



Número: **0803532-62.2020.8.15.2003**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **2ª Vara Regional Cível de Mangabeira**

Última distribuição : **30/06/2020**

Valor da causa: **R\$ 3.375,00**

Assuntos: **Seguro, Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BRENDA YNGRYD FERREIRA PAZ (AUTOR)		VILSON DE SOUSA E SILVA (ADVOGADO) LUCIANO DA SILVA MENEZES (ADVOGADO)	
SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU)			
ROSANA BEZERRA DUARTE DE PAIVA (TERCEIRO INTERESSADO)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
35251 621	08/10/2020 09:50	2755204_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, 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

Carta nº 15159930





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, 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

Pag. 00297/00298 - carta_31 - INVALIDEZ

00050149



Carta nº 15179143





PEDIDO DO SEGURO I

Autorização de pagamento

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 Yngnyd 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 Yngnyd Ferreira Paz

060.868.464-30

7 - Profissão:

8 - Endereço:

9 - Número:

10 - Complemento:

Secretaria R. Guerling Kubitschek

708

Casa

11 - Bairro:

12 - Cidade:

13 - Estado:

14 - CEP:

Sádim Aeroporto Bayeux

PB

58308220

15 - E-mail:

16 - Tel.(DDD):

BrendaYngnyd2010@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 POLIPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)☐ Bradesco (237)☐ Itaú (341)☐ Banco do Brasil (001)☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA:

CONTA:

(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/embolso 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 discordo 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 nascos)?

☐ 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

Assinatura
de quem
for a vítima 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:

João Pessoa - PB - 14/11/2019

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Brenda Yngnyd Ferreira Paz

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

001 V002/2019

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 à 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 LegalPreencher 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 representadas:

- 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.seguradorelidel.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 8185
SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06
Ouvidoria: 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 3099516 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 Suscep 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) 0617 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 2019
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.



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



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍB

Boletim de ocorrência



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 Secretária, 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:

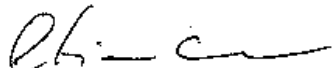
Local: Av. Presidente Getúlio Vargas, Em Frente Ao Lyceu., João Pessoa/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 03/08/18 14:15h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 5.503/97 ART. 303 § 1º: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

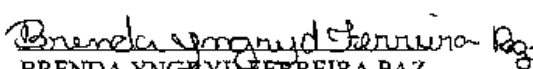
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

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 BURITTY, onde foi diagnosticado FRATURA EXPOSTA DO POLEGAR DIREITO COM SEMIAMPUTACÃO 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, expeço 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, JARDIN 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. 182.362.1/IPC
Recebido em 30/08/2019

Marcos Antonio Vasconcelos
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.

Documento de Referência	Código de barras	Data de vencimento	Valor cobrado
Nu Pagamentos S.A.	18236120000158	19/08/2019	699,29
Agência/Conta de Débito	Número do documento	Autenticação por código	
---	28/00097341166-5		



237-2

23793.38128 60009.734116 66000.063306 1 79860000069929

Pagável preferencialmente na Rede Bradesco ou Bradesco Expresso						Data de vencimento	
Nu Pagamentos S.A.						19/08/2019	
Código de barras						Agência/Conta de Débito	
18236120000158						---	
Data de emissão	Número do documento	Especie	Moeda	Data de vencimento	Número do documento		
10/08/2019	97341166	DM	N	10/08/2019	28/00097341166-5		
Valor do boleto	Cidade	Estado	País	Valor cobrado	Valor cobrado		
26	RS	RS		699,29	699,29		
Instruções:						Código de barras	
Sr. Caixa:						0,00	
1) Não aceitar pagamento em cheque;						Código de barras	
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.						Código de barras	
						0,00	
Nu Pagamentos S.A.						0,00	
Pagador						06086648430	
Brenda Yngryd Ferreira Paz							
Rua Juscelino Kubitschek 708 casa							
58308320 - Jardim Aeroporto - Bayeux PB							

Código de barras

Autenticação por código

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 - Maca - 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	13,79
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 da Pista Seca
Condições do Tempo Bom	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
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 26/17/2021	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Permaneceu no local		

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 Jó 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
Ex.méd./Dia Sim	Data Vencimento 17/10/2018	Usava cinto -	Usava Capacete -
Exame de Embriaguez Alcoólica Não	Destino do Condutor Permaneceu no local		

VEÍCULO 02

Marca/Modelo Honda XRE 300	Espécie Motocicleta	Placa OGE 0499	Categoria Particular	Município João Pessoa	U.F. PB
Nome do Proprietário Gabriel Jó 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.

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:50:47
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809504770800000033684201
Número do documento: 20100809504770800000033684201



CONTINUAÇÃO DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO - BOAT Nº 0537 - 2018

CONDUTOR 03

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

VEÍCULO 03

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

VÍTIMA 01

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

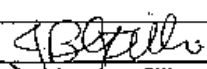
CONSTATADO

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.


Igrinaldo Brandão Gonzaga Filho – Soldado 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



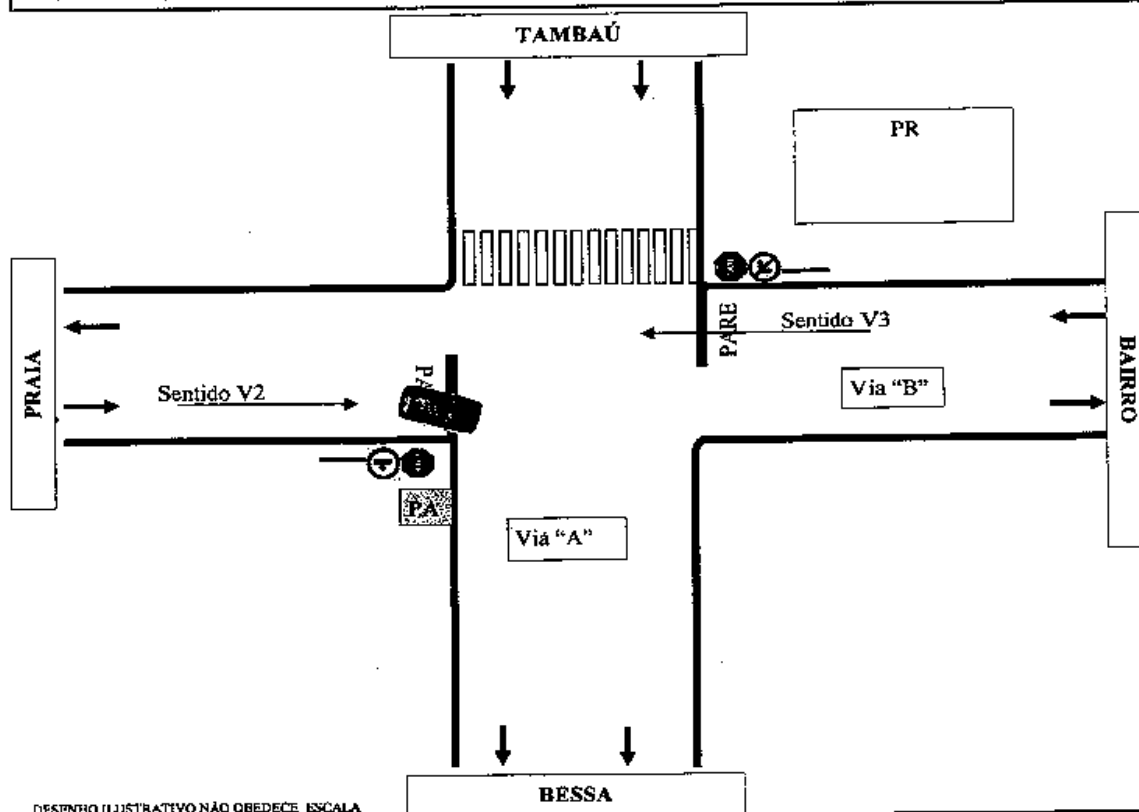
CROQUI DO BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0706/ 2018

