUEOSTOMIA Nº		KIT DERIVA VENTRICULAR	
ÁGUA DESTILADA		CATETER DE OXIGÊNIO		PROTESE VASCULAR	
ATROPINA		CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº		KIT PAM	
BEXTRA		CATETER EPIDURAL Nº16		FIXADOR EXTERNO	
CEFALOXINA		CATETER EPIDURAL Nº17		EMPRESA	
DEXAMETASONA		CATETER EPIDURAL Nº18			
EFEDRINA		CERA PARA OSO		PARAFUSOS CORTICAIS	
FLUOREMIDA		COLET. URINA FECHADO		PARAFUSOS CORTICAIS	
GLICOSE 50%		COMPRESSAS CIRURGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
GELATINA DE CÁLCIO		COMPRESSAS CIRURGICAS		PARAFUSOS ESPONJOSO	
HIDROCORTISONA		DRENO DE PENROSE		PARAFUSOS MALEOLAR	
LIDOCAÍNA GELÉIA		DRENO DE SUÇÃO		PARAFUSOS MALEOLAR	
ONDASENTRONA		ELETRODOS		PLACA	
PLASIL		EQUIPO MACROGOTAS		PLACA	
PROSTIGMINE		EQUIPO TRANSF. SANGUE			
PROTAMINA		ESPOLIA DE PVZ		EQUIPAMENTOS	
TENOXICAN		ESPARADRAPO		() ASPIRADOR	
		GAZES		() BISTURI ELETRICO	
		GAZES ALGODOADAS		() CAPNOGRAFO	
		GEL ELETROLÍTICO		() CARDIOMONITOR	
		JELCO Nº14		() DESFIBRILADOR	
		JELCO Nº16		() FOCO AUXILIAR	
				() FOCO CENTRAL	
				() MICROSCOPIO	
				() OXÍMETRO DE PULSO	
				() P.A. INVASIVA/NÃO INVASIVA	
				() PERFURADOR ELETRICO	
				() SERRA	
				CIRURGIANTE	

Carla de Oliveira
Técnica de Enfermagem
COREN-PR 138.427

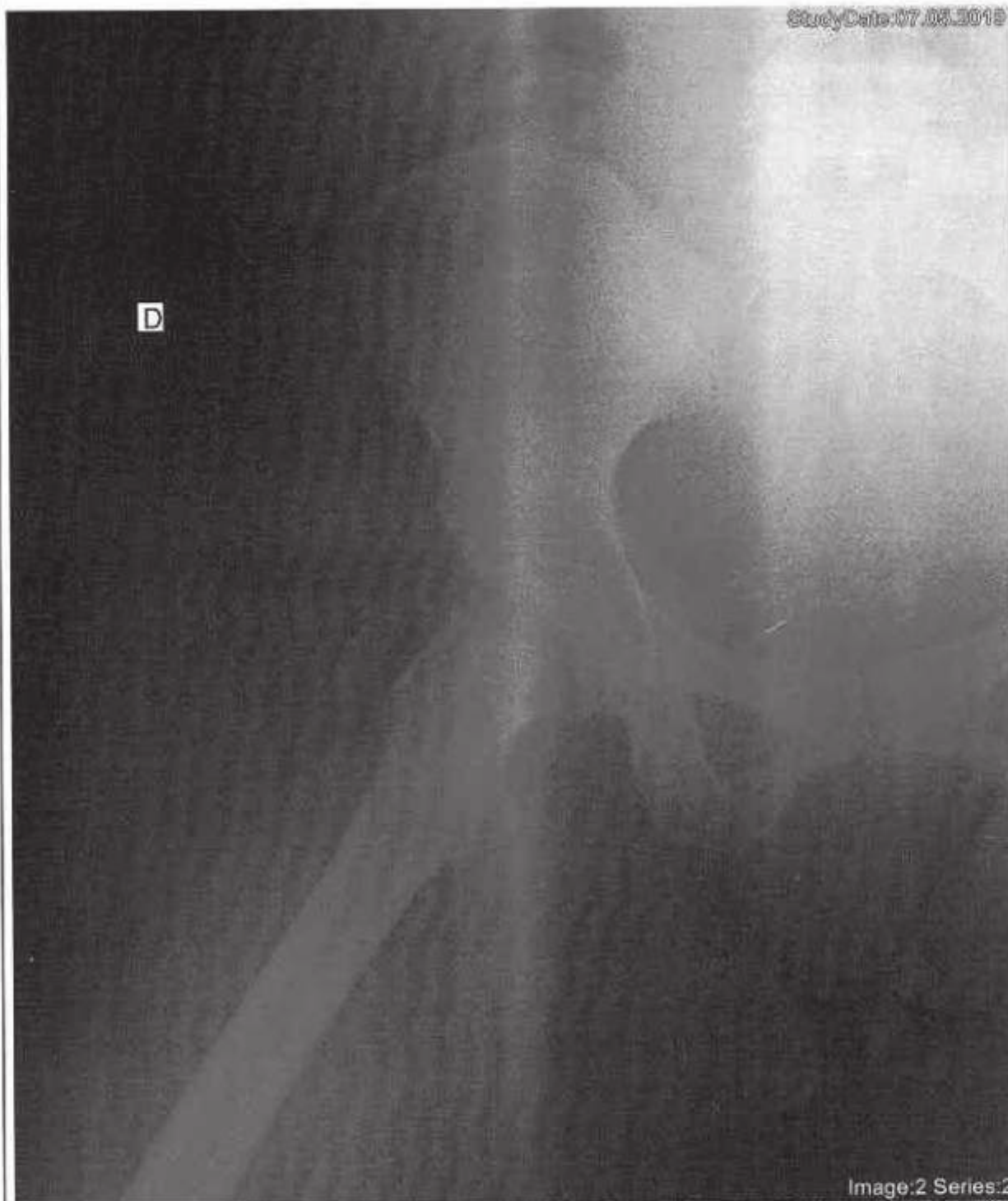
PatientID: 000000084273
PatientName: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Sex: Feminino
BirthDate: 24.01.1980
Age: 39a.



PatientID: 000000084273
PatientName: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Sex: Feminino
BirthDate: 24.01.1980
Age: 39a.



PatientID: 000000084273
PatientName: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Sex: Feminino
BirthDate: 24.01.1980
Age: 39a.



HTOP

PatientID: 000000084273

Name:

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Sex:

Feminino

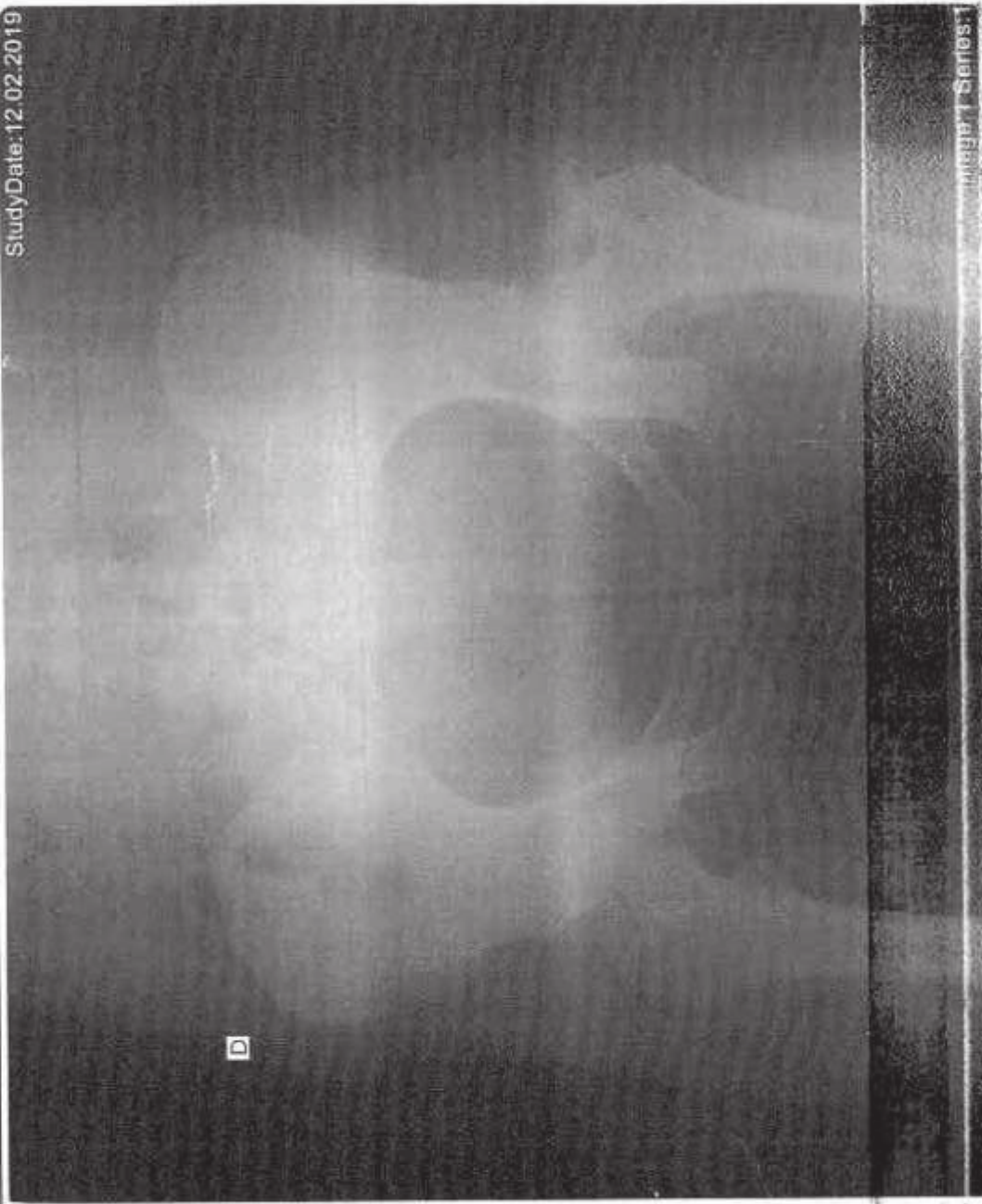
BirthDate:

24.01.1980

Age:

39a.

StudyDate:12.02.2019





Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201932082897

Data Nasc: 24/01/1980 - 39 anos

Paciente: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data Exame: 10/05/2019

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO QUADRIL DIREITO

Técnica:

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

Análise:

→ Fratura na cabeça do femur e bordo postero inferior do acetabulo ↗

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

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

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

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

Dra. Galba L. O. Aquino

CRM: 5820



Hospital Estadual de
Emergência e Trauma

Senador Humberto Lucena

Atendimento: 201831801483

Data Nasc: 24/01/1980 - 38 anos

Paciente: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

Data Exame: 29/12/2018

TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA BACIA

Técnica:

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

Análise:

Fratura na cabeça do fêmur direito.

As demais estruturas ósseas analisadas apresentam morfologia normal.

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

Grupamentos musculares com morfologia e coeficientes de atenuação preservados.

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

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

Dra. Galba L. O. Aquino

CRM: 5820

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL MINISTÉRIO DAS CIDADES DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO		
VÁLIDA EM TODOS O TERRITÓRIOS NACIONAIS 1169653660	NOME KARLA ANDREA DO NASCIMENTO	
	DOC. IDENTIFIC. / ORG. EMISSOR DE 2562697 SSP PB	
	CN 034.445.734-64	
	DATA NASCIMENTO 24/01/1980	
1169653660	FILIAÇÃO JOSE ANTONIO DO NASCIMENTO MARIA JOSE DA SILVA	
	PERMISSÃO	ACC AB
	Nº REGISTRO 06187021478	VALIDADE 30/09/2018
	1ª HABILITAÇÃO 25/09/2014	
OBSERVAÇÕES		
Assinatura do Portador		
1169653660	LOCAL JOAO PESSOA, PB	
	DATA EMISSÃO 22/10/2015	
	90636328355 PB031531482	
	DEBANT, PB (PARAIBA)	

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

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

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA LUXAÇÃO DE CABEÇA DE FÊMUR DIREITO.

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

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

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADO DO QUADRIL DIREITO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

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

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0008303/20

Vítima: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

CPF: 034.445.734-64

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 28/12/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO : 034.445.734-64

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

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

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

KARLA ANDREA DO NASCIMENTO

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA