

---

**Rio de Janeiro, 27 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200041411**

**Vítima: NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

**Data do Acidente: 08/05/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

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, 29 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200041411**

**Vítima: NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

**Data do Acidente: 08/05/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.

O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

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, 28 de Janeiro de 2020**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200041411**

**Vítima: NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

**Data do Acidente: 08/05/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

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, 19 de Fevereiro de 2020

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3200041411**

**Vítima: NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

**Data do Acidente: 08/05/2016**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 675,00

Dano Pessoal: Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer

um dos dedos do pé 10%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 10%) 5,00%

Valor a indenizar: 5,00% x 13.500,00 = R\$ 675,00

Recebedor: **NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

Valor: **R\$ 675,00**

Banco: **104**

Agência: **000003487**

Conta: **0000027152-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: [www.seguradoralider.com.br/recomeco](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 043.183.684-48 Nome completo da vítima: Nayara Braga Albuquerque

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

Nome completo: Nayara Braga Albuquerque CPF: 043.183.684-48

Profissão: Estudante Endereço: Rua Agostinho Quintez de Sousa Número: 205 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Mangabeira Cidade: Jaraguá Estado: PR CEP: 58000-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DOB): (83) 99811-5088

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 271 52 6 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.

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar em 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Jaraguá PR, 24/03/2020

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Nayara Braga Albuquerque

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e  
Quantificação de Lesões Permanentes em Vitimas do Seguro DPVAT**

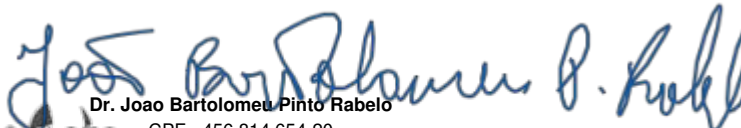
**Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo**

Número do Sinistro: 3200041411  
Nome do(a) Examinado(a): Nayara Braga Albuquerque  
Endereço do(a) Examinado(a): Rua Agostinho Queiroz de Souza, 255  
Mangabeira Joao Pessoa PB CEP: 58059-328  
Identificação – Órgão Emissor / UF / Número: [ SDS / PB ] 4121707  
Data local do acidente: [ 08/05/2016 ]  
Data local do exame: [ 03/02/2020 ] Joao Pessoa [ PB ]

**Resultado da Avaliação Médica**

- I. Descreva o(s) diagnóstico(s) da(s) lesão(ões) efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado:  
**FRATURA EXPOSTA DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO.**
- II. Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.  
**Tratamento: REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO COM LIMPEZA CIRÚRGICA, DESBRIDAMENTO E IMOBILIZAÇÃO.**  
**Complicações: CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO QUINTO DEDO DO PÉ DIREITO.**  
**Data da Alta: 08/07/2016**
- III. Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado:  
**AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUINTO DEDO DO PÉ DIREITO, DEFORMIDADE, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA.**
- IV. Nexo de casualidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?  
**(X) Sim** ( ) Não
- V. Existe sequela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível à qualquer medida terapêutica)  
**(X) Sim** ( ) Não
- VI. Descrever objetivamente as sequelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente:  
**APRESENTA DEFORMIDADE, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO.**  
Caso a resposta do item V seja "Não", concluir utilizando apenas as opções no item VII "a". Caso a resposta seja "Sim", valorar o dano permanente no item VII "b"
- VII. Segundo o previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.
- a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (\*).
- |   |   |
|---|---|
| <p>( ) "Vítima em tratamento"<br/><i>Esta avaliação médica deve ser repetida em      dias</i></p> | <p>( ) "Sem sequela permanente"<br/><i>(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)</i></p> |
|---|---|
- b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.
- |   |   |
|---|---|
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><b>5º DEDO DO PÉ - Lado Direito</b><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/><b>(X) 50% médio</b> ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
| <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p>   | <p>Região Corporal (Sequela):<br/><br/>% do dano: ( ) 10% residual ( ) 25% leve<br/>( ) 50% médio ( ) 75% intensa ( ) 100% completo</p> |
- VIII. (\*) Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou à valoração do dano corporal.

Assinatura d(a)o Médico(a) Examinador(a)  
Carimbo com Nome e CRM

  
**Dr. Joao Bartolomeu Pinto Rabelo**  
CPF - 456.814.654-20  
CRM/PB - 4518





# PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL: \_\_\_\_\_ CPF da vítima: 043.183.684-48 Nome completo da vítima: Nayara Braga Albuquerque

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

Nome completo: Nayara Braga Albuquerque CPF: 043.183.684-48

Profissão: Estudante Endereço: Rua Agostinho Pinheiro de Sousa Número: 205 Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: Mangabeira Cidade: Jaraguá Estado: PB CEP: 58000-000

E-mail: \_\_\_\_\_ Tel. (DOB): (83) 99811-5088

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

**RENDA MENSAL:**

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

## DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 3487 CONTA: 271 52 6 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(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.

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

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

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

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

## DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provar em 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.

Impressão digital da vítima ou beneficiário não obrigatório

Local e Data: Jaraguá PB, 24/03/2020

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A ROGO

Nayara Braga Albuquerque

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura do Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

**TESTEMUNHAS**

1ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

2ª | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA  
COMPLEXO HOSPITALAR MANGABEIRA  
R. AG. FISCAL JOSE COSTA DUARTE, S/N  
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980  
FAX: (83) 3214-1981 CNPJ: 10.202.434/0001-28

Ficha Nr: 850586 Atd: Nao Regular  
Data: 08/05/2016  
Hora: 22:03:47  
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA  
Clinica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Nome: NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE

Num. de vezes atendido: 10

Num. Prontuario: 2009.01.002031

CNS: SEM CNS Sexo: F CERTIDAO DE NASC.: 11048 Fone: 88175337

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 16/01/1996 Id: 20 ano(s)

End.: RUA AGOSTINHA QUEIROZ DE SOUZA, 255 CIDADE VERDE

Bairro: MANGABEIRA Cidade: JOAO PESSOA UF: PB

Pai: JOSIAS ALBUQUERQUE DE SOUZA

Mae: EDILEUSA NUNES BRAGA

Ocupação: ESTUDANTE

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: IRMA ELAINE

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: BAIRRO MANGABEIRA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: COLISAO CARRO X BICICLETA AS 22:00

Vitima de violencia por: NAO

☐ Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco:

PA: FR:  
PCI: TP:  
Peso: Altura:  
Glicemia: IMC:  
Circ. Abd: Q2%:

☐ Aparentemente Sem ☐ Grave  
☐ Politraumatizado ☐ Convulsao  
☐ Hemorragia ☐ Dispneia  
☐ Diarreia ☐ Agitado  
☐ Regular ☐ Chocado  
☐ Vomito

Queixa Principal

Observacao

Trauma R. O. após tropeço  
segundo paciente foi colisão bicicleta x carro  
Nega hemorragia e vômito

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico) Paciente com história de  
colisão com bicicleta há 20 min. Apresenta lesão com  
no. com possível fratura de 5º metacarpo direito. Nega ul-  
ceras, vômitos, RNC. VAT há mais de 10 anos.

Diagnostico

☐ Conduta Avaliação do ortopedico  
R. pé direito

Prescrição

Tilatil 20mg (comp) + AD EV  
6/27/16

Horario da medicacao

Dra. Ingrid  
Cirurgia Geral  
CRM-PB 8074



# BANCO DO BRASIL

## COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

---

DATA DA TRANSFERENCIA: 13/02/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 675,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03487

CONTA: 000000027152-6

---

Nr. da Autenticação 90060C14D1A89585

# BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal

Documento não é responsável de conta

Boleto para pagar pagamento de nota fiscal emitida pela energia elétrica Nº 036.839.583

**energisa**  
L.P. - MANTENHA REALIZAÇÃO

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A  
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680  
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 Insc. Est. 16.016.823-0

## DADOS DO CLIENTE

EDILEUSA NUNES BRAGA  
RUA AGOSTINHO QUEIROZ DE SOUSA 255  
JOÃO PESSOA

## CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1028502-1

## REFERÊNCIA

JAN/2020

## APRESENTAÇÃO

08/01/2020

## CONSUMO

168

## VENCIMENTO

15/01/2020

## TOTAL A PAGAR

R\$ 109,37

Acesse: [www.energisa.com.br](http://www.energisa.com.br)

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 08048.706173 1 81350000010937

Pagador: EDILEUSA NUNES BRAGA CNPJ/CPF: 020.054.954-50

RUA AGOSTINHO QUEIROZ DE SOUSA 255 - MANGABEIRA - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008048708	001028502202001	15/01/2020	R\$ 109,37	

BENEFICIÁRIO: ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A 09.095.183/0001-40

BR230 KM 25, S N - - CRISTO REDENTOR - JOÃO PESSOA / PB - CEP 58071-680

Agência / Código do Beneficiário: 3064-3/2447-3



5/1028502-1



## CERTIDÃO

Nº. 1174/2016

Atendendo solicitação de **NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE** e de acordo com as procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial Nº 850586 e Prontuário Nº 2009.01.002031 pertencentes a requerente que foi atendida no dia 08/05/2016 às 22H03min, vítima de colisão carro/bicicleta, apresentando trauma em mão direita.

Submetido à avaliação médica e exame de imagem, que evidenciou fratura exposta do 5º pododáctilo direito. Realizado procedimento cirúrgico no dia 08/05/2016. Alta dia 10/05/2016.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 10 de Agosto de 2016

  
Médica da Vigilância à Saúde  
CRM/PB 2959

**FICHA DE ADMISSÃO MÉDICA**

Nome: Waxup Braga Data da Admissão: 08/05/16  
Prontuário: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Enfermaria: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
Sexo: F ( ) M ( ) Cor: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Religião: \_\_\_\_\_  
Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: 1/1

QPD: Ex Exp. Sº QHD  
HDA: Paciente com fratura exp. Sº QHD; necessita de fracionamento  
anestesia

Medicações em uso: Ø

**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 ☐ Hematêmese ☐ Náuseas  
☐ Vômitos ☐ Dispepsia ☐ Diarréia ☐ Melena ☐ Enterorragia ☐ Constipação ☐ Aumento de volume


**AGU:** ☐ Disúria ☐ Incontinência ☐ Retenção ☐ Poliúria ☐ Oligúria ☐ Noctúria ☐ Hematúria  
☐ Mal Cheiro ☐ Corrimento ☐ Outros: —

**SME:** ☐ Dor — ☐ Rigidez pós-reposou ☐ Deformidades  
☐ Artralgia ☐ Calor ☐ Rubor ☐ Edema ☐ Crepitação ☐ Fraqueza ☐ Atrofia ☐ Espasmos

**SN e PSO:** ☐ Insônia ☐ Sonolência ☐ Convulsões ☐ Motricidade e Sensibilidade  
☐ Amnésia ☐ Libido ☐ Humor —



## RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>DAIANA BROSA</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clínica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião: <u>JOÃO HENRIQUE</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<u>Exame S2 D1 D</u>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<u>O mesmo</u>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<u>Ampliação cirúrgica</u>					
<u>debi da mesma</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico 1 ( ) Sim 2 ( ) Não				Descreva: 	
Biópsia de Congelação: 1 ( ) Sim 2 ( ) Não					
Encaminhamento do Paciente após Ato Cirúrgico: 1 ( ) Enfermaria 2 ( ) Terapia Intensiva 3 ( ) Residência 4 ( ) Óbito durante o Ato Cirúrgico					



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL

DIVISÃO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237

Assinatura do titular

NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.121.707 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/05/2013

NOME NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE

RELIGIÃO JOSIAS ALBUQUERQUE DE SOUZA EDILEUSA NUNES BRAGA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 15/01/1990

SOC. CIVIL CERT. NASC. Nº 11048 - LIV. A-12 - FLS. 61 - CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA-PB

CPE 073.163.884-78

Assinatura do titular

LEI Nº 2018 DE 09.08.89

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3200041411 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE **Data do acidente:** 08/05/2016 **Seguradora:** MBM SEGURADORA S/A

## PARECER

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO.

**Descrição do exame físico:** AO EXAME FÍSICO APRESENTA CICATRIZ CIRÚRGICA NO QUINTO DEDO DO PÉ DIREITO, DEFORMIDADE, RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA.

**Resultados terapêuticos:** HOUE CONSOLIDAÇÃO VICIOSA DA FRATURA DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO COM DEFORMIDADE RIGIDEZ ARTICULAR E DEFICIT DE FORÇA MOTORA DO QUINTO PODODÁCTILO DIREITO.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO ANATÔMICA E FUNCIONAL EM GRAU MÉDIO DO 5º DEDO DO PÉ DIREITO

**Sequelas:** Com sequela

**Data do exame físico:** 03/02/2020

**Conduta mantida:**

**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
Dedos da pé-Perda funcional completa de qualquer um dos dedos do pé	10 %	Em grau médio - 50 %	5%	R\$ 675,00
Total			5 %	R\$ 675,00

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAÍBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA DA DEFESA SOCIAL

DIVISÃO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

L-237

Assinatura do titular

NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE

CARTÃO DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 4.121.707 DATA DE EXPEDIÇÃO 24/05/2013

NOME NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE

RELIGIÃO JOSIAS ALBUQUERQUE DE SOUZA EDILEUSA NUNES BRAGA

NATURALIDADE JOÃO PESSOA-PB DATA DE NASCIMENTO 15/01/1990

SOC. CIVIL CERT. NASC. Nº 11048 - LIV. A-12 - FLS. 61 - CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA-PB

CPE 073.163.884-78

Assinatura do titular

LEI Nº 2018 DE 09.08.89

## PROCURACAO

**OUTORGANTE**

NOME Mariana Braga Albuquerque  
NACIONALIDADE Brasileira EST.CIV solteira  
RG 4 12 1707 CPF 073 183 684 -78  
ENDEREÇO Rua Agostinho Queiroz de Souza  
255 mangaleira, João Pessoa  
parciba CEP 58000000

## OUTORGADO

BEATRIZ FERNANDES LEITE, BRASILEIRA, SOLTEIRA, PORTADORA DO RG 003189239 E CPF 056204994-05, COM ENDEREÇO NA RUA CEL BENVENUTO GONCALVES, 280, MANGABEIRA, JOAO PESSOA, CEP 58056020.

PELO PRESENTE INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURACAO, NOMEIO E CONSTITUO MEU BASTANTE PROCURADOR E OUTORGADO ACIMA QUALIFICADO, A QUEM CONFIO PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER, REFERENTE AO SEGURO OBRIGATORIO - DPVAT.

JOAO PESSOA 05 DE outubro DE 2016

Mayara Braga Albuquerque **CARTORIO**  
OUTORGANTE **VEIRA BATIST**

**RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE**

Serviço Notarial "VIEIRA BATISTA" - 2º OFÍCIO DISTRICTAL  
Bel, Rômulo Vieira Batista - Itabellino / Bel, Rômulo Vieira Batista - Subsistema  
BR 0635-04-04-05-Itapetuma-Pernambuco - CEP 55290-71 - Vila Pousa, Paulista - Recife, 55290-71/529-4290

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Físicas(s)  
**MAYARA BRAGA ALBUQUERQUE**

Em test.da verdade, João Pessoa-PB 01/09/2016 13:33:56  
Maldadeir de Souza Alves - ESCRITURANTE AUTORIZADO  
[2016-041428]EOLAR\$ 98,49 FAPEP;R\$ 0,25 FEPIJA\$ 1,70 ISS:R\$  
SELO DIGITAL: ADX04501-B4LC

Confira a autenticação em <https://selodigital.tioo.jus.br>

**COMPREV**  
COMPREV SEGUROS E PREVIDENCIA S/A.

25 SET. 2017

**PROTOCOLO**

AGUARDANDO

**NOTARIAL**  
Ofício  
Notarial  
de  
Ponteira da  
Arraboeira  
Assessoria  
**NOTARIAL**