
Rio de Janeiro, 28 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655317

Vítima: BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

Data do Acidente: 03/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

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, 02 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655317

Vítima: BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

Data do Acidente: 03/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 30/08/2019, emitido pelo Dr. DELFIM SOARES CRM nº 758213 - PB, da Instituição IML, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO

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:

060.868.464-30 Brenda Yngryd Ferreira Paz

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:

Brenda Yngryd Ferreira Paz

060.868.464-30

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Secretaria R. Guilherme Kubitschek

708

Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Jardim Aeroporto Bayeux

PB

58308320

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

BRENDAUNGRYD-2010@HOTMAIL.COM

(83) 98883-4420

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 POLIPANCA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)☒ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: Caixa Econômica Federal

AGÊNCIA:

CONTA:

AGÊNCIA:

CONTA:

(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)☐ 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 (vel nascido)?

☐ 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

Impressão digital, ou vitima ou beneficiário não alfabetizado

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:

São Paulo - PB - 14/11/2019

Brenda Yngryd Ferreira Paz

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO PEDIDO DO SEGURO DPVAT

O formulário deverá ser preenchido (manuscrito ou eletronicamente) de forma completa e legível.
É importante o preenchimento de todos os campos específicos a cobertura pleiteada.

DADOS CADASTRAIS

01 a 16	Registro de informações cadastrais	Preencher corretamente de acordo com a documentação.
---------	------------------------------------	--

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

17	Nome completo do Representante Legal	Preencher com o nome completo do representante legal (pais, tutor ou curador) sem abreviatura ou erro de digitação.
18	CPF do Representante Legal	Preencher com o número de inscrição do representante legal no CPF.
19	Profissão do Representante Legal	Preencher com a profissão do representante legal. No caso de não possuir profissão, declarar: "não possui".

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR):
Deverão ser representados:

- Beneficiário/vítima com idade entre 0 e 15 anos pelos pais ou tutor, e o incapaz pelo curador. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado somente pelo representante legal (no campo 42).
- Beneficiário/vítima com idade entre 16 e 17 anos pelos pais ou tutor. Neste caso, o formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário/vítima e assinado pelo beneficiário/vítima (no campo 41) e seu representante legal (no campo 42).

DADOS BANCÁRIOS

20	Renda Mensal do Titular da conta	Assinalar uma das opções relacionadas a renda mensal do titular da conta informada para crédito da indenização.
21	Dados bancários	Assinalar a opção indicando "quem" é o titular da conta, o banco, agência e número da conta para o crédito da indenização.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO:

- O crédito da indenização somente será realizado em conta de titularidade da própria vítima/beneficiário. Não serão aceitas contas de terceiros, exceto em caso de pagamento para menores de 16 anos ou de pessoa incapaz, em que é admitida indicação de conta de titularidade do representante legal (pais, tutor ou curador).
- Em caso de devolução de crédito em decorrência de fornecimento incorreto de dados bancários, indicação de conta com limite de movimentação bancária, conta fácil e conta de benefício, será necessária a apresentação de novo formulário do Pedido do Seguro DPVAT, com indicação de novos dados bancários.

INVALIDEZ PERMANENTE

22	Declaração de Ausência de Laudo do IML	Preencher somente para cobertura Invalidez Permanente.
----	--	--

MORTE

23 a 33	Declaração de Únicos Beneficiários	A falta de preenchimento correto das informações invalidará o formulário.
---------	------------------------------------	---

NÃO ALFABETIZADO

34	Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado	Apor a impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado.
35	Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o nome da pessoa indicada pelo não alfabetizado para assinar a pedido (a rogo).
36	CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)	Preencher com o número do CPF da pessoa indicada para assinar a pedido (a rogo).
37	Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)	Assinar o formulário conforme assinatura do documento de identidade.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE SOBRE BENEFICIÁRIO/VÍTIMA NÃO ALFABETIZADO:

- O não alfabetizado deverá escolher pessoa de sua confiança, alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o formulário, a seu pedido (a seu rogo), na presença de 02 (duas) testemunhas maiores e capazes. A pessoa escolhida se compromete a dar-lhe ciência do inteiro conteúdo do Pedido do Seguro DPVAT, antes do preenchimento e assinatura do mesmo.

TESTEMUNHAS

38	1ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 1ª testemunha.
39	2ª testemunha	Preencher com o nome completo e número do CPF e assinatura da 2ª testemunha.

OBSERVAÇÃO IMPORTANTE PARA APRESENTAÇÃO DE TESTEMUNHAS:

- A apresentação de testemunha é imprescindível somente para beneficiários/vítimas não alfabetizados.

ASSINATURAS DO FORMULÁRIO

40	Local e Data	Preencher indicando o local e a data de preenchimento do formulário.
41	Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)	Assinatura da vítima/beneficiário da indenização conforme documento de identidade.
42	Assinatura do Representante Legal (se houver)	Assinatura do representante legal (pais, tutor, curador) conforme documento de identidade.
43	Assinatura do Procurador (se houver)	Assinatura do procurador devidamente nomeado.

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradorafidelis.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:
Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios): Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04 / Das 8h às 20h
SAC (para dúvidas e reclamações) todos os dias da semana, 24h: 0800 022 8189
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Quilômetro: 0800 021 91 35

Nº DO SINISTRO _____

CAMPO PREENCHIDO PELA SEGURADORA

Este formulário deve ser preenchido exclusivamente com dados do beneficiário da indenização do Seguro DPVAT, nunca com dados de terceiros, ainda que esses sejam procuradores. Recomenda-se o preenchimento em letra de forma e sem rasuras, para evitar atraso no recebimento da indenização no banco.

EU, BRENDA INGRID FERREIRA PAZ
PORTADOR(A) DO RG Nº 3089516 EXPEDIDO POR SSP/PB EM 26/05/14 E
CPF 060868464-80 / CNPJ 000000000-00000-00, PROFISSÃO Secretaria
E RENDA MENSAL DE R\$ _____ (*) NA QUALIDADE DE BENEFICIÁRIO(A) DO VALOR REFERENTE À INDENIZAÇÃO / REEMBOLSO DO
SEGURO DPVAT DA VÍTIMA a mesma, AUTORIZO A SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO
DPVAT A EFETUAR O CRÉDITO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES ABAIXO PRESTADAS.

(*) A Circular Suscp nº 445/2012, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a constituir cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento da indenização. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal.

