

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, 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



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, 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



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 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

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, 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	043.383.684-78	Nayara Braga Albuquerque		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:	Nayara Braga Albuquerque		CPF:	043.383.684-78
Profissão:	Estudante	Endereço:	Av. Agostinho Brumino de Souza 205	Número: Complemento:
Bairro:	Mangabeira	Cidade:	Janeiro Pessoa	Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail:	Tel.(DDI): (83) 98115088			

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 3487 CONTA: 21152 6	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB, 24/03/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Nayara Braga Albuquerque

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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 Vítimas 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 João 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] João 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 causalidade: 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 (*).

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em dias

() "Sem sequela permanente"

(Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica)

b) Havendo dano corporal segmentar parcial, completo ou incompleto, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Sequela):

5º DEDO DO PÉ - Lado Direito

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
(X) 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

Região Corporal (Sequela):

% do dano: **() 10% residual** **() 25% leve**
() 50% médio **() 75% intensa** **() 100% completo**

- 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
CRM/PB - 4518

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

Nº do sinistro ou ASL:	CPF da vítima:	Nome completo da vítima:		
	043.383.684-78	Nayara Braga Albuquerque		
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP N° 445/2012				
Nome completo:	Nayara Braga Albuquerque		CPF:	043.383.684-78
Profissão:	Estudante	Endereço:	Av. Agostinho Brumino de Souza 205	Número: Complemento:
Bairro:	Mangabeira	Cidade:	Janeiro Pessoa	Estado: PB CEP: 58000-000
E-mail:	Tel.(DDI): (83) 98115088			

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO MENSAL:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUZO INFORMAR	<input type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00	<input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00	<input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPCIÃO DE CONTA

<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):	<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (todos os bancos)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)	Nome do BANCO: _____
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
AGÊNCIA: 3487 CONTA: 21152 6	(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider 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.

INVALIDEZ PERMANENTE

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 Lider 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.

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado 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: Vivos: Falecidos: Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte áqueles 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.

Impressão digital da vítima/beneficiário não alfabetizado

Local e Data: João Pessoa - PB, 24/03/2020

Nome: _____

CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina o RODO

Nayara Braga Albuquerque

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura

2º | 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 RODO, 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: 10.202.434/0001-29

Ficha Nr: 850586 Atd: Nao Regula
Data: 08/05/2016
Hora: 22:03:47
Recepção: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clínica: CIRURGICA

DADOS DO PACIENTE

Num. de vezes atendido: 10

Nome: NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE

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

Residencia: BAIRRO MANGABEIRA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

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

Vitima de violência por: NAO

Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco:

PA:	FR:	<input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Bem	<input type="checkbox"/> Grave
FCI:	TP:	<input type="checkbox"/> Politraumatizado	<input checked="" type="checkbox"/> Convulsao
Peso:	Altura:	<input type="checkbox"/> Hemorragia	<input type="checkbox"/> Dispineira
Glicemia:	IMC:	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Agitado
Circ. Abd:	O2%:	<input checked="" type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Chocado
		<input type="checkbox"/> Vomito	

Que é o Principal

Trauma rei o que desfilamento
segundo levante que eleas furelha e ferro
Nega ferimento e dor

História - Exame Físico - (hora do atendimento médico) Paciente com lesão d
coluna eixo dorsal há 20 min. expõe lesão vertebral
no. com possivel fratura de 5º processos lombares. Nega c
lesões ósseas, RNC. VAT há mais de 30 anos.

Diagnóstico

Conduta encaminhado ao ortopedista
 Rx pé direito

Prescrição: Titratil 20mg (1 comp) + AD EV Horário da medicacão

(P27/50)

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: 00000027152-6

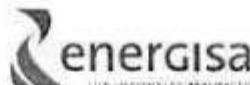
Nr. da Autenticação 90060C14D1A89585

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento vazio valor fiscal:

Documento não é segundário da conta:

Este é o seu número de pagamento: 036.839.583 - N° 036.839.583



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183 / 0001-40 - Inscrição 18.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

EDILEUSA NUNES BRAGA
RUA AGOSTINHO QUEIROZ DE SOUSA 255
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1028502-1

REFERÊNCIA

APRESENTAÇÃO

CONSUMO

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

JAN/2020

08/01/2020

168

15/01/2020

R\$ 109,37

Acesse: www.energisa.com.br

BANCO DO BRASIL PAGAR PREFERENCIALMENTE NO BANCO DO BRASIL

00190.00009 03150.244006 08048.706173 1 8135000010937

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

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

Nosso-Número	Nº Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
31502440008048706	001028502202001	15/01/2020	R\$ 109,37	