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



AVARIAS



V1



V2



V3

BATALHÃO DE TRÂNSITO URBANO E RODOVIÁRIO
Cópia 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 Getulio Vargas 15,00metros

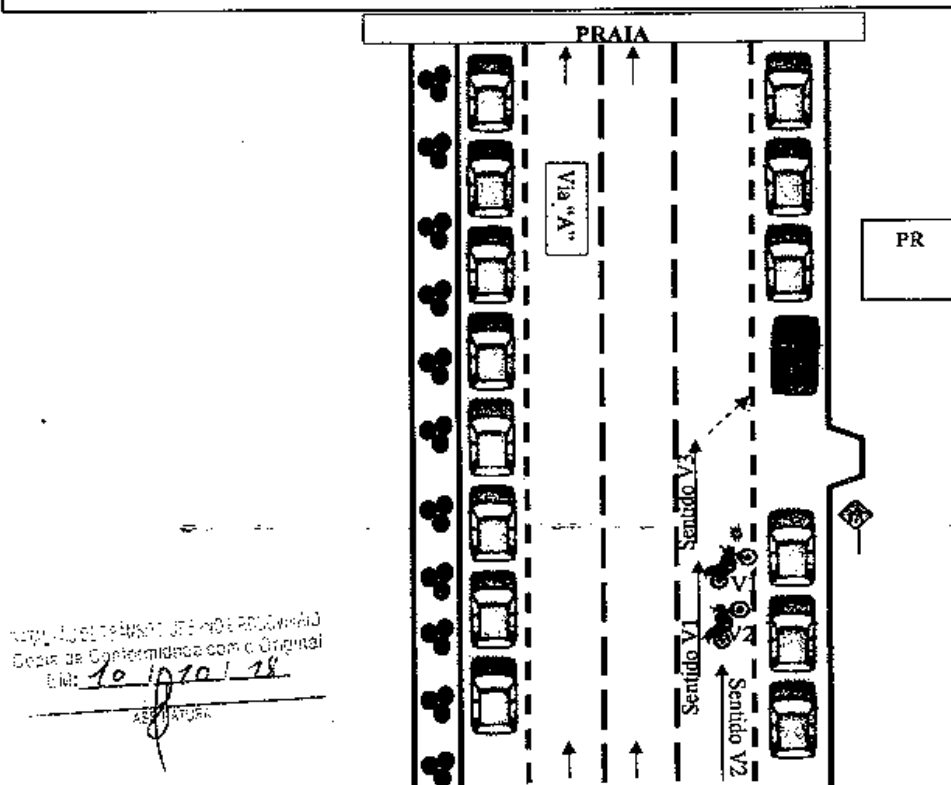
PR (Ponto de Referência) Lyceu Paraibano

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)



COPIA FOTOCOPIADA DE BOLETIM DE OCORRÊNCIA
DE ACIDENTE DE TRÂNSITO
Data de Conferência com o Original
Data: 10/10/2018

ASSINATURA

DESENHO ILUSTRATIVO NÃO OBEDECE ESCALA

AVARIAS



V1



V2



V3

Igrinaldo Brandão 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0537/ 2018

FOTOS DO V1

FRENTE (V1)



TRASEIRA (V1)



LATERAL DIREITA (V1)



LATERAL ESQUERDA (V1)



10/10/2020 09:50:47
SUELIO MOREIRA TORRES
10/10/2020

2

438
Igrinaldo Brandão 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0537/ 2018

FOTOS DO V2

FRENTE (V2)



TRASEIRA (V2)



LATERAL DIREITA (V2)



LATERAL ESQUERDA (V2)



10/10/2018 09:50:47
10/10/18

[Signature]
Igrinaldo Brandão 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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO Nº 0537/ 2018

FOTOS DO V3

FRENTE (V3)



TRASEIRA (V3)



LATERAL DIREITA (V3)



LATERAL ESQUERDA (V3)



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:50:47
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809504770800000033684201
Número do documento: 20100809504770800000033684201

4
Igrinaldo Brasilão 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	Item	Nome da Peça	Sim	Não
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	Amortecedor traseiro		x
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	Item	Nome da Peça	Sim	Não
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	Amortecedor traseiro		x
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: NOB 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	Item	Nome da Peça	Sim	Não
01	Painel corta-fogo		x	12	Longarina traseira esquerda		x
02	Longarina dianteira esquerda		x	13	Assolho 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	Assolho central direito		x
10	Caixa de roda traseira esquerda		x	21	Caixa de roda dianteira direita		x
11	Assolho central esquerdo		x	22	Longarina dianteira direita		x
Total Geral (Sim + NA)						00	

Observações: DANO DE PEQUENA MONTA

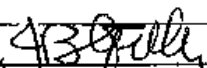
AValiação POR DANO:

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 Legitimante



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:50:47

http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809504770800000033684201

Número do documento: 20100809504770800000033684201

Num. 35251621 - Pág. 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

Nome: BRENDA YNGRID FERREIRA PAZ Num. de vezes atendido: 1
CNS: 201175498050003 Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988874920 Num. Prontuario: 2018.08.000419
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 Etia: SEM INFORMACAO
Ocupacao: SECRETARIO SEM ESPECIFICACAO Estado Civil: NAO INFORMADO
INFORMACOES DE ENTRADA Escolaridade:
Resp.: BRENDA YNGRID FERREIRA PAZ
Tel/Doc. Responsavel: 988874920 / SEM DOCUMENTO: SD
Precedencia: HOSPITAL HUMBERTO LUCENA (TRAUMA)

Transporte utilizado: AMBULANCIA

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

Vitima de violencia por: A TARDE, PASSAGEIRA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificacao de Risco: AMARELO

PA: FR:
FC: TP:
Peso: Altura:
Glicemia: IMC:
Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave
[] Politraumatizado [] Convulsao
[] Hemorragia [] Dispneia
[] Diarreia [] Agitado
[] Regular [] Chocado
[] Vomito
Observacao

Queixa Principal

NATURA DE FALNGE

SOLICITACAO DE URGENCIA NO ENCAMINEAMENTO DO
HEETSHL

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Paciente vítima de acidente de moto
do qual resultou trauma em membro
superior apresentando fratura exposta de fmo

Diagnostico

[] Conduta

Prescricao

[] Horario da medicacao

Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:50:47
http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809504770800000033684201
Número do documento: 20100809504770800000033684201

Solicitado cc de urgência
Paciente encaminhado ao HETSHL



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Assinatura da Enfermagem | Reservado p/ liberacao

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





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: Brenda Yngnel Ferreira Paz				Registro:	
Idade:	Sexo: F	Cor:	Clínica: Ortop	EMP:	LR:
Data: 03/08/18	Cirurgião: Dra. Andrea Nascila			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
amputação polgar ①					
contusão axila do dedo					
lesão fave neurovascular digital ulnar					
Fratura base FO polgar exposta G IIIA					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
amputação ungueal					
debridamento					
reconstrução matriz ungueal					
fixação com FK					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 () Sim 2 (X) Não				Descreva:	
Biópsia de Congelação: 1 () Sim 2 (X) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 (X) Enfermaria 2 () Terapia Intensiva 3 () Residência 4 () Óbito durante o Ato Cirúrgico					

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

posicionamento da paciente
 supina e antissupina
 colocação de campos conforme habitual

Incisão: NÃO houve

Achados: FCC dorso radial de 5 cm.
 amputação polgar
 fratura exposta base 1º dedo
 lesão flexão digital ulnar, lesão auto + manz ungueal
 ulnar + contusão

Conduta:

lavagem + debridamento
 reconstrução manz ungueal
 fixação da fratura com 2 Fx - cuidado manutenção da
 redução e posicionamento dos implantes sob enófia

Fechamento: sutura da pele
 curativo oclusivo

OBS: ATB profilaxia 3 a 5 dias
 observar evolução partes moles.