Para evitar reprogramação de um pagamento, lembre-se que os documentos abaixo relacionados **não devem**, de forma alguma, ser apresentados:

- Conta salário e/ou benefício – nos documentos aparecerem termos tais como: INSS ou PREVIDÊNCIA SOCIAL ou Salário ou Funcional.
- Conta Empresarial – nos documentos aparecem termos tais como: CNPJ ou ME, ME (micro empresa) ou LTDA.
- Conta conjunta quando o beneficiário/vítima não for titular;
- Conta tipo FÁCIL, atenção para o limite de movimentação financeira mensal;
- Conta tipo FÁCIL operação 023 da CEF (Caixa Econômica Federal);
- Conta POUPANÇA operação 013 da CEF aberta em Unidade Lotéticas com limite de movimentação financeira mensal de até R\$ 2.000,00;
- Conta bloqueada, inativa ou em proposta (neste momento revoga-se a aceitação de proposta de abertura de conta como documento comprobatório dos dados bancários);
- CPF do beneficiário/vítima inválido ou pendente de regularização ou cancelado (recomendamos a consulta ao site da RECEITA FEDERAL www.receita.fazenda.gov.br), bem como o CPF cadastrado no SISDPVAT Sinistros que não é o mesmo da conta informada para depósito;
- Contas não pertencentes à vítima/beneficiários.

IMPORTANTE: Também **não devem** ser apresentados documentos que comprovem os dados bancários com imagem digitalizada/scanner colorido, escritos à mão, por meio de extratos bancários informando a movimentação financeira da conta ou cópia do verso do cartão múltiplo com informação de código de segurança.

PARA CRÉDITO EM CONTA CORRENTE (TODOS OS BANCOS)

Nº do BANCO 104 Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) 0647 Nº da CONTA (com dígito, se existir) 00026564-3

PARA CRÉDITO EM CONTA POUPANÇA (SOMENTE BANCOS BRADESCO, ITAÚ, BANCO DO BRASIL E CAIXA ECONÔMICA FEDERAL)

Nº do BANCO _____ Nº da AGÊNCIA (com dígito, se existir) _____ Nº da CONTA (com dígito, se existir) _____

DECLARO QUE A CONTA ACIMA MENCIONADA É DE MINHA TITULARIDADE, UMA VEZ EFETUADO O PAGAMENTO/CRÉDITO DA INDENIZAÇÃO, DE ACORDO COM AS INFORMAÇÕES DESCRITAS, RECONHEÇO O RECEBIMENTO E DOU COMO QUITADO O VALOR DA REFERIDA INDENIZAÇÃO.

João Pessoa, 14 de novembro de 2014
LOCAL E DATA

Brenda Ingrid Ferreira Paz
ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO

**ATENÇÃO**

- O Seguro DPVAT garante indenização de **R\$13.500,00** em caso de morte (valor que será pago ao/s legítimo/s beneficiário/s, obedecendo à legislação vigente na data do acidente), indenização de **até R\$13.500,00 em caso de invalidez permanente** (valor que varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 11.945/2009) e reembolso de **até R\$ 2.700,00 em caso de despesas médico-hospitalares**.
- Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatsegurodotransito.com.br ou ligue para o SAC DPVAT 0800-0221204.



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 05684.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 05684.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 12:36 horas do dia 24 de maio 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 Roberta Gouvêa Neiva, matrícula 1560913, e lavrado por Cristiano Cruz Cordula, Agente de Investigação, matrícula 1565699, ao final assinado, compareceu **Brenda Yngryd Ferreira Paz**, CPF nº 060.868.464-30, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), profissão Secretaria, filho(a) de Maria Luciana Ferreira da Silva e Regivaldo Paz da Silva, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 05/02/1996 (23 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Juscelino Kubitschek, Nº 708, bairro Jardim Aeroporto, tendo como ponto de referência Rua Principal., na cidade de Bayeux/PB, telefone(s) para contato (83) 98887-4920.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av. Presidente Getúlio Vargas, Em Frente Ao Lyceu., João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/08/18 14:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE, segundo a notificante no dia 03/08/2018 por volta das 14:15 horas quando transitava, pela Av. Getúlio Vargas sentido Centro/Praia; Centro; João Pessoa-PB, com o veículo tipo HONDA/CG 160 FAN ESDI ano emodelo: 2016/2017, de cor preta de placa: QFY1537/PB CHASSI: 9C2KC2200HR006492 pertencente a VERONICA VICENTE FERREIRA; Que segundo a declarante transitava normalmente na garupa da referida moto, pilotada pelo Sr. Paulo Alfredo Barbosa Júnior CPF: 056.551.054-11, quando este trafegava na primeira faixa à direita quando a motorista do veículo, CITROEN C3 de placa NQB9341, Renilda de Araújo Santos Fernandes; que vinha na 3ª faixa à esquerda mudou abruptamente para a faixa onde a moto conduzida pelo Sr. Paulo Alfredo trafegava, vindo a colidir com a referida moto, QUE devido ao fato a declarante veio a cair ao solo e se lesionar, sendo socorrido pelo CORPO DE BOMBEIROS BOLETIM DE Nº 0537-2018 e conduzido para o COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOVERNADOR TARCÍSIO BURITY, onde foi diagnosticado FRATURA EXPOSTA DO POLEGAR DIREITO COM SEMIAMPUTAÇÃO CID S62, conforme CERTIDÃO nº 0240/2019 assinado pela médica Rosângela Medeiros Escorel Almeida

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, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de maio de 2019.

CRISTIANO CRUZ CORDULA
Agente de Investigação

BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ
Noticiante



REQUISIÇÃO DE EXAME Nº: 267/2019

Exame Requisitado: **Traumatológico Complementar**

João Pessoa/PB, 30/07/2019

Ao Senhor

Gerente Executivo

Núcleo de Medicina e Odontologia Legal

IPC-PB

Assunto: Requisição de Exame

Senhor Gerente

Requisitamos a Vossa Senhoria as providências, para que no prazo legal (Art. 160, parágrafo único do CPP, alterado pela lei 8.862/94), seja procedido o exame de **Traumatológico** da pessoa abaixo qualificada, e que o laudo seja remetido para a **DELEGACIA DE ACIDENTES DE VEÍCULO**

NOME: BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

NACIONALIDADE: brasileira

NATURALIDADE: João Pessoa/PB

IDENTIDADE: 3099516 - PB

FILIAÇÃO: MARIA LUCIANA FERREIRA DA SILVA E RIGIVALDO PAZ DA SILVA

DATA DE NASCIMENTO: 05/02/1996 IDADE: 23 anos

ESCOLARIDADE: SUPERIOR INCOMP.

PROFISSÃO: FUNC. PÚB. ESTADUAL

ESTADO CIVIL: SOLTEIRA

ENDEREÇO: RUA JUSCELINO KUBITSCHKE, 708, JARDIM AEROPORTO, BAYEUX/PB

TELEFONE: 83-98887-4920

DATA E HORA DO FATO: 03/08/2018 às 14:15 horas

HISTÓRICO: QUE NO DIA E HORA ACIMA DESCRITOS, FOI VÍTIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO, QUANDO TRANZITAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA DE PLACA QFY 1537/PB NA AV. GETÚLIO VARGAS SOFREU UM ACIDENTE DE TRANZITO, FOI SOCORRIDA PELA AMBULANCIA DO CORPO DE BOMBEIROS E CONDUZIDA PARA O COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA.

