
Rio de Janeiro, 01 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190617530

Vítima: SABRINA DA SILVA BERNARDO

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), SABRINA DA SILVA BERNARDO

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, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190617530

Vítima: SABRINA DA SILVA BERNARDO

Data do Acidente: 23/06/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), SABRINA DA SILVA BERNARDO

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\$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%

Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R\$ 1.687,50

Recebedor: SABRINA DA SILVA BERNARDO

Valor: R\$ 1.687,50

Banco: 104

Agência: 000000044

Conta: 00000118555-3

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.

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:	
	096.756.224-40	Sabrina da Silva Bernardino	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Sabrina da Silva Bernardino		096.756.224-40	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
agricultora	R. Propriedade	51N	caso
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Rio Tinto	P.M	59297-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(83) 99921-9283		

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) OP 13		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0044	CONTA: 118.555 3	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:
		Vivos: _____ Falecidos: _____
		Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não
		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 ao artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 25-10-2019
 Nome: Sabrina da Silva Bernardino
 CPF: 096.756.224-40

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Sabrina da Silva Bernardino
 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.**



CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 07350.01.2019.1.00.402

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 07350.01.2019.1.00.402, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 11:23 horas do dia 05 de outubro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Flagrantes de João Pessoa, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Lídia Costa Veloso, matrícula 1560760, e lavrado por José Rodrigues da Silva Junior, Agente de Investigação, matrícula 1550888, ao final assinado, compareceu **Sabrina da Silva Bernardo**, CPF nº 096.756.224-40, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro (a), identidade de gênero feminino, profissão Agricultora, filho(a) de Severina Maria da Conceição da Silva e Manuel Bernardo da Silva, natural de Rio de Janeiro/RJ, nascido(a) em 18/02/1993 (26 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Projetada, bairro Centro, tendo como ponto de referência Passagem da Cobra, na cidade de Rio Tinto/PB, telefone(s) para contato (83) 99122-7251.

Dados do(s) Fatos:

Local: Rua Projetada, Passagem da Cobra, Rio Tinto/PB, bairro Centro; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 23/06/19 13:30h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LESÃO ACIDENTAL DE TRÂNSITO**.

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE NO DIA 23/06/2019, POR VOLTA DAS 13:30, ESTAVA NA GARUPA DA MOTOCICLETA HONDA FAN DE COR VERMELHA, ANO 2018, PLACA OFZ-1071/PB, CHASSI 9C2KC2200JR134812, REGISTRADA EM NOME DE ANTONIO SEVERINO DA SILVA JUNIOR, PORTADOR DO CPF 093437434-16, O QUAL ENCONTRAVA-SE PILOTANDO A MOTOCICLETA NO MOMENTO DO ACIDENTE E ESTA PRESENTE A ESTA SALA DE OCORRÊNCIA E INFORMA QUE PILOTAVA A MOTOCICLETA ACIMA DESCRITA NA RUA PROJETADA, PASSAGEM DA COBRA, RIO TINTO/PB, QUANDO UMA MOTOCICLETA ATÉ O PRESENTE MOMENTO NÃO IDENTIFICADA COLIDIU NO PNEU TRASEIRO DE SUA MOTOCICLETA E CAIU; QUE ESTA NOTIFICANTE FOI SOCORRIDA AO HOSPITAL DE TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA, ONDE FOI ATENDIDA E DIAGNOSTICADA COM CID S82.0, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. JOSE DE ALMEIDA BRAGA, SENDO EM SEGUIDA TRANSFERIDA AO COMPLEXO HOSPITALAR DE MANGABEIRA, ONDE FOI REALIZADO PROCECIMENTO CIRÚRGICO, CONFORME LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. VALDEBAN CARVALHO JUNIOR.

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, 05 de outubro de 2019.


JOSE RODRIGUES DA SILVA JUNIOR
Agente de Investigação


SABRINA DA SILVA BERNARDO
Noticiante

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:	
	096.756.224-40	Sabrina da Silva Bernardino	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo:		CPF:	
Sabrina da Silva Bernardino		096.756.224-40	
Profissão:	Endereço:	Número:	Complemento:
agricultora	R. Propriedade	51N	caso
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Centro	Rio Tinto	P.M	59297-000
E-mail:	Tel. (DDD):		
	(83) 99921-9283		

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)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104) OP 13		Nome do BANCO: _____	
AGÊNCIA: 0044	CONTA: 118.555 3	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:
	Vivos: _____ Falecidos: _____	Vítima deixou nascituro (vai nascer)?
	☐ Sim ☐ Não	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 ao artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: João Pessoa 25-10-2019
 Nome: Sabrina da Silva Bernardino
 CPF: 096.756.224-40

(*) Assinatura de quem assina A ROGO

X Sabrina da Silva Bernardino
 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.**



Identificação do paciente				
ID 1415130	Nome SABRINA DA SILVA BERNARDO		Sexo Feminino	
Data de nascimento 18/02/1993	Idade 26 anos 4 meses 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SEVERINA MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai MANUEL BERNARDO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANTONIO SEVERINO DA SILVA JUNIOR - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	Celular 991227251	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3441553	Nº Cns		
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade RIO DE JANEIRO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro NOVA	
Número SN	Complemento	Bairro PASSAGEM DA COBRA		
Admissão				
Data e Hora 23/06/2019 16:04:17	Número da pulseira 10007135131	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco		Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA 122	x	118	mmHg	Pulso 34 - e 98.
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente de entrada, vitais estáveis, internado em UTI, com queimaduras de 1º e 2º graus em regiões do peito direito e lombar esquerda, sendo com o bombeiro. Foi submetida a cirurgia geral, pedindo parecer de ortopedista. Encaminhada ao enfermeiro para realizar exames de imagem.				
Diagnóstico				CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				Tempo 01min 10seg

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: 08/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: SABRINA DA SILVA BERNARDO

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00044

CONTA: 000000118555-3

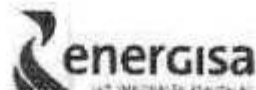
Nr. da Autenticação E899B8ABA81681B6

BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado de conta.

Requisito para acesso ao sistema de pagamento da rede elétrica de energia elétrica Nº 029.181.564



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 15.215.823-9

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO 553 SL 127
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

08/08/2019

CONSUMO

144

VENCIMENTO

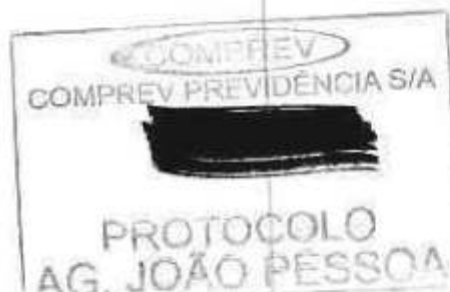
15/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 130,20

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2019				
Pagador: ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO CNPJ/CPF: 056.310.264-06				
AV JOAO MACHADO 553 SL 127 - CENTRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
	001313928201908	15/08/2019	R\$ 130,20	
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:				

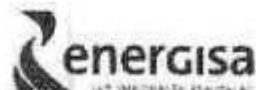


BOLETO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segurado de conta.

Requisito para acesso ao sistema de pagamento da rede elétrica de energia elétrica Nº 029.181.564



ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
R. 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.095.183/0001-40 Insc.Est. 15.215.823-9

DADOS DO CLIENTE

ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO
AV JOAO MACHADO 553 SL 127
JOAO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1313928-2

REFERÊNCIA

AGO/2019

APRESENTAÇÃO

08/08/2019

CONSUMO

144

VENCIMENTO

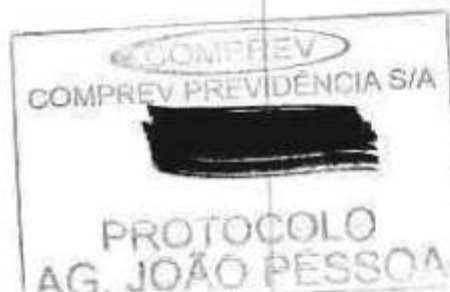
15/08/2019

TOTAL A PAGAR

R\$ 130,20

Acesse: www.energisa.com.br

CONTA PAGA - Data de Pagamento: 15/08/2019				
Pagador: ENEAS FLAVIO SOARES DE MORAIS SEGUNDO CNPJ/CPF: 058.310.264-06				
AV JOAO MACHADO 553 SL 127 - CENTRO - JOAO PESSOA / PB - CEP 00000-000				
Nosso-Número	Nr Documento	Data Vencimento	Valor do Documento	Valor Pago
	001313928201908	15/08/2019	R\$ 130,20	
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:				



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Guilhermina Flávia de Amorim inscrito (a) no CPF sob o Nº 011.197.984 / 69, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Sabrina da Silva Bernardo inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.756.224 / 40, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Sabrina da Silva Bernardo, inscrito (a) no CPF sob o Nº 096.756.224 / 40, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Av. João Machado</u>		Número <u>553</u>	Complemento
Bairro <u>Centro</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58.046-110</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD) <u>(83) 99921-9283</u>

João Pessoa, 01 de Novembro de 2019
Local e Data

Guilhermina Flávia de Amorim Nogueira
Assinatura do Declarante



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA E TRAUMA SENADOR HUMBERTO LUCENA
DIVISÃO MÉDICA



LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE	SABRINA DA SILVA BERNARDO
DATA DE NASCIMENTO	18/02/93
NOME DA MÃE	SEVERINA MARIA DA CONCEIÇÃO DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º	1.172.371
DATA DO ATENDIMENTO	23/06/19
HORA DO ATENDIMENTO	16:04
MOTIVO DO ATENDIMENTO	ACIDENTE DE MOTOCICLETA
DIAGNÓSTICO (S)	FRATURA DE PATELA DIREITA
CID 10	S82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Dados extraídos do Boletim de Entrada. Paciente foi atendido neste Serviço, vítima de acidente de motocicleta, com trauma em perna direita. Torax e abdômen sem queixas. Dor em perna direita, dor e deformidade em coxa direita, e dor e edema na patela direita. RX evidencia fratura avulsão da patela direita. Encaminhada para o Ortotrauma de Mangabeira conforme pactuação.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX de coxa direita.
RX de joelho direito.
RX de perna direita.

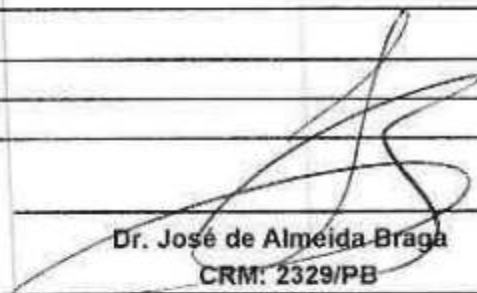
RESULTADOS DOS EXAMES:

Fratura avulsão de patela direita.

TRATAMENTO:

Imobilização. Encaminhada para o Ortotrauma de Mangabeira.

ALTA HOSPITALAR:	23/06/19
DATA DA EMISSÃO:	12/09/19


Dr. José de Almeida Braga
CRM: 2329/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO



Identificação do paciente				
ID 1415130	Nome SABRINA DA SILVA BERNARDO		Sexo Feminino	
Data de nascimento 18/02/1993	Idade 26 anos 4 meses 5 dias	Estado civil	Religião	Prontuário
Mãe SEVERINA MARIA DA CONCEICAO DA SILVA	Pai MANUEL BERNARDO DA SILVA			
Escolaridade	Responsável (Parentesco) ANTONIO SEVERINO DA SILVA JUNIOR - ESPOSO(A)			
DDD Celular 83	Celular 991227251	DDD	Telefone	
Tipo documento RG (IDENTIDADE)	Número documento 3441553	Nº Cns		
Local de procedência MAMANGUAPE	Tipo MUNICIPIO		UF PB	
Email	Naturalidade RIO DE JANEIRO	CBO/R		
Endereço				
CEP 58297000	Município de residência RIO TINTO	UF PB	Logradouro NOVA	
Número SN	Complemento	Bairro PASSAGEM DA COBRA		
Admissão				
Data e Hora 23/06/2019 16:04:17	Número da pulseira 10007135131	Convênio SUS		
Especialidade CIRURGIA GERAL	Clínica			
Classificação de risco		Origem do paciente RUA		
Caráter de atendimento	Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Detalhe do acidente MOTO X MOTO		
Indicadores e Transporte				
Caso policial Não	Plano de saúde Não	Veio de ambulância Não	Trauma Não	
Meio de transporte RESGATE - BOMBEIROS		Quem transportou		
Sinais Vitais				
PA 122	x	118	mmHg	Pulso 34 - e 98.
Exames complementares				
Raio X []	Sangue []	Urina []	TC []	Liquor []
ECG []				Ultrasonografia []
Dados clínicos Paciente de entrada, vitais estáveis, internado em UTI, com queimaduras de 2º e 3º graus em região do pescoço direito e lombar esquerda, sendo com o bombeiro. Foi realizada a cirurgia de urgência, sendo o paciente encaminhado para o tratamento definitivo. Encaminhado para o tratamento definitivo.				
Diagnóstico				CID
Atendido por ANNE WALESKA PEREIRA LIMA				Tempo 01min 10seg



Casa Vermelha Brasileira



Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lúcio



GOVERNO
DA PARAÍBA

AREA AMARELA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/N, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 454554

Paciente

SABRINA DA SILVA BERNARDO

Data de nascimento

18/02/1993

Mãe

SEVERINA MARIA DA CONCEICAO DA SILVA

Endereço

NOVA, SN

Acidente

MOTO X MOTO

Data/Hora Classificação

23/06/2019 16:04:17

BAE

1172371

Sexo

Feminino

Bairro

PASSAGEM DA COBRA

Motivo

ACIDENTE DE MOTOCICLETA

Data/Hora Entrada

23/06/2019 16:04:17

CNS

Município

RIO TINTO

Profissional

GERALDO CAMILO NETO

Data/Hora Prescrição

23/06/2019 16:10:39

Data Baixa

Telefone de Contato

(83) 991227251

Prontuário

UF

PB

Nº Cons. Regional

8089/PB

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO VS MOTO, TEVE SUA PERNA DIREITA COMPRIMIDA CONTRA OUTRA MOTOCICLETA. NÃO HOUE IMPACTO CRANIANO, TORACICO OU ABDOMINAL. QUEIXA DE DOR NA PERNA DIREITA. EF. DOR E DEFORMIDADE NA COXA DIREITA. NEGA ALERGIA. CD. RX DE MID. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA. ALTA DA CIRURGIA.

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

T07 - Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

SABRINA DA SILVA BERNARDO

Dr. Geraldo Camilo Neto

Cirurgia do Aparelho Digestivo

CRM PB 8089

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

Bolletim registrado por: ANNE WALESKA PEREIRA LIMA em 23/06/2019 16:05:27

CONSULTÓRIOS E ASSISTÊNCIA

Endereço: AV. ORESTES LISBOA, S/n, PEDRO GONDIM, JOAO PESSOA - PB, 58031090

Tel: 32165700

CNES: 445365

Paciente SABRINA DA SILVA BERNARDO	BAE 1172371	Data/Hora Entrada 23/06/2019 16:04:17	Data Baixa
Data de nascimento 18/02/1993	Idade 26a 4m 5d	Sexo Feminino	Telefone de Contato (83) 991227251
Mãe SEVERINA MARIA DA CONCEICAO DA SILVA		CNS	Prontuário
Endereço NOVA, SN	Bairro PASSAGEM DA COBRA	Município RIO TINTO	UF PB
Acidente MOTO X MOTO	Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA	Profissional GERALDO CAMILO NETO	Nº Cons. Regional 8089/PB
Data/Hora Classificação 23/06/2019 16:04:17		Data/Hora Prescrição 23/06/2019 16:10:39	

ANAMNESE

PACIENTE VITIMA DE ACIDENTE DE MOTO VS MOTO, TEVE SUA PERNA DIREITA COMPRIMIDA CONTRA OUTRA MOTOCICLETA, NÃO HOUVE IMPACTO CRANIANO, TORÁCICO OU ABDOMINAL. QUEIXA DE DOR NA PERNA DIREITA. EF. DOR E DEFORMIDADE NA COXA DIREITA. NEGA ALERGIA. CD. RX DE MID. AVALIAÇÃO ORTOPEDIA. ALTA DA CIRURGIA.

23/06/2019 16:10:39-GERALDO CAMILO NETO

ORTOTRAUMA DOR E EDEMA NA PATELA DIREITA APÓS QUEDA DE MOTO HOJE ÀS 14 HORAS NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS ADM LIMITADO(DOR) NEUROVASCULAR PRESERVADO HPP: NEGA ALÉRGICAS NEGA PATOLOGIAS EXF. DOR A PALPAÇÃO PATELA DIREITA EDEMA PATELA DIREITA 1/4 CREPITAÇÃO PATELA DIREITA RX: FRATURA AVULSAO PATELA DIREITA CDT. AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO IMOBILIZAÇÃO COXO-PODALICA STAFF DR TEOFILO

23/06/2019 17:20:13-JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO

CUIDADOS

IMOBILIZAÇÃO GESSADA, (OBSERVAÇÕES: COXO PODALICA)

\$mpOrdenacao.get(\$ordem)

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA

RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL)

RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA

CID10

T07 - Traumatismos múltiplos não especificados

Conduta

Em observação

Dr. Jose Rogaciano Machado Couto
CRM: 8089/PB
23/06/2019 17:20:13

SABRINA DA SILVA BERNARDO

GERALDO CAMILO NETO
(CRM: 8089/PB)

PRESCRIÇÃO MÉDICA

Usuário: JOSE
Boleim 1172371



Nome SABRINA DA SILVA BERNARDO	Data de Nascimento 18/02/1993	Idade 26a 4m 5d	Sexo FEMININO	Nº 1172371	Nº Prontuário	Data Prescrição 23/06/2019 17:20:13
Motivo do Atendimento Enfermaria / Leito.	Validade da Prescrição 23/06/2019 17:20:00 - 24/06/2019 17:20:00			Senha		
Convenio	Matricula					

Data da entrada: 23/06/2019 16:04:17	Data da Internação:	Permanência na 1h 18min	Permanência no
Via de Admin.	Veloc. Inf.	Pos	Aprazamento

Nome do medicamento	Dose	U.M.	Orientação de Uso	Observação: COXO PODALICA
1 IMOBILIZAÇÃO GESSADA	0,0			

Reimpresso por:
dia:

JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
CRM: 185222

Dr José Rogaciano
Machado
CRM 185222
CNPJ 152222

Assinatura e Carimbo do Profissional

Receituário

Paciente: SABRINA DA SILVA BERNARDO
Data: 23/06/2019 17:19:48
Sexo Feminino
CPF: Não Informado
BAE: 1172371
Idade: 26

ORTOTRAUMA

DOR E EDEMA NA PATELA DIREITA APOS QUEDA DE MOTO HOJE AS 14 HORAS
NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS
ADM LIMITADO(DOR)
NEUROVASCULAR PRESERVADO

HPP: NEGA ALERGIAS
NEGA PATOLOGIAS

EXF: DOR A PALPAÇÃO PATELA DIREITA
EDEMA PATELA DIREITA 1/4
CREPITAÇÃO PATELA DIREITA
RX: FRATURA AVULSAO PATELA DIREITA

CDT: AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO

IMOBILIZAÇÃO COXO-PODALICA

STAFF DR TEOFILO

Dr. José Rogaciano Machado Couto
Médico
CRM-PR 9215
CPF-SP 185222

Dr. JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
185222/SP

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

Receituário

Paciente: SABRINA DA SILVA BERNARDO
Data: 23/06/2019 17:19:48
Sexo Feminino
CPF: Não Informado
BAE: 1172371
Idade: 26

ORTOTRAUMA

DOR E EDEMA NA PATELA DIREITA APOS QUEDA DE MOTO HOJE AS 14 HORAS
NEGA OUTRAS QUEIXAS E OUTROS TRAUMAS
ADM LIMITADO(DOR)
NEUROVASCULAR PRESERVADO

HPP: NEGA ALERGIAS
NEGA PATOLOGIAS

EXF: DOR A PALPAÇÃO PATELA DIREITA
EDEMA PATELA DIREITA 1/4
CREPITAÇÃO PATELA DIREITA
RX: FRATURA AVULSAO PATELA DIREITA

CDT: AO ORTOTRAUMA CONFORME PACTUAÇÃO

IMOBILIZAÇÃO COXO-PODALICA

STAFF DR TEOFILO

Dr. José Rogaciano Machado Couto
Médico
CRM-PR 9215
CPF-SP 185222

Dr. JOSE ROGACIANO MACHADO COUTO
185222/SP

HEETSHL - Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena
Av. Orestes Lisboa, S/N Conj. Pedro Gondim João Pessoa - Paraíba - Cep:58031-090

REQUISIÇÃO DE EXAMES DE IMAGEM

Nome SABRINA DA SILVA BERNARDO	
Data de 18/02/1993	Nº Boletim Emergência 1172371
Material a examinar	
Data Prescrição: 23/08/2019 16:10:39	
EXAME DE IMAGEM RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA RADIOGRAFIA DE JOELHO DIREITO (AP + LATERAL) RADIOGRAFIA DE PERNA DIREITA	
TIPO ... VARIOS DATA ... 23 / 06 / 19 HORA ... 16 57 PROF. REC. RAD. ... JM ASS. ... [assinatura] [assinatura] Dr. Geraldo Camilo Neto Grupo do Aparelho Digestivo CRM PA 8009	

Reimpresso por:
dia:

Assinatura e Carimbo do Profissional



LAUDO MÉDICO - RESUMO DE ALTA

NOME		SILVANA M. SILVA BERNARDES				PRONTUÁRIO Nº
IDADE	SEXO	RAÇA	CLASSE	ENF.	LEITO	
26	F					
DATA DE ADMISSÃO		DATA DE ALTA		TEMPO DE PERMANÊNCIA		
23/06/13		28/06/13				
DIAGNÓSTICO INICIAL					CD	
Fr. de pat. ABD.					582	
DIAGNÓSTICO DEFINITIVO						
OUTROS DIAGNÓSTICOS						
PRINCIPAIS EXAMES						
PROCEDIMENTO REALIZADO						
Patelelectomia						
TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA						
ANATOMIA PATOLÓGICA						
INFECÇÃO F.O.		☐ SIM ☒ NÃO		COLETA DE MATERIAL		
RESULTADO BACTERIOLOGIA				☐ SIM ☒ NÃO		
CONDIÇÃO DE ALTA		MELHORADO		REMOVIDO		
		A PEDIDO		CURADO		
				ÓBITO		

RESUMO CLÍNICO: História prévia de trauma com fratura de patela, com início da dor no local operado. Realizado ptelelectomia. Paciente alta com cura.

ORIENTAÇÕES PÓS 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: Lavar 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:

Capryllotam: 1x/dia

RETORNO

Ao posto de saúde em
Ao Ambulatório de

para retirada de pontos.
em 30 dias para revisão.

20/06/13

28 JUN 2013



CERTIDÃO

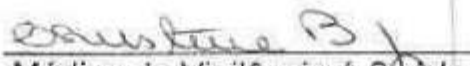
Nº. 1619/2019

Atendendo solicitação de GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM e acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritty, certifico a constatação de Ficha Ambulatorial Nº239508 e Prontuário Nº 2019.06.2495 pertencentes ao paciente **SABRINA DA SILVA BERNARDO** e foi atendido dia 23/06/2019 às 19h58min, vítima de colisão de moto x carro, apresentando trauma em membros inferior direito.

Submetido a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura da patela direita. Realizado procedimento cirúrgico dia 27/06/2019. Com alta médica dia 28/06/2019.

E para constar eu, Christine Maria Batista de Brito Lyra, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 07 de agosto de 2019


Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3137

2ª SECRETARIA 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: 239508 Atd: Nao Regula
Data: 23/06/2019
Hora: 19:58:06
Recepcionista: LUIZ CLAUDIO DA SILVA
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: SABRINA DA SILVA BERNARDO

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2019.06.002495

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 91227251

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/02/1993 Id: 26 ano(s)

End.: RUA NOVA D,0

Bairro: SALEMA Cidade: RIO TINTO UF: PB

Mae: SEVERINA MARIA CONCEICAO DA SILVA

Pai: MANOEL BERNARDO DA SILVA

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: DONA-DE-CASA

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Rece.: SABRINA DA SILVA BERNARDO

Tel/Doc. Responsavel: 91227251 / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: HOSPITAL TRAUMA DA BR

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: COLISAO MOTO X MOTO EM MAMANGUAPE/PASSAGEIRA

Vitima de violencia por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

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

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

Observacao

Queixa Principal

QUEDA DE MOTO TRAUMA EM MI

FATURADO

Historia - Exame Fisico (hora do atendimento medico)

agnostico

Conduta

Prescrição

Horario da medicacao

Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

23/06 - Psicologia (21-00h)

Realizada acolhimento + orientações

Ana Nery de Medeiros
Psicóloga Clínica e Hospitalar
857.228.004-49
CRP 13/2958

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residência [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVC

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo d

RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <u>Sabrina da Silva</u>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data: <u>27/06/19</u>	Cirurgião: <u>Rodrigo Azeite</u>			1º Assistente:	
2º Assistente:		3º Assistente:		Instrumentador:	
Anestesista:		Tipo Anestesia:		Horário: I:	T:
DIAGNÓSTICO(S) PRÉ-OPERATÓRIO					CID
<u>Fx da Patela Multitray</u>					
<u>do Polo inf.</u>					
DIAGNÓSTICO(S) PÓS-OPERATÓRIO					CID
<u>o mesmo</u>					
PROCEDIMENTO(S) CIRÚRGICO(S)					CÓDIGO
<u>Redução Aberta</u>					
<u>Realização Póstelecto</u>					
<u>na do Polo inferior</u>					
Acidente durante Ato Cirúrgico			1 () Sim	Descreva:	
			2 () Não		
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					

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

DDH Sub rogu;
Anestesia: Anilic
Aloisio de Coul

Incisão:

Achados:

Conduta: Realizado Patelectomia
Polo Inferior da Patela.
Realizado os túneis equi-
em Patela.
Realizado Kruukov, (com 04 Fios. Um fio
do orifício lateral e medi-
02 Fios Passado no túne-
ou central.
Realizado amarração
Fechamento: Sutura com Plano
Patela.

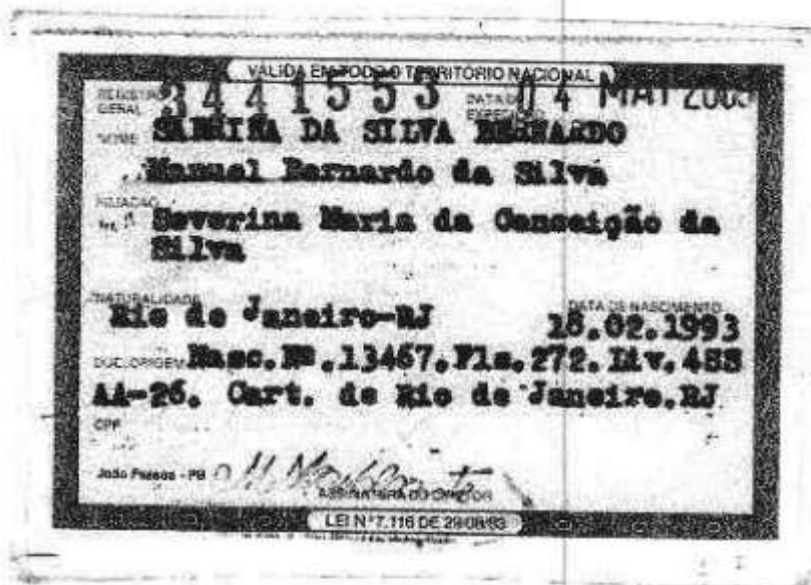
OBS:

Dr. Aurélio de Sá Pa
CRM 97431PB

Data:

27.06.19

MÉDICO/C



CPF. 096 756-224-40

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.668.291 - 2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 15/02/2011

NOME GIULLYANA FLÁVIA DE AMORIM NÓBREGA

FILIAÇÃO LUIS GONZAGA DE AMORIM MARIA DE PÁTIMA PINTO

NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

JOÃO PESSOA-PB 07/02/1985

DOO CPM N. 18758 37 FLS. 058 LIV. 063

CARTÓRIO 1º JOÃO PESSOA-PB

CPF 011.197.984-69

Assinatura do titular

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL V-02

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA P-236

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1/1

Assinatura do titular

CARTEIRA DE IDENTIDADE

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

16 OUT. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
VIA 1 0114475437-0 00/00000000 2019
CÓD. RENAVAM. ENTR. EXERCÍCIO

ANTONIO SEVERINO DA SILVA JUNIOR
NOME
09343743416 OFZ1071/PB
CNPJ PLACA

NOVO PB 5C2KC2200JRI34812
PLACA ANT. UF CHASSI

PAS/MOTOCICLE/NAO APPLIC COMBUSTIVEL
HONDA/CG 160 FAN ALCO/GASOL

2 P/162 /CI 2018 2018
CAP / PCT / CL ANO FAB ANO MOGO

2 P/162 /CI PARTIC CATEGORIA COR PRE DOMINANTE
VERMELHA

1 P 00/00/0000 1º VENG / COTAS
FAIXA LPVA PARCELAMENTO / COTAS 2º 3º

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 04/01/2019

PREMIO TARIFARIO (R\$) IOF (R\$) PREMIO TOTAL (R\$) DATA DE PAGAMENTO
***** SEGURO PAGO 04/01/2019

A.F. ADM DE CONC NACION HONDA LTDA
OBSERVAÇÕES

99999999 RIO TINTO - PB LOCAL 07/01/2019
DATA

20311

DETRAN

CONTRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

PB Nº 014797998624 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO 2019 DATA EMISSÃO 07/01/2019

09343743416 OFZ1071/PB
CNPJ PLACA

01144754370 HONDA/CG 160 FAN
RENAVAM MARCA / MODELO

015 9C2KC2200JRI34812
ANO FAB CHASSI

PREMIO TARIFARIO
TMS (R\$) *****
DETRAN (R\$) *****

CUSTO DO SEGURO (R\$) *****
IOF (R\$) *****

CUSTO DO BILHETE (R\$) *****
TOTAL BILHETE/SEGURO (R\$) *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****
IOF (R\$) *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****
IOF (R\$) *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****
IOF (R\$) *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****
IOF (R\$) *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****
IOF (R\$) *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****
IOF (R\$) *****

PREMIO TOTAL (R\$) *****
IOF (R\$) *****

SEGURO LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.608/0001-04

20311-1519487-20190107

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190617530 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINA DA SILVA BERNARDO **Data do acidente:** 23/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA AVULSÃO DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PATELECTOMIA DO POLO INFERIOR. ALTA.
P1,4,6,8,9,12,13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190617530 **Cidade:** Rio Tinto **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: SABRINA DA SILVA BERNARDO **Data do acidente:** 23/06/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 04/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA AVULSÃO DA PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - PATELECTOMIA DO POLO INFERIOR. ALTA.
P1,4,6,8,9,12,13

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE JOELHO DIREITO.

**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
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R\$ 1.687,50
Total			12,5 %	R\$ 1.687,50

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sabrina da Silva Bernardo, brasileiro(a), estado civil casada, profissão agricultora, residente e domiciliado à Rua Sítio Pargason de Cobre, nº 553, bairro centro, Município de Rio Tinto, Estado de PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 3441553, SSP/PB e CPF nº 096.756.224-40

Outorgado: Giullyana Rávia de Amarim Móluga, brasileiro(a), estado civil casada, profissão advogada, residente e domiciliado(a) à Rua Av. João Machado, nº 553, bairro centro, Município de João Pessoa, Estado de PB, Cep: 58000-000, portador(a) do Rg nº 2668291, SSP/PB e CPF nº 011.197.984-69

Por este instrumento particular de procuração, o(a) outorgante nomeia e constitui o(a) outorgado(a) seu bastante procurador(a), para o fim especial de requerer junto à qualquer seguradora integrante do Consórcio Seguro DPVAT o pagamento do sinistro, que vitimou em acidente de trânsito o(a) Sr.(a) Sabrina da Silva Bernardo, ocorrido em 23/06/19, conforme registrado pelo E.O. anexo ao processo. Processo de natureza Invalidity

Podendo dito(a) procurador(a), representar o(a) outorgante como se o(a) próprio(a) fosse, podendo requerer, assinar recibos, assinar Declarações de endereço, assinar Autorização de Pagamento/Crédito de Indenização de Sinistro DPVAT, para o pagamento de quitação da indenização de Sinistro DPVAT, enfim requerer e assinar todos os papéis e documentos que forem precisos e praticar todos os demais atos necessários para o mais amplo e fiel cumprimento do presente mandato.

Mamanguape 18 de outubro de 2019.

2º Cartório
Mamanguape-PB

X Sabrina da Silva Bernardo
Outorgante
CPF nº 096.756.224-40

Obs.: Reconhecer firma em cartório por autenticidade ou verdadeira



2º OFÍCIO DE NOTAS E PROTESTO
Rua Pres. J. Pessoa, 47, Centro, Mamanguape-PB

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
SABRINA DA SILVA BERNARDO
Dout. (a) Mamanguape-PB - 18/10/2019
Escritor: NOEL XAVIER BUSTORFF
Selo Digital: A3H22940-FJSW
Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tjpb.jus.br>
Emol RS 9,51 Forpou RS 0,20 MP RS 0,15 Papj RS 2,00

Noel Xavier Bustorff
Escritor Ad-Hoc



RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0383501/19

Vítima: SABRINA DA SILVA BERNARDO

CPF: 096.756.224-40

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

Data do acidente: 23/06/2019

CPF de: Próprio

Titular do CPF: SABRINA DA SILVA BERNARDO

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA : 011.197.984-69

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

SABRINA DA SILVA BERNARDO : 096.756.224-40

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: 01/11/2019
Nome: GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA
CPF: 011.197.984-69

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 01/11/2019
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

GIULLYANA FLAVIA DE AMORIM NOBREGA

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA