



Número: **0823813-31.2020.8.15.0001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **3ª Vara Cível de Campina Grande**

Última distribuição : **19/10/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO (AUTOR)		FABIO MARACAJA DE ALMEIDA CARNEIRO (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
38800101	27/01/2021 15:15	2778228_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 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: 213 10 - Complemento: 1010
11 - Bairro: Dinamirica 12 - Cidade: Campina Grande 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\$1.00 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: Santander
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4182 CONTA: 01030561 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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(s) ou nascitor(es)? ☐ 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:

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019





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**.

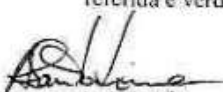
Objeto(s) Envolvido(s):

(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. 157.356-8

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 de
Segurança e 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. 157.356-8

EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

Noticiante



Procedimento Policial: 00298.01.2020.1.05.101

2/2





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: 213 10 - Complemento: 1010
11 - Bairro: Dinamirica 12 - Cidade: Campina Grande 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) ☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO: Santander
☐ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4182 CONTA: 01030561 5
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

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(s) ou nascitor(es)? ☐ 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: João Pessoa 07/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:15:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=2101271515465800000036991784

Número do documento: 2101271515465800000036991784

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 segurado pela SUSEP

Boleto para depósito automático da conta corrente em nome de ENERGISA S/A

Nº 007.093.455

ENERGISA BOBÓREMA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Av. Dep. Raimundo Asfora, 4799 - BR 230 - KM 158 - Três Irmãs
Campina Grande / PB - CEP 58423-700
CNPJ 06.826.596/0001-95 Ins. 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

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03149.036000 02236.880171 3 83230000011241

Pagador: GERLAINE BRASILIANO DO NASCIMENTO CNPJ/CPF: 569.342.544-49

RUA ANTONIO JOSE SANTIAGO 215 BG A303 - DINAMERICA - CAMPINA GRANDE / PB - CEP 00000-000

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

BENEFICIÁRIO: ENERGISA BOBÓREMA 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



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:15:47

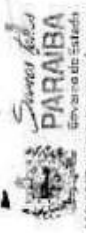
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715154658000000036991784>

Número do documento: 21012715154658000000036991784

Num. 38800101 - Pág. 7

[illegible]

05/03/2020



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 02: 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 () SIBILOSO () TOSSE



ESCALA DE DOR:

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO :
VERMELHO

HTCG- Painel Administrativo

CONTROLE DOS SINAIS VITAIS:

HORA	PA	TEMP	FC	FR	DIURESE	ASSINATURA	DO

OBS: SAMU CG

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

ENFERMEIRO/COREN
acolhimento

1. NOME DO REQUERENTE

2. ENDEREÇO DO REQUERENTE

3. CIDADE DO REQUERENTE

4. ESTADO DO REQUERENTE

5. DATA DE NASCIMENTO DO REQUERENTE

6. DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO

7. DATA DE VALIDADE DO DOCUMENTO

8. DATA DE EXPIRAÇÃO DO DOCUMENTO

9. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

10. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

11. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

12. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

13. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

14. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

15. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

16. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

17. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

18. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

19. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

20. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

21. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

22. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

23. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

24. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

25. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

26. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

27. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

28. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

29. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

30. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

31. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

32. DATA DE CANCELAMENTO DO DOCUMENTO

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 27/01/2021 15:15:47
<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=21012715154658000000036991784>
Número do documento: 21012715154658000000036991784



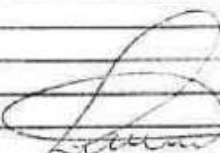
Folha de Sala - Recuperação Pós Anestésica

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. cava p/ frnt de dissecção de útero (E)</u>	
Cirurgião: <u>Dr. Andrey</u>	Auxiliar: <u>B. Erika</u>
Anestesista: <u>Dr. Wanderley</u>	
Início: <u>09:10</u>	Término: <u>11:50</u>
Anestesia: <u>Blog de plexo + Gerd</u>	

Hora	PA	Pulso	SAT O2	Responsável	A. Motora	Consciência
09:10	169 x 93	90	92	Rômulo	+	ambos

Medicamentos/Materiais	Quantidade
<u>Duquingroup - salm p/ frnt e p/ger 5ml</u>	<u>12/50</u>

Observações: <u>Pde. recuperada e orientada, com S.O. bloco em andamento do</u> <u>RSE. Nova medicação e observando os demais sinais.</u> <u>Sem queixas. Opta-se por S.O.</u>


Assinatura Anestesista

Circulante



c- limpa

CLEAN VAPOR / STEAM INTEGRADOR QUÍMICO

TEST

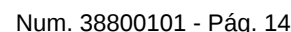
Tipo 5 / ISO 11143-1

LOT# CL5150819

Referencia:

Assinalar o nº de lotes identificáveis para igual ou
maior percentagem de eficiência

VAL-15-A-GO-2021



Adm. - 02/01/2021

5-004.251.000-5

1
1
1
1

0.2

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

— 01/01

02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

05 — 01/01

... 01/01

02
03
04
05

06
07
08
09
10

1-0

01

02

0.0

01

02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01

02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

02

03

01

02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

02

03

02

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

0.0



HOSPITAL		COD
PACIENTE		DATA
MÉDICO	CRM	CONVÊNIO
PROCEDIMENTO		0162



LAUDO DE MATERIAIS UTILIZADOS



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

Dr. Everton Meira
CRM-MB 9510

MÉDICO

INSTRUMENTADOR

HOSPITAL

CNPJ: 26.051.266/0001-57 | INSC. ESTADUAL: 20.456.669-0 | AV. SENADOR SALGADO FILHO, 1718 - TIROL WAY OFFICE, SALA 912 - TIROL
NATAL/RN - CEP: 59.022-000 | PLANTÃO 24HS (03) 98838-2091 / (04) 99682-3828 | E-MAIL: LSiNATAL@GMAIL.COM



12/03/2020

HTCG-Portal Administrativo



HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMATOLOGIA MAJDOM LUIZ GONZAGA FERNANDES - CNPJ: 08.778.288/0001-82
Av. Maj. Florentino Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58412-809
Data: 12/03/2020
Nome: Wagner de Melo Falcao

PARAÍBA
Governo do Estado



PARAÍBA
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 UMEROS

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

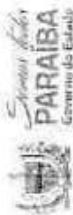
Dr. Wagner Falcao
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-PB 8643

Assinatura/Carimbo
Wagner de Melo Falcao

RESPONSÁVEL: Wagner de Melo Falcao



09/03/2020



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: 08.778.268/0038-52
Av. Mal. Floriano Peixoto, 4700 - Malvinas, Campina Grande - PB, CEP: 58432-809 Data: 09/03/2020
Boletem de Emergência (B.E) - Modelo 07 Atendimento : Mercia De Sousa Melo

Nascimento: 01/04/1991

CEP: 58400002

Telefone: 998919815

PACIENTE: EDITE ADELINA

PEREIRA DO NASCIMENTO

Endereço: RUA CRISTIANO PALMEIRA

Cidade: Campina Grande

Idade: 028

RG: 3564861

CPF: 09012561450

Data de Atend: 05/03/2020

Profissão: AUTONOMA

Convênio: SUS

Especialidade: CIRURGIA

Nome da Mãe: JOSEFA CIPRIANO PEREIRA DO NASCIMENTO

Responsável:

Estrada Civil:

Motivo: ACIDENTE DE MOTO MOTO X MOTO

Medico:

OBS: RCHA: SEM DOCUMENTOS

MECANISMOS DO TRAUMA

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

1. Abreção	19. Fratura ossos fechada
2. Amputação	20. Fratura ossos aberta
3. Anelido	21. Hemorragia
4. Contusão	22. Irrigamento Verso
5. Crepitação	23. Laceração
6. Dor	24. Lesão tendão
7. Edema	25. Luxação
8. Empalmeamento	26. Mordedura
9. Enfisema subcutâneo	27. Movimento torácico paroxismal
10. Enfiamento	28. Objeto encaixado
11. Equimose	29. Otorrágia
12. Ferida limpa branca	30. Paralisia
13. Ferida limpa de fogo	31. Paralisia
14. Ferida contusa	32. Paralisia
15. Ferida contusa	33. Qualimadura
16. Ferida contusa	34. Rinite
17. Ferida contusa	35. Sinais de isquemia
18. Ferida contusa	36. Sinais de isquemia

OBS:

QUEIMADURA:

Superfície corporal lesada = % Grau () 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau

DIGNISTICO / CID:

10.1.1.148/projetohtg/impreurgencia.php?contar=2121324

HTCG-Painel Administrativo

EXAME PRIMÁRIO - DADOS CLÍNICOS

ALERGIA:

MEDICAMENTOS:

PATOLOGIAS:

EXAME FÍSICO

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

Glasgow PA HGT: Sat02

EXAMES SOLICITADOS:

() Laboratoriais () Ultrassonografia:

() Gasometria arterial () Radiografias:

() Tomografia Computadorizada ()

SOLICITAÇÃO DE PARECER MÉDICO:

Especialista: / às Dia / /

Especialista: / às Dia / /

MÉDICO SOLICITANTE

PROCEDIMENTOS REALIZADOS:

Nº PRESCRIÇÕES E CONDUTAS HORÁRIO REALIZADO

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

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

SERVIÇOS REALIZADOS:

DESTINO DO PACIENTE	/	/	às	hs.

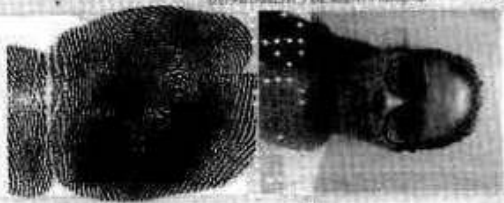
() Centro cirúrgico _____
() Internação (setor) _____
() Alta hospitalar / () Já revela
() Idoneidade Médica
() Trabalho _____

Ass. do paciente ou responsável (quando necessário)

10.1.1.148projectohtc.gimpreurgencia.php?contar=2121324;

212



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DA PARAIBA	
SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL	
INSTITUTO DA POLÍCIA CIENTÍFICA	
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO	
L-234	
	
Edite Adelina Pereira do Nascimento	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	3.564.861 - 2ª VIA
DATA DE EXPEDIÇÃO	29/04/2016
NOME	EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO
FILIAÇÃO	PAULO ROBERTO DO NASCIMENTO JOSEFA CIPRIANO PEREIRA DO NASCIMENTO
NATURALIDADE	CAMPINA GRANDE-PB
DATA DE NASCIMENTO	01/04/1991
DOC ORIGEM	CERT. NASC. N°56444 - LIV.051 - FLS.091 - CARTÓRIO 2ª CAMPINA GRANDE-PB
090.125.814-50	
	
A+	



DETRAN - PB		NP 015765702230		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO		VIA - COD RENAVAM 201901		PB Nº 015765702230	
1 00997591-6-2 00/00000000 2019		NOME		ESTADO	
IPOJUCAN SILVA		PLACA		21/02/2020	
78922593415		OFR6233/PB		EXERCÍCIO DATA EMISSÃO	
NOVO		CHASSI		2019 21/02/2020	
U6NG0460F0102269		APLIC		OPR6233/PB	
EAS/MOTOCICL/NO		COMBUSTIVEL		VA 78922593415	
YAMAHA/FAZER Y353		GASOLINA		00997591362	
CAP POT CIL		ANO FAB		78922593415	
2 P/249 /C1		2014		2014 9	
COTA ÚNICA		COR PREDOMINANTE		PRÊMIO TARIFARIO	
78922593415		VERMELHA		+ + + + +	
P V A		CATEGORIA		CUSTO DO BILHETE DE	
1 2 3		PARTIC		+ + + + +	
PRÊMIO TOTAL (R\$)		VENG/COTAS		PLACA DO BILHETE DE	
3 P/249		1º 2º 3º		+ + + + +	
SEM RESERVA DE D		DATA DE PAGAMENTO		CNPJ 08.241.000/01-04	
CAMPINA GRANDE - PB		30/05/2019		SEGURADORA LIDER - DPVAT	
33375		b		CNPJ 08.241.000/01-04	

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

CPF de: Próprio

Data do acidente: 05/03/2020

Titular do CPF: EDITE ADELINA PEREIRA DO NASCIMENTO

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