Referência: Certidão de Registro de Ocorrência nº 05684.01.2019.1.00.401

Jefferson Andrade de Medeiros
Mat. 182.362.3/IPC
Recebido em 30/08/2019

MARCOS ANTONIO VASCONCELOS
Delegado de Polícia Civil

Brenda Yngryd Ferreira Paz

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655317 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ **Data do acidente:** 03/08/2018 **Seguradora:** SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO DEDO POLEGAR DA MÃO DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE (FIOS DE KIRSCHNER) E ALTA MÉDICA.(PÁG.12)

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Documento/Motivo: Recusa – Sem Sequelas (Evolução Sem Sequela Permanente)

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

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
		Total	0 %	R\$ 0,00



BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

FATURA 17 AGO 2019 EMISSÃO E ENVIO 10 AGO 2019

Comprovante de residência



**EVITE PROBLEMAS COM SEU PAGAMENTO:
NÃO EDITE O CÓDIGO DE BARRAS OU
PAGUE O MESMO BOLETO DUAS VEZES.**



Caso o boleto já tenha vencido ou se você quiser pagar um valor diferente do total, **gere um novo boleto no nosso aplicativo.**

Nome do Beneficiário	CREDITOR	Data de Vencimento	Valor Global
Nu Pagamentos S.A.	18236120000158	19/08/2019	699,29
Agência/Conta de Beneficiário	Número do Boleto	Autenticação Mecânica	
	28/00097341166-5		

Bradesco | 237-2 | **23793.38128 60009.734116 66000.063306 1 79860000069929**

Forma de Pagamento					Data de Vencimento	
Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso					19/08/2019	
Beneficiário			CREDITOR		Agência/Conta de Beneficiário	
Nu Pagamentos S.A.			18236120000158			
Data de Vencimento	Nº do Boleto	Especie Boleto	Forma	Data de Processamento	Número do Boleto/Contas de Beneficiário	
10/08/2019	97341166	DM	N	10/08/2019	28/00097341166-5	
Valor em R\$	Cotação	Empenho Boleto	Forma de Pagamento	Valor Global	Valor Global	
	26	R\$			699,29	
Instruções					Total do Boleto	
Sr. Caixa:					0,00	
1) Não aceitar pagamento em cheque;					Total do Boleto	
2) Não aceitar mais de um pagamento com o mesmo boleto;					0,00	
3) Em caso de vencimento no fim de semana ou feriado, aceitar o pagamento até o primeiro dia útil após o vencimento.					Total do Boleto	
					0,00	
Beneficiário					Total do Boleto	
Nu Pagamentos S.A.					699,29	
Pessoa					06086846430	
Brenda Yngryd Ferreira Paz						
Rua Juscelino Kubitschek 708 casa						
56308320 - Jardim Aeroporto - Bayeux PB						

Código de Barras

Autenticação Mecânica

FICHA DE COMPENSAÇÃO





BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

FATURA 17 AGO 2019 * EMISSÃO E ENVIO 10 AGO 2019

TRANSAÇÕES

DE 10 JUL A 10 AGO

VALORES EM R\$

10 JUL		Hotmart*Hotmart - Maça - 2/5	29,05
10 JUL		Mercadopago *Pedrodire - 3/3	130,00
10 JUL		Mercadopago *Cellecia - 2/2	27,50
10 JUL		Strong Gym - 6/6	79,90
10 JUL		Mercadopago *99cell - 2/4	73,36
17 JUL		Pagamento em 17 JUL	749,29
20 JUL		Kelly de Fatima Correia	8,95
20 JUL		Kelly Magazine	16,25
20 JUL		Confeitar	12,74
20 JUL		Pag*Alexacai	13,78
23 JUL		Mastergas	50,00
23 JUL		Lojas Americanas	9,98
30 JUL		Universidade Estacio D - 1/10	57,84
05 AGO		Pag*Rodizio	42,50
07 AGO		Universidade Estacio D	109,89
08 AGO		Kipreo	37,55



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO

Documentação médica - hospitalar



DADOS DO ACIDENTE

Nº BOAT 0537 - 2018	Responsável pelo Levantamento do Acidente: IGRINALDO BRANDÃO GONZAGA FILHO	Posto/Graduação: SD/PM
Rua, Avenida, Cruzamento, Rodovia, KM, Trecho da Rodovia: Av. Pres. Getúlio Vargas	Hora 14:15	Bairro Centro
Município: João Pessoa	UF PB	
Data da Ocorrência 03/08/2018	Dia da Semana Sexta-feira	C/S Vítima (QT) Com/01
Tipo de Acidente Colisão Lateral		Tipo de pavimento Asfalto
Condições do Tempo Bom		Condições da Pista Seca
Envolvidos no acidente (Quantidade) 03 veículos		Controle do tráfego Pista Simples de Sentido Único

CONDUTOR 01

Nome Paulo Alfredo Barbosa Júnior	Sexo Masculino	Nascimento 12/03/1994	RG 3664513
Endereço Rua Juscelino Kubitschek, 718, Bayeux, PB - Tel.(083)99904-7116			
1ª Habilitação 24/08/2012	Categoria AB	Registro CNH N.º 05576286592	U.F. PB
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 26/17/2021
Destino do Condutor Permaneceu no local		Usava cinto -	Usava Capacete -

VEÍCULO 01

Marca/Modelo Honda CG 160	Espécie Motocicleta	Placa QFY 1537	Categoria Particular	Município Bayeux	U.F. PB
Nome do Proprietário Verônica Vicente Ferreira					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013928884033	Renavan N.º 0110152989-7	Data da Emissão 22/12/2017		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 01

Condutor declarou que: trafegava na via "A", na faixa da direita, no sentido Centro - Praia, no momento que seguia o fluxo foi surpreendido pelo V3 que veio da faixa da esquerda para a direita vindo a interceptar a passagem do V1, vindo o mesmo a colidir lateralmente no V3, o mesmo freou mas não teve como evitar o acidente.