Dr. Anderson H. Moreira
 CRM 10.582.199-13

Data: 03/08/18

MÉDICO/CRM

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA

Nome: <u>Aranda Vinícius Ferreira Paz</u>		Data da Admissão: <u>03 / 08 / 18</u>	
Prontuário: _____	Idade: _____	Enfermaria: _____	Leito: _____
Nome da Mãe: _____		Bairro: _____	
Endereço: _____		Profissão: _____	
Cidade: _____	Estado: _____	Fone: _____	Religião: _____
Sexo: F () M ()	Cor: _____	Estado Civil: _____	Data de Nascimento: ____/____/____
Escolaridade: _____		Data de Nascimento: ____/____/____	
QPD: <u>DT 03/08/18 MT mofo deformidade pelizar</u>			
HDA: <u>relata exposição óssea e deformidade de pelizar (D) na</u>			
<u>5 horas</u>			
Medicações em uso: <u>nenhuma</u>			
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 ☐ Dispneia ☐ Palpitações ☐ Desmaio ☐ Cianose ☐ Edema _____ Outros: _____			
ABD: ☐ Dor _____ ☐ Pirose ☐ Solução ☐ Regurgitação ☐ Hematemese ☐ 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-reposouso ☐ Deformidades ☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos			
SN e PSQ: ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade _____ ☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor _____			

Rua Ag. Fiscal José Costa Duarte, S/N, CEP 58056-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 08/10/2020 09:50:47

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20100809504770800000033684201>

Número do documento: 20100809504770800000033684201

Antecedentes Pessoais e Hábitos:

Doenças Anteriores: NENHUMA

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 (D)

simil amputação nível falange distal

ACV: contaminação importante com graxa

AR: _____

ABD: _____

AGU: _____

SME: peritônio OK

SN: hipócrato digital ulnar polegar?

Resultados de Exames Complementares: RX fratura exp polegar FD (D)

Hipóteses Diagnósticas: simil amputação polegar (D)

Conduta: ao bloco cirúrgico de urgência
oriento sobre risco de infecção, pseudoarton e amputação
devido gravidade da lesão

Dr. André H. Moreira
Ortopedia e Traumatologia
CRM 10346 - RPP - 12748





LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME <i>Bueno Ynguel F. Daiz</i>				PRONTUÁRIO Nº	
IDADE <i>22</i>	SEXO <i>Em.</i>	COR	CLÍNICA	ENF.	LEITO
DATA DE ADMISSÃO <i>03/08/18</i>		DATA DE ALTA <i>06/08/18</i>		TEMPO DE PERMANÊNCIA	
DIAGNÓSTICO INICIAL <i>Fr. de falange distal de 1º AD + Frat.</i>				CID	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO <i>Base PD polegar (Fr. - espata)</i>					
OUTROS DIAGNÓSTICOS					
PRINCIPAIS EXAMES <i>Rpt exames fríos</i>					
PROCEDIMENTO REALIZADO: <i>frat. simples.</i>					
TERAPIA FARMACOLÓGICA					
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)					
<i>Paciente submetido a tratamento cirúrgico sem intercorrência, adequado para alta hospitalar e acompanhamento ortopedico lateral.</i>					
ORIENTAÇÕES POS ALTA					
DIETA:					
REPOUSO: Relativo em casa por _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico em _____ dias. Retorno às atividades com esforço físico leve em _____ dias e com esforço maior em _____ dias.					
CUIDADOS COM A FERIDA OPERATÓRIA: Lave-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: <i>Ans + Antibiótico</i>					
RETORNO Ao posto de saúde em _____ para retirada de pontos. Ao Ambulatório do <i>Dr. Andria</i> em 30 dias para revisão.					
DATA <i>06/08/18</i>				ASS. MÉDICO / CRM	
Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar Para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO.					





PACIENTE: Brenda Yngid F. Paz

DATA DO ATENDIMENTO: 03 / 08 / 18

□ N° PRONTUÁRIO: _____ □ FICHA: _____

MÉDICO (CARIMBO): D. Andrija

DIAGNÓSTICO: FX. Infractura de 1.º UMD

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 (sessenta) 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) _____ 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

Rua Ag. Fiscal José Costa Oliveira, 674, CEP 58058-384, Mangabeira II, João Pessoa - PB.





Brenda Yngely Figueira Paz

Relatório

Declaro, para fins trabalhistas,
que a paciente BRENDA YNGELY
FIGUEIRA PAZ sofreu acidente
de moto em 03/08/18 com
semi amputação do membro direito.
Foi submetida à amputação
cirúrgica no mesmo dia. No
momento se encontra em
segmento amputatório e
reabilitação funcional
cirúrgica.

Dr. Rafael A. Vilela
Ortopedia e Traumatologia
Ortopedia Pediátrica
CRM-PB: 12244/1607-18021

22/05/19



CENTRO - Av. Getúlio Vargas, 126 - 83 3016-2029
PRIMA - Av. General Edson Ramalho, 479 - 83 3226 7555
SOL - Av. Walfredo Macedo Brandão, 1011 - 83 3235 4348

WWW.CLINOR.COM.BR



**REDE
HAPVIDA**

Av. Júlia Freire, 1058 – Expedicionários, João Pessoa-PB

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 T89T-13.745

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





CLINOR

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Brenda Yngnid Ferrera Paz

laudo médico

declaro, para fins de DPVT, que a paciente supracitada apresentou acidente de moto x carro no dia 03/08/18 evoluindo 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 de neurovascular. No momento apresenta deformidade funcional polegar (D) como aquela do trauma e arco de movimento funcional sem dor.

CID S62 / 792

30/08/19

Dra. Andreia H. Nasralla,
Ortopedia/Cirurgia de Mão
CRM 10.582-TCO/13-45



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

WWW.CLINOR.COM.BR





Documentos de identificação



MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB Nº 012973843393

CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA - CDD RENAVAM PRT 20160006485794-7 EXERCÍCIO

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 /C1 PARTIC PRETA

IPVA PAGO EM 08/11/2016

PREMIO TARIFARIO (R\$) OF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) 0 11/11/2016

SEGURO PAGO

A.F ADM DE CONC NACION HONDA LTDA

0

DAYEUX-PB 41947 11/11/2016

2472

ADICIONAIS DE TAXA DE REGISTRO DO VEICULO E CARGA DE PESSOAS

TRANSPORTE DAS QUILAS, SEGURO PRIVAT

FE Nº 012973843393

ESTE É O SEU BILHETE DO SACO DE

PARA MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE

AS CONDIÇÕES SERÃO DE CONHECER

WWW.BAYEUXSEGUROCHONDA.COM

SAC PRIVAT 0000 0000 0000

2016 11/11/2016

88502643487 QFY1537/PB

01101529897 HONDA/CG 160 FAN ESDI

2016 9 9C2KC2200HR006492

PRÊMIO TARIFARIO

PREMIO TOTAL (R\$) 0 11/11/2016

SEGURO PAGO

08/11/2016

SEGURO PAGO

08/11/2016

2472-0912337-20161111

OUT





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: funcionaria 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
Seque Nacional IOF de 0,38% + IOF diário até o vencimento de 0,0082%
Seque Internacional IOF de 6,38%
Juros rotativo até 14% an CET 385,16% an
Juros de parcelamento mandatório até 13,75% an CET 372,64% an
Juros de parcelamento voluntário até 13,75% an CET 372,64% an
Juros e multa em caso de atraso até 15% an + 2% multa CET 561,38% an



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