BENEFICIÁRIO:ENERGISA PARAIBA DISTRIBUIDORA DE ENERGIA SA 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



AB998502-15/01/2020



CERTIDÃO

Nº. 1174/2016

Atendendo solicitação de **NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE** e de acordo com
scas 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, data 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: Wagner Borges Data da Admissão: 08/05/16
Pronutário: _____ Idade: _____ Enfermaria: _____ Leito: _____
Nome da Mãe: _____
Endereço: _____ Bairro: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Fone: _____ Profissão: _____
Sexo: F () M () Cor: _____ Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Data de Nascimento: _____ / _____ / _____

QPD: Fx Exp. S: QND
HDA: Possui oco com fratura exp.
S: QND; necessita de tratamento
cirúrgico

Medicações em uso: _____

Interrogatório Sintomatológico:

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

Pele: _____

Cabeça e Pescoco: []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 []Soluço []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-reposo []Deformidades
[]Artralgia []Calor []Rubor []Edema []Crepitação []Fraqueza []Atrofia []Espasmos

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



RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Davinci Braga</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>José Henrique</i>			
2º Assistente:	3º Assistente:	1º Assistente:			
Anestesista:	Tipo Anestesia:	Instrumentador:			
		Horário: I: T:			

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Sx Exposto S: DD D

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

O mesmo

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

*abreujo crural p/c
Deli docevele*

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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.121.707	DATA DE EXPEDIÇÃO	24/05/2013
NOME NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE			
PUNÇÃO JOSIAS ALBUQUERQUE DE SOUZA EDILEUSA NUNES BRAGA			
NATURALIDADE	JOÃO PESSOA-PB	HORA DE NASCIMENTO	15/01/1990
DOC. OFICIAL	CERT. NASC. Nº11048 - LIV A-12 - FLS.61 - CARTÓRIO 2º JOÃO PESSOA-PB		
CPF	073.163.584-78		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº2.018 DE 29.08.89			

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

Resultados terapêuticos: HOUVE 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



VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL	4.121.707	DATA DE EXPEDIÇÃO	24/05/2013
NOME NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE			
PAIS/ALIANÇA JOSIAS ALBUQUERQUE DE SOUZA EDILEUSA NUNES BRAGA			
NATURALIDADE	DATA DE NASCIMENTO 15/01/1990		
JOÃO PESSOA-PB			
DOC. CIVIL			
CERT. NASC. Nº11048 - LIV A-12 - FLS.61 - CARTÓRIO 2º JOÃO			
PESSOA-PB			
CPF	073.163.584-78		
ASSINATURA DO DIRETOR			
LEI Nº2.0118 DE 29.08.89			

PROCURACAO

OUTORGANTE

NOME Nayara Braga Albuquerque
NACIONALIDADE brasileira EST.CIV Solteira
RG 4 121707 CPF 073183684-78
ENDERECO Rua Agostinho Queiroz de Souza
255 mangabeira, joão pessoa
paraíba CEP 58000000

OUTORGADO

BEATRIZ FERNANDES LEITE, BRASILEIRA, SOLTEIRA, PORTADORA DO RG 003189239 E CPF 056204994-05, COM ENDERECO 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 CONFIQ PARA REPRESENTAR-ME PERANTE A SEGURADORA LIDER, REFERENTE AO SEGURO OBRIGATORIO – DPVAT.

JOAO PESSOA 05 DE outubro DE 2016.

Nayara Braga Albuquerque *Nayara Braga Albuquerque*
OUTORGANTE CARTORIO
VIERA BATISTA

RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE

SERVICO NOTARIAL EVICIRIA BATISTA 2º OFÍCIO DISTRITAL
Bel. Rómulo Vieira Batista - Intendente / Bel. Rómulo Vieira Batista - Subintendente
Av. Beira Mar, 40 - Mangabeira - CEP 58056-000 - João Pessoa - Paraíba - Fone/Fax: (83) 3254-2200

Reconheço, como autêntica e verdadeira, a(s) Firma(s) assinada(s) por:
NAYARA BRAGA ALBUQUERQUE, que é de fato a dona da firma assinada.
Fiz test. da verdade, João Pessoa-PB 01/09/2016 13:33:56
Endereço: Rua Agostinho Queiroz de Souza, 255 - Mangabeira
CEP: 58000000 - João Pessoa-PB
Data: 01/09/2016
Assinante: Nayara Braga Albuquerque
Protocolo: 25 SET. 2017
Assinatura: Nayara Braga Albuquerque
Selo Digital: ADTO4501-PALE
Confira a autenticidade no <https://selodigital.tjpb.jus.br>