CONDUTOR 02

Nome Gabriel Jô Alves	Sexo Masculino	Nascimento 16/05/1995	RG 3800453
Endereço Rua José da Silva Bezerra, 47, Mangabeira IV, João Pessoa, PB - Tel.(083)98850-5643			
1ª Habilitação 22/04/2014	Categoria AB	Registro CNH N.º 06049453445	U.F. PB
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 17/10/2018
Destino do Condutor Permaneceu no local		Usava cinto -	Usava Capacete -

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Honda XRE 300	Espécie Motocicleta	Placa OGE 0499	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Gabriel Jô Alves					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013176765990	Renavan N.º 0058619672-2	Data da Emissão 20/07/2017		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 02

Condutor declarou que: trafegava na via "A" na faixa da direita sentido Centro - Praia, no momento que seguia o fluxo quando foi surpreendido pelo V3 que ao mudar de faixa da esquerda para a direita vindo a interceptar a passagem do mesmo, vindo o mesmo a frear mas não teve como evitar.

Assinatura do Policial Militar responsável pelo Boletim de Ocorrência:
Carimbo de Conformidade com o CNH 1-A

Em 10/08/2018

CONDUTOR 03

Nome Renilda de Araújo Santos Fernandes	Sexo Feminino	Nascimento 24/03/1938	RG 151267
Endereço Rua Governador Mário Covas, 201, Ap.103, Bloco 09, Geisel, João Pessoa, PB – Tel.(083)988168777			
1ª Habilitação 07/10/1973	Categoria B	Registro CNH N.º 00554504361	U.F. PB
	Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 31/10/2019	Usava cinto -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não		Destino do Condutor Permaneceu no local	

VEÍCULO 03

Marca/Modelo Citroen C3	Espécie Automóvel	Placa NQB 9341	Categoria Particular	Município Cabedelo	U.F. PB
Nome do Proprietário Renilda de Araújo Santos Fernandes					
Seguradora DPVAT	Bilhete N.º 013929676973	Renavan N.º 0099216982-8	Data da Emissão 15/03/2018		
Condições do Veículo Antes do Acidente Nada constatado					

VERSÃO DO CONDUTOR 03

Condutor declarou que: trafegava na via "A", na faixa da direita, no sentido Centro – Praia, no momento que diminuiu a velocidade, pois ia estacionar a sua direita, quando foi surpreendida, pelo V1 e V2 pois os mesmos veio a colidir lateralmente no V3, a mesma freou mas não teve como evitar o sinistro.

VITIMA 01

Nome Brenda Ingrid Ferreira Paz	Sexo Feminino	Nascimento 06/02/1996	Viajava no Veículo N.º 01
Endereço Rua Juscelino Kubitschek, 718, Bayeux, PB – Tel.(083)99904-7116			
Condição da Vítima Passageira	Conduzida Para Hospital de Trauma	Usava Cinto -	Usava Capacete -

CONSTATADO

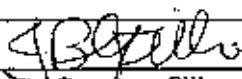
Constatado quando do levantamento que: o impacto deu-se na faixa da direita devido as marcas de fricção no asfalto de aproximadamente 2,00 mts, tendo como vítima a passageira do V1.

Todos os veículos liberados no local.

Ficha em anexo

João Pessoa – PB, 14 de Agosto de 2018.

10 20 18


Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho – Soldado PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0706/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Rua João Cândio da Silva 08,00metros

VIA "B" - Rua Claudino Pereira 06,50metros

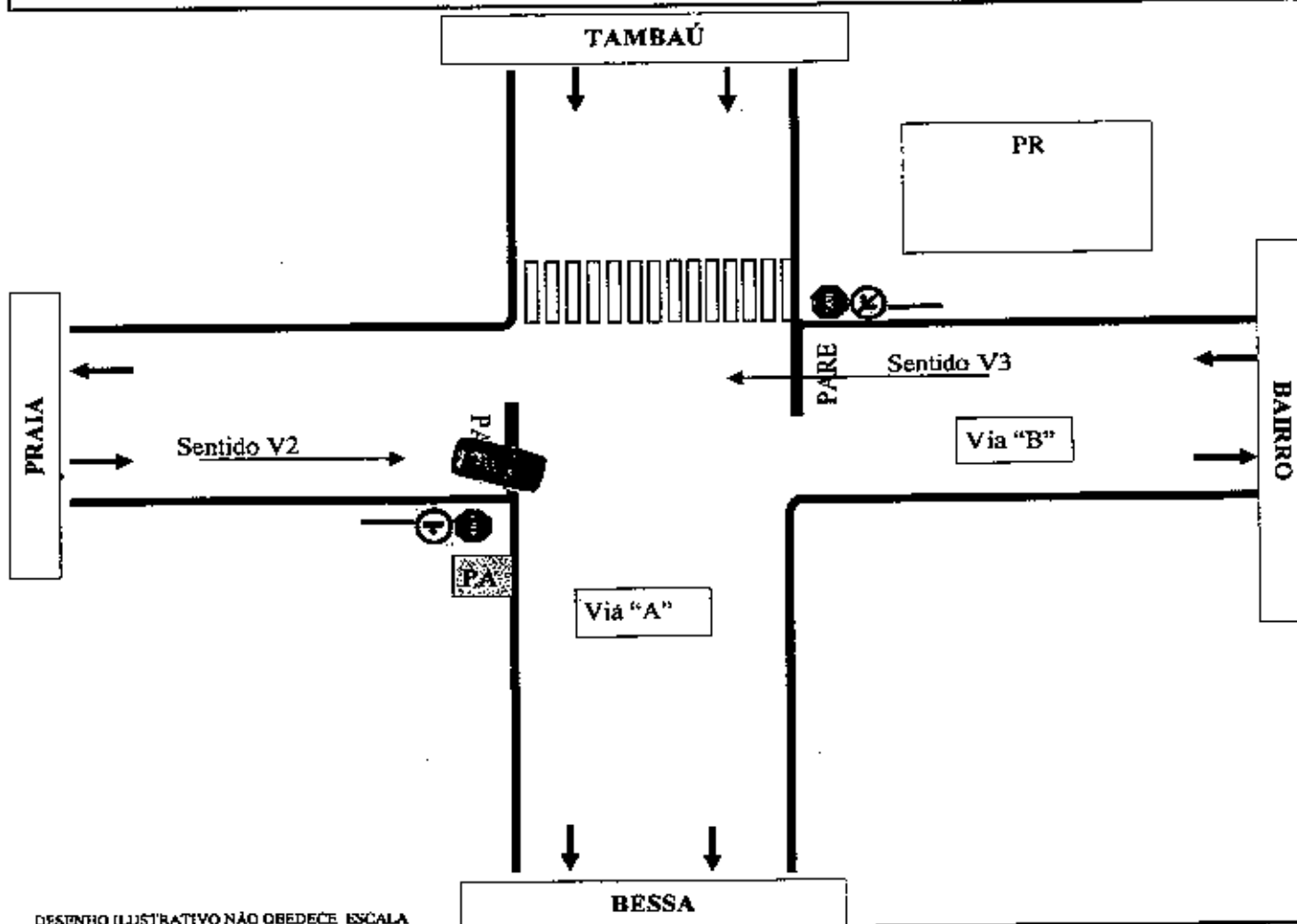
PR (Ponto de Referência) Praça Alcides Carneiro

PA (Ponto de Amarração) Poste da Energisa

V1 (Veículo 01) Retirado do local

V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 02.30 e Traseiro Direito 03.80 metros para (PA)

V3 (Veículo 03) Retirado do local



DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2



V3

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Conferido de Conformidade com o Original
EM: 10/10/18

Jandson Lemos de Moraes Sd PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0537/ 2018

AMARRAÇÕES

VIA "A" - Avenida Getúlio Vargas 15,00 metros

PR (Ponto de Referência) Lyceu Paraibano

PA (Ponto de Amarração) Guia do meio fio

V1 (Veículo 01) Eixos Dianteiro Direito 03.20 e Traseiro Direito 03.70 metros para (PA)

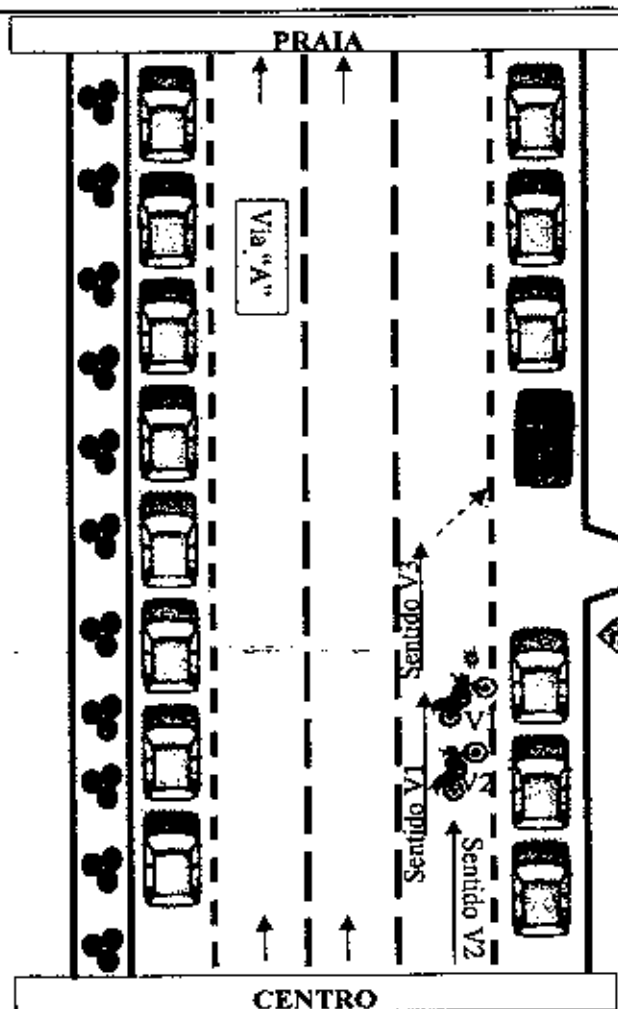
V2 (Veículo 02) Eixos Dianteiro Direito 04.10 e Traseiro Direito 02.90 metros para (PA)

V3 (Veículo 03) Eixos Dianteiro Direito 00.40 e Traseiro Direito 00.30 metros para (PA)

Este croqui foi elaborado pelo PM no local do acidente
De acordo com a Conferência com o Original
Data: 10/10/2018

ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA



AVARIAS



V1



V2



V3

[Signature]
Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0537/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



10/10/18
10/10/18

Igrinaldo Brangão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0537/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



10/05/2018 10:00:00
10/05/2018 10:00:00

10/05/2018

Grinaldo Brandão
Grinaldo Brandão Gbnzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLÍCIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0537/ 2018

FOTOS DO V3

FRENTE (V3)



TRASEIRA (V3)



LATERAL DIREITA (V3)



LATERAL ESQUERDA (V3)



Boat de ocorrência 0537/2018
Boat de ocorrência com o Sr. PM
PM: 10 / 10 / 18

43841
Igrinaldo Brannão Gonzaga Filho Sd PM
Responsável pelo Levantamento



POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DA PARAÍBA
COMANDO DE POLICIAMENTO DA REGIÃO METROPOLITANA (CPR-I / CPR-II)
BATALHÃO DE POLÍCIA DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT



CLASSIFICAÇÃO DE DANOS NOS VEÍCULOS SINISTRADOS – BOAT Nº 0537 - 2018

DANOS NO V1

Marca/Modelo: Honda CG 160	Placa: QFY 1537	Responsável pelo Preenchimento: SD Brandão	Data: 03/08/2018
--------------------------------------	---------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Box traseiro (plásticos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V2

Marca/Modelo: Honda XRE 300	Placa: OGE 0499	Responsável pelo Preenchimento: SD Brandão	Data: 03/08/2018
---------------------------------------	---------------------------	--	----------------------------

MOTOCICLETA

PEÇAS ESTRUTURAIS AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Garfo dianteiro		x		05	Chassi		x	
02	Mesa superior da suspensão dianteira		x		06	Garfo traseiro		x	
03	Mesa inferior da suspensão dianteira		x		07	Box traseiro (plásticos)			
04	Coluna de direção		x		Total Geral (Sim + NA)			00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais danificadas = 0 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas de 1 a 4 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais danificadas maior que 4 → DANO DE GRANDE MONTA

DANOS NO V3

Marca/Modelo: Citroen C3	Placa: NQB 9341	Responsável pelo Preenchimento: SD Brandão	Data: 03/08/2018
------------------------------------	---------------------------	--	----------------------------

AUTOMÓVEL, CAMIONETA OU CAMINHONETE

PEÇAS ESTRUTURAIS/SEGURANÇA PASSIVA AVARIADAS NO ACIDENTE

		Avaliação					Avaliação		
Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA	Item	Nome da Peça	Sim	Não	NA
01	Painel corta-fogo		x		12	Longarina traseira esquerda		x	
02	Longarina dianteira esquerda		x		13	Assoalho porta malas ou caçamba		x	
03	Caixa de roda dianteira esquerda		x		14	Longarina traseira direita		x	
04	Estrutura da soleira esquerda		x		15	Caixa de roda traseira direita		x	
05	Air Bags frontais		x		16	Estrutura da coluna traseira direita		x	
06	Air Bags laterais		x		17	Estrutura da soleira direita		x	
07	Estrutura da coluna dianteira esquerda		x		18	Estrutura da coluna central direita		x	
08	Estrutura da coluna central esquerda		x		19	Estrutura da coluna dianteira direita		x	
09	Estrutura da coluna traseira esquerda		x		20	Assoalho central direito		x	
10	Caixa de roda traseira esquerda		x		21	Caixa de roda dianteira direita		x	
11	Assoalho central esquerdo		x		22	Longarina dianteira direita		x	
			Total Geral (Sim + NA)			00			

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

AVALIAÇÃO POR DANO:

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 0 a 1 → DANO DE PEQUENA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas de 2 a 6 → DANO DE MÉDIA MONTA

Quantidade de peças estruturais/seg. pass. danificadas > 6 → DANO DE GRANDE MONTA

João Pessoa-PB, 14 de Agosto de 2018.

Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho – Soldado PM
 Reconhecido pelo Levantamento

10/10/18



CERTIDÃO

Nº. 0240/2019

Atendendo solicitação de BRENDA YNGRID FERREIRA PAZ e de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de atendimento ambulatorial Nº150697 e prontuário de Nº2018080419 pertencente a **mesma** que foi atendida dia 03/08/2018 às 18H11min, vítima de colisão de moto x moto, apresentando trauma em mão direito.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura exposta do polegar direito. Realizado procedimento cirúrgico dia 03/08/2018 com alta médica dia 06/08/2018.

E para constar eu, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 05 de março de 2019
Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURITY
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 150697 Atd: Nao Regi:
Data: 03/08/2018
Hora: 18:11:49
Recepcionista: ANA CLAUDIA XAVIER
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 1

Nome: BRENDA YNGRID FERREIRA PAZ

Num. Prontuario: 2018.08.000419

CNS: 201175498050003 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988874920

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 05/02/1996 Id: 22 ano(s)

End.: RUA TABELIAO SEVERINO ARAUJO, 0

Bairro: AEROPORTO Cidade: BAYEUX UF: PB

Mae: REGIVANDO PAZ DA SILVA

Pai: MARIA LUCIANA FERREIRA DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: SECRETARIO SEM ESPECIFICACAO

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: BRENDA YNGRID FERREIRA PAZ

Tel/Doc. Responsavel: 988874920 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL HUMBERTO LUCENA (TRAUMA)

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vítima de acidente por: COLISAO MOTO COM MOTO EM FRENTE O LICEU

Vitima de violência por: A TARDE, PASSAGEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vômito

Observacao

Queixa Principal

NATURA DE FALNGE

SOLICITACAO DE URGENCIA NO ENCAMINHAMENTO DO
HEETSHL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de moto
do qual remiltou trauma em membro
do membro superior direito fratura exposta de fêmur

Diagnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Hospital Municipal de Joao Pessoa
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
RUA TABELIAO SEVERINO ARAUJO, 0
Bairro: AEROPORTO, Cidade: BAYEUX, UF: PB

Solicitado CC de urgência
Paciente encaminhado ao HETSHL

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

☐ Residencia	☐ Transferido	☐ Desistencia	☐ UTI
☐ Alta a pedido	☐ Enfermaria	Obito: ☐ Atestado	☐ SVO ☐ TML

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

posicionamento da paciente

anupina e antianupina

colocação de campos conforme habitual

Incisão: NÃO houve

Achados: FCC dorso radial de 5 cm.

ami amputação polegar

fratura exposta base 1º polegar

unho fixo digital ulnar, unho auto + matriz ungual

ulnar + contaminação

Conduta:

lavagem + debridamento

reconstrução matriz ungual

fixação da fratura com 2 Fx - cuidado manutenção da
redução e posicionamento dos implantes sob enopla

Fechamento: sutura da pele

curativo oculto

OBS: ATB profilaxia 3 a 5 dias

observar evolução partes moles.

Dr. André H. Nascido
Cirurgião e Traumatologista
CRM 10383 1995-13.7.1

Data: 03/08/18

MÉDICO/CRM

FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Data da Admissão: 03 / 08 / 18

Nome: BRUNDA YAGND FERREIRA PAZ

Prontuário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____

Nome da Mãe: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____

Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____

Escolaridade: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

QPD: DT 03/08/18 MT moto deformidade polegar

HDA: relata expensão ósea e deformidade do polegar (D) na
5 horas

Medicações em uso: ninguém

Interrogatório Sintomatológico:

Geral: [] Febre [] Astenia [] Anorexia [] Perda de Peso _____ Kg em _____ [] Prurido [] Sudorese
[] Calafrios [] Alopecia [] Adenomegalias [] Icterícia [] Tonturas [] Outros: _____

Pele: _____

Cabeça e Pescoço: [] Cefaléia [] Espirros [] Rinorréia [] Obstrução Nasal [] Epistaxe
[] Dor de Garganta [] Bócio [] Rouquidão [] Disfagia Audição: _____ Visão: _____

AR e ACV: [] Dor _____ [] Tosse [] Expectoração [] Hemoptise
[] Dispnéia [] Palpitações [] Desmaio [] Cianose [] Edema _____ Outros: _____

ABD: [] Dor _____ [] Pirose [] Solução [] Regurgitação [] Hematêmese [] Náuseas
[] Vômitos [] Dispepsia [] Diarréia [] Melena [] Enterorragia [] Constipação [] Aumento de volume

AGU: [] Disúria [] Incontinência [] Retenção [] Poliúria [] Oligúria [] Noctúria [] Hematúria
[] Mal Cheiro [] Corrimento [] Outras: _____

SME: [] Dor _____ [] Rigidez pós-reposou [] Deformidades
[] Artralgia [] Calor [] Rubor [] Edema [] Crepitação [] Fraqueza [] Atrofia [] Espasmos

SN e PSQ: [] Insônia [] Sonolência [] Convulsões [] Motricidade e Sensibilidade _____
[] Amnésia [] Libido [] Humor

Antecedentes Pessoais e Hábitos:Doenças Anteriores: NUNCA

Alergias: _____

Cirurgias: _____ [] HTF

[] HAS [] DM [] TB [] HEP [] Dislipidemia [] Banho de Rio [] Casa de Taipa

[] Trauma _____ [] Neo _____ [] Tabagismo _____

[] Alcoolismo _____

Exercício Físico: _____ Alimentação _____

Antecedentes Familiares:

HAS _____ DM _____ TB _____ NEO _____

Dislipidemias _____

Exame Físico:

Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC = _____ PA = _____ mmHg

FC = _____ FR = _____ TEMP(°C) = _____

Geral: _____

Cabeça e Pescoço (ORF e Otoscopia): _____

Gânglios: _____

Pele: lesão dorso ulnar externa do polegar ①simi amputação nível falange distalACV: contaminação importante com graxa

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: peritônio OKSN: hipocondria digital ulnar polegar ?Resultados de Exames Complementares: RX fratura exp polegar FD ①Hipóteses Diagnósticas: simi amputação polegar ①Conduta: ao bloco cirúrgico de urgênciaoriento sobre risco de infecção, pseudoartrose e amputação
devido gravidade da lesão.

Dr. André H. Nogueira
Ortopedia e Traumatologia
CRM-10394-PA - 12.7.04



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <u>Brenda Ynez F. Paiz</u>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <u>22</u>	SEXO <u>Fem.</u>	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <u>03/08/18</u>		DATA DE ALTA <u>06/08/18</u>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <u>Ex. de pele por cont. de 1º AD + Fract.</u>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS <u>Base FO por pele (Ex. epiderm)</u>					
PRINCIPAIS EXAMES <u>Rpt. exame físico</u>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <u>Fract. cirúrgica</u>					
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA					
ANATOMIA PATOLÓGICA					
INFECÇÃO F.O. ☐ SIM ☐ NÃO		COLETA DE MATERIAL ☐ SIM ☐ NÃO			
RESULTADO BACTERIOLOGIA					
CONDIÇÃO DE ALTA ☐ MELHORADO ☐ REMOVIDO ☐ A PEDIDO ☐ CURADO ☐ ÓBITO					

RESUMO CLÍNICO (HISTÓRIA, EVOLUÇÃO, TERAPÊUTICA, COMPLICAÇÕES)

Doente submetido a tratamento cirúrgico por fratura de
ulna após trauma hospitalar e acompanhamento clínico

ORIENTAÇÕES PÓS ALTA

DIETA:

REPOUSO:

Relativo em casa por _____ dias.

Retorno às atividades sem esforço físico em _____ dias.

Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.

CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lavá-la com água e sabão duas vezes por dia. Se sentir dor, calor, vermelhidão ou "inchaço" no local, ou se ocorrer febre, procurar imediatamente este Complexo Hospitalar.

MEDICAÇÕES PARA CASA:

Acus + Antibiótico

RETORNO

Ao posto de saúde em
Ao Ambulatório do

Dra. Juliana

para retirada de pontos.
em 30 dias para revisão.

06/08/18

DATA

ASS. MÉDICO / CRM

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



CARTÃO DE RETORNO

PACIENTE: Brenda Yngid F. Paz

DATA DO ATENDIMENTO: 03 / 08 / 18

□ N° PRONTUÁRIO: _____ □ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): D. Andrija

DIAGNÓSTICO: FX. ligamento de I.º UAD

PROCEDIMENTO: _____

test. *linguo*

**SEMPRE QUE RETORNAR AO HOSPITAL É
NECESSÁRIO APRESENTAR ESTE CARTÃO.**

Retorno em 07 a 10 de...

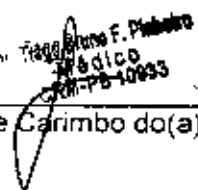
[illegible]



ATESTADO MÉDICO

Atesto para os devidos fins que, a pedido do(a)
Sr.(a) Branda Ynguez Ferreira Paz portador(a) da
identidade RG _____, que o(a) mesmo(a)
foi atendido(a) por mim no dia de hoje, às 9 horas, portador(a) da
patologia CID-10 _____, devendo permanecer afastado(a)
de suas atividades laborativas por um período de 60
(seis) dias, a partir desta data. 03/08/18

João Pessoa, 06/08/18


Assinatura e Carimbo do(a) Médico(a)

AUTORIZAÇÃO

Eu, _____, autorizo o(a)
Dr.(*) _____, a registrar o diagnóstico
codificado CID-10 ou por extenso neste atestado médico.

Assinatura do(a) paciente ou responsável legal

1ª VIA-PACIENTE

2ª VIA ANEXA AO PRONTUÁRIO DE ATENDIMENTO



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Brenda Yngary Ferreira Paz

Relatório

DECLARO, PARA FINS TRABALHISTAS,
QUE A PACIENTE BRENDA YNGARY
FERREIRA PAZ SOFREU ACIDENTE
DE TRÔTEO EM 03/08/18 COM
SEMI IMPUNÇÃO DO COTULGAR DIREITO.
FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO
CIRÚRGICO NO MOMENTO DA - NO
MOMENTO SE ENCONTRA EM
SEGMENTO ANQUILOSADE E
REABILITAÇÃO FUNCIONAL
CIR 567

Dr. Rafael A. Valeski
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB: 12244 / IEP-18821

22/05/19



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3016-2020
PUNA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SOL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR

LAUDO MÉDICO

Declaro, para fins trabalhistas, que a paciente Brenda Yngryd Ferreira Paz sofreu acidente de moto no dia 03/08/18 evoluindo com semiamputação do polegar D. Foi submetida à tratamento cirúrgico de urgência no mesmo dia. No momento se encontra em seguimento ambulatorial e reabilitação funcional.

CID: S62

João Pessoa, 18 de setembro de 2018.

Dra. Andrea H. Nasralla
Cirurgia da Mão
CRM 10.582 TEP 13.745

Dra. Andrea H. Nasralla – CRM-PB: 10.582



CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Brenda Yngnid Ferrera Paz

Laudo médico

ocorrido, para fins de DPVT, que a paciente supracitada
apresentou acidente de moto x carro no dia 03/08/18
avaliando com diagnóstico de amputação traumática
do polegar (D) a fratura exposta da falange do
polegar foi submetida à tratamento cirúrgico de urgência
com fixação da fratura e reconstrução do dedo anelar.
No momento apresenta deformidade para ulnar polegar
(D) como aquela do trauma e arco de movimento
funcional em dor.

CID S62/792

30/08/19

Dra. Andrea H. Nasralla
Ortopedia/Cirurgia de Mão
CRM 10.582-TEOP 13.145



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 33 3015 2029
PRAIA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 33 3226 7555
SBL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 33 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR

MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012973843393
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA - COD RENAVAM PRT 20160000485794-7
1 0110152989-7 00/00000000 2016

VERONICA VICENTE FERREIRA

88502643487

QFY1537/PB

NOVO PB

9C2KC2200HR006492

PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

ALCO/CASOL

HONDA/CG 160 FAN ESDI

2016 2017

2 P/162 /CI

PARTIC

PRETA

IPVA PAGO EM 08/11/2016

0

PRÊMIO TARIFARIO (R\$) - DEF (R\$) - PRÊMIO TERCIAIS (R\$) - C. T. DE FIANCAMENTO
***** SEGURO P A G O 08/11/2016

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

DAYEUX-PB

41947

11/11/2016

2472

PB Nº 012973843393

ESTE É O SEU ENLACE DO SAC DO DETRAN
PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE O
AS CONDIÇÕES GERAIS DE CONTRATO
WWW.DETRANPB.PB.GOV.BR
SAC DETRAN 0800 011 1111

2016 11/11/2016

1 88502643487

QFY1537/PB

01101529897 HONDA/CG 160 FAN ESDI

2016

9

9C2KC2200HR006492

PRÊMIO TARIFARIO

SEGURO

P A G O

08/11/2016

SEGURODORA LDBR

2472-0912337-20161111

DUT



JUL-2016



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

C: 491219 Laudo nº: 03.01.06.082019.22704

LAUDO TRAUMATOLÓGICO

Ferimento ou ofensa física

Data do exame: 30/08/2019 Hora do exame: 12:22

PREÂMBULO: Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital, Nº da Solicitação: 267/2019 Autoridade Solicitante: Marcos Antonio Vasconcelos. Nome: BRENDA YNGRID FERREIRA PAZ, 23 anos, sexo: feminino Raça/cor: pardo filho(a) de: Regivaldo Paz da Silva e de: Maria Luciana Ferreira da Silva, Estado civil: solteira(a). Nacionalidade: brasileira. Natural de: João Pessoa/PB. Profissão: funcionária publica estadual.

HISTÓRICO: Conta que por volta das 14:15 horas do dia 03/08/2018 foi vítima de acidente de trânsito na Av: Getúlio Vargas.

DESCRIÇÃO: A periciada apresenta cicatriz de forma irregular normocrômica e normotrófica na face dorsal e palmar do polegar direito, com diminuição da força e movimentação funcional e segundo laudo de atendimento foi atendida no dia 03/08/2018 por volta das 18:11 horas vítima de acidente de trânsito apresentando fratura exposta do polegar direito tendo sido submetida a procedimento cirúrgico de redução da fratura e reconstrução da falange distal por CID S62/T92.0

QUESITOS:

- 1) Há ferimento ou ofensa física? SIM.
- 2) Qual o meio que o ocasionou? AÇÃO CONTUNDENTE.
- 3) Houve perigo de vida? NÃO.
- 4) Resultou debilidade permanente de membro, sentido ou função? SIM, debilidade na função de preensão da mão direita.
- 5) Resultou incapacidade para as ocupações habituais por mais de trinta dias? sim por fatura exposta do polegar direito.
- 6) Provocou aceleração de parto? NÃO.
- 7) Resultou perda ou inutilização de membro, sentido ou função? NÃO.
- 8) Originou incapacidade permanente para o trabalho ou enfermidade incurável? NÃO.
- 9) Resultou deformidade permanente? NÃO.
- 10) Provocou aborto? NÃO.

DR. DELFIN SOARES
PERITO OFICIAL MÉDICO LEGAL
MAT.75.821-3





GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DE ESTADO DE SEGURANÇA E DEFESA SOCIAL
INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA
NÚCLEO DE MEDICINA E ODONTOLOGIA LEGAL

LESÃO CORPORAL



03.01.06.082019.22704

BRENDA YNGRID FERREIRA PAZ

Órgão Requisitante: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

Dr(a): Marcos Antonio Vasconcelos

Remeter para: Delegacia de Acidentes de Veículos da capital

Dr(a): Marcos Antonio Vasconcelos

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413915/19

Vítima: BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

CPF: 060.868.464-30

CPF de: Próprio

Data do acidente: 03/08/2018

Titular do CPF: BRENDA YNGRYD
FERREIRA PAZ

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

Outros



BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ : 060.868.464-30

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: 25/11/2019
Nome: BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ
CPF: 060.868.464-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES



Olá, Brenda.

Esta é a sua fatura de agosto, no valor de R\$ 699,29

VENCIMENTO 17 AGO 2019

PAGAMENTO MÍNIMO R\$ 104,89



Sua maior compra foi de R\$ 130,00 em **Mercadopago *Pedrodire** no dia 10 JUL



A categoria com mais compras foi **Outros**, com 4 compras



Você fez 2 compras em **Universidade Estacio D**



Para pagamentos com leitor de código de barras.



BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ
FATURA 17 AGO 2019 EMISSÃO E ENVIO 10 AGO 2019

RESUMO

5234 0628

VALORES EM R\$

Fatura anterior	749,29
Pagamento recebido	749,29
Total de compras, 10 JUL a 10 AGO	699,29

TOTAL A PAGAR

R\$ 699,29

LIMITE TOTAL

R\$ 1.700,00

LIMITE DE SAQUE TOTAL

R\$ 85,00

PAGAMENTO MÍNIMO

R\$ 104,89

+ R\$ 86,94 de juros e IOF na próxima
fatura em caso de pagamento mínimo

Esta fatura consolida todos os eventuais débitos anteriores.

Se o valor total não for pago, serão cobrados juros e IOF sobre a diferença entre o valor total e valor pago, além de multa, caso o pagamento realizado seja menor que o mínimo.

Se existir algum valor em aberto da última fatura e ele não for pago junto com o mínimo da fatura fechada, faremos um parcelamento de fatura em até 12x. O número de parcelas pode ser alterado em seu aplicativo ou em contato com o atendimento, até o vencimento de sua fatura. Para mais informações, visite <https://nubank.com.br/rotativo-e-parcelamento>

Para pagar a fatura antes do vencimento, acesse o painel de Cartão na tela inicial do app e, em seguida, os detalhes da "Fatura Atual", toque em "Gerar boleto" e defina o quanto deseja pagar. Para finalizar, selecione "Gerar Boleto" novamente. Quando a fatura atual fechar, esse pagamento antecipado será automaticamente descontado do valor total.

Para antecipar o parcelamento da fatura, entre em contato por um dos nossos canais de atendimento até 2 dias úteis antes do fechamento da mesma.

Nu Pagamentos S.A.
CNPJ 18.236.120/0001-58
Rua Capote Valente, 39 - Pinheiros
São Paulo/SP - 05409-000
0800 591 2117

Encargos e Custo Efetivo Total (CET) válidos para o próximo período

Saque Nacional IOF de 0,38% + IOF diário até o vencimento de 0,0082%
Saque Internacional IOF de 6,38%

Juros rotativo até 14% an CET 385,10% aa
Juros de parcelamento mandatório até 13,75% an CET 372,64% aa
Juros de parcelamento voluntário até 13,75% an CET 372,64% aa
Juros e mora em caso de atraso até 15% an + 2% multa CET 561,38% aa

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413915/19

Vítima: BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

CPF: 060.868.464-30

Seguradora: SANCOR SEGUROS DO BRASIL S. A.

Data do acidente: 03/08/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRENDA YNGRYD
FERREIRA PAZ

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Laudo do IML - Lesões corporais
Outros

BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ : 060.868.464-30

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: 25/11/2019
Nome: BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ
CPF: 060.868.464-30

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: AGNES CRISTINA GUEDES LOPES
CPF: 156.118.057-28

BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ

AGNES CRISTINA GUEDES LOPES