
Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA

Nº Sinistro: 3180444684

Vitima: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA

Data do Acidente: 12/02/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180444684**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BERNADETE CONSTANTINO DUTRA**

Nº Sinistro: **3180444684**

Vitima: **BERNADETE CONSTANTINO DUTRA**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180444684**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BERNADETE CONSTANTINO DUTRA**

Nº Sinistro: **3180444684**

Vitima: **BERNADETE CONSTANTINO DUTRA**

Data do Acidente: **12/02/2018**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180444684**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

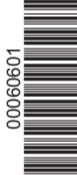
O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT





AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO
DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0321204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva).

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do BENEFICIÁRIO ou do REPRESENTANTE LEGAL, e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/embolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI:

CPF da Vítima:

713.331.009 - 00

Nome completo da vítima:

Bernadete Constantino Dutra

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo:

Bernadete Constantino Dutra

CPF titular da conta:

713.331.004-00

Profissão:

Professora

Endereço:

Av. João F. de Lima

Número:

112

Complemento:

Bairro:

Centro

Cidade:

Flagoinha

Estado:

PB

CEP:

58390000

Email:

(83) 986634900

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, resumir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

RECUZO INFORMAR

SEM RENDA

ATÉ R\$ 1.000,00

R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

BRADESCO (237) BANCO DO BRASIL (001) ITAÚ (341)

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

AGÊNCIA

N.R.O.
0042

pix

CONTA

MÍNIMA

62358 00

(Inserir dígito se existir)

(Inserir dígito se existir)

CONTA CORRENTE (somente para contas correntes)

BANCO

Nome:

COMPREV

24 SET. 2018

PROTÓCOLO

JOÃO PESSOA

N.R.O.

pix

(Inserir dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, com base na cópia da documentação para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante liberação na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

João Pessoa 24 de Setembro 2018

Local e Data

Bernadete Constantino Dutra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01707.01.2018.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01707.01.2018.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na integra: À(s) 10:21 horas do dia 06 de setembro de 2018, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Brenda Dutra de Souza**, CPF nº 109.627.824-32, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero feminino, profissão Professora, filho(a) de Odete Dutra de Souza e José Roberto Targino de Souza, natural de Guarabira/PB, nascido(a) em 13/04/1997 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Av João Fernando de Lima, Nº 130, bairro Centro, tendo como ponto de referência Praça João Fernando de Lima, na cidade de Alagoinha/PB, telefone(s) para contato (83) 98744-7542.

Dados do(s) Fatos:

Local: Sítio Mófo, Barragem de Cuitegi, Alagoinha/PB, bairro [Indeterminado]; Tipo do Local: zona rural;
Data/Hora: 12/02/18 11:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE trafegava com o veículo, tipo motocicleta marca e modelo:HONDA/NXR 150 BROS ES ,ano e modelo:2011/2012 de cor preta, placa:OFD 8668/PB, chassi nº 9C2KD0550CR002935, registrado em nome de José Roberto Targino de Souza, CPF nº 391.258.314-53;QUE segundo a notificante trafegava normalmente e que vinha de carona no veículo (moto) a pessoa de BERNADETE CONSTANTINO DUTRA, portador do CPF nº 713.331.004-00,Rg nº 2.006.689 2º VIA SSP/PB,filha de Maria Avelino Sobrinho e de Manoel Constantino da Silva, nascida em 25/09/1934 com 83 anos de idade;QUE segundo a notificante trafegava normalmente quando o veículo em que estava veio a derrapar jogando notificante e carona ao chão;Onde a pessoa do carona veio a se ferir;Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 0878/2018, EXPEDIDA PELA DRª ROSÂNGELA MEDEIROS ESCOREL ALMEIDA, CRM/PB 3883, DATADO DE 22/06/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a)por terceiro; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar, obs: que antes a pessoa de BERNADETE CONSTANTINO DUTRA foi socorrida para o hospital regional de Guarabira

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, 06 de setembro de 2018.

JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

BRENDA DUTRA DE SOUZA

Noticiante





DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima: Bernadete B. Dutra | CPF da Vítima: 713.331.004.00 | Data do Acidente: 12/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Name completo do Representante Legal	CPF do Representante legal
Email	Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Lider DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018

PROTOCOLO
AG 103 PESSOA
15 de Setembro de 2018

Local e Data

Bernadete Constantino Dutra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

Ficha Nr: 102212 Atd: Nao Regulada
Data: 12/02/2018
Hora: 15:12:46
Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 201398507610003 Sexo: F IDENTIDADE: 2006689 Fone: 987350156
Natural: ALAGOA NOVA/PB Data Nasc.: 25/09/1934 Id: 83 ano(s)

End.: RUA JOAO FERNANDES DE LIMA, 92

Bairro: CENTRO Cidade: ALAGOINHA UF :PB

Mae: MARIA AVELINO SOBRINHO

Pai: MANOEL CONSTANTINO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: VIUVO(A)

Ocupação: APOSENTADO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: NORA - MARIA DA LUZ MATIAS DUTRA
Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD
Pr dencia: UNIDADE DE SAUDE SESP DE GUARABIRA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

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

Sintoma Principal

Q A DE MOTO COM TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

| Conduta

Prescricao

| Horario da medicacao

COMPREV PREVIDENCIA S/A

24 SET. 2018

Dr. Kartney Sarmento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5804

PROTÓCOLO
AG. JOÃO FESSCA

data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

qtdel Medicamentos | Dose | Horario | Evolucao

| ----- | Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem |

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Maria da Luz Matias Dutra

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico



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: 22/11/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.531,25

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00042

CONTA: 00000062358-0

Nr. da Autenticação 4078674334E57D72

3180444684

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bolão para-nº das pagamentos da nota fiscal/conta da energia elétrica - Nº 012.740.077



ENERGISA PARAÍBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 09.105.183 / 0001-46 Insc. Est. 16.015.623-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSÉ COSTA DUARTE, 157 SALA 06
JOÃO PESSOA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1698358-7

REFERÊNCIA

SET/2018

APRESENTAÇÃO

20/09/2018

CONSUMO

192

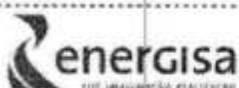
VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

Acesse: www.energisa.com.br



DETALHES AVULSOS
JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
Roteiro: 12-005-292-0450
CONTA PAGA - Data de Pagamento: 21/09/2018

VENCIMENTO

27/09/2018

TOTAL A PAGAR

R\$ 178,94

MATRÍCULA

1698358-2018-09-8

COMPRA E PREVIDÊNCIAS SA
03 OUT. 2018
PROTÓCOLO
S. JOÃO PESSOA

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

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 nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Alexandra Gehr Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 046 502 759 74, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bernadete Constantino Dutra inscrito (a), no CPF sob o Nº 713 331 004 00, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bernadete Constantino Dutra inscrito (a) no CPF sob o Nº 713 331 004 00, 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 Líder-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	Rua Agente F. José Costa Duarte	Número	167	Complemento	Sala 06
Barrio	Mangabeira	Cidade	João Pessoa	Estado	PB CEP 58056-384
Email		Telefone comercial(DDD)	(83)98663-4900	Telefone celular (DDD)	

João Pessoa, 10 de Outubro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

Alexandra Gehr Duarte



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, José Roberto Targino de Souza,
RG nº 943.976, data de expedição 04/09/82,
Órgão SSPB, portador do CPF nº 391 258 354 57 com
domicílio na cidade de Alagoinha, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Pragatá, nº 511,
complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
vítima Bernardete constântino Dutra cujo o condutor era
Brenda Dutra de Souza.

Veículo: Motocicleta

Modelo: Honda/UXR 150.Bras ES

Ano: 2011/2012

Placa: OFD 8668/PB

Chassi: 9C2RD0550ER 002935

Data do Acidente: 32/02/11

Local e Data: Alagoinha 04/09/18

José Roberto Targino de Souza

Assinatura do Declarante

Brenda Dutra de Souza
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ANTONIO FCO. DE REG. ROGERIO LINS
Rua Dep. Fco. Antonio, 22, Centro, Alagoinha - P.

Reconheço, por autenticidade, a(s) firma(s) de:
JOSE ROBERTO TARGINO DE SOUZA

Dou fé. Alagoinha/PB - 04/09/2018

Escrevente: SEVERINA LAUREANO DE SANTANA

Selo Digital:AHL52257-G1FV

Consulte a autenticidade em <https://selodigital.tpb.jus.br>

Emol R\$ 8,49 FARPEN R\$ 0,25 MP R\$ 0,14 FEPJ R\$ 1,56

Severina L. de Santana

Escrevente ad hoc autorizada





CERTIDÃO

Nº. 0878/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº102212 e Prontuário nº 2018.02.1687, pertencentes a BERNADETE CONSTANTINO DUTRA que foi atendida dia 12/02/2018 às 15h12min, vítima de queda , apresentando trauma em membro superior esquerdo.

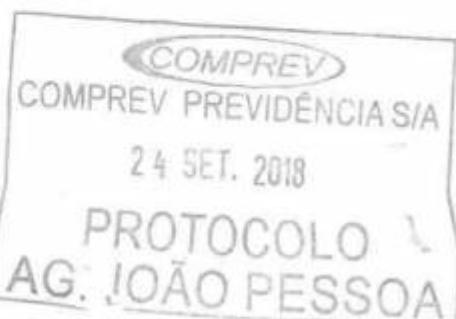
Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal esquerdo. Realizado cirurgia dia 22/02/2018 e alta medica dia 23/02/2018.

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

João Pessoa, 22 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Brunete Costa de Souza</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>Dr. André Siqueira</i>			1º Assistente: <i>Dr. André Siqueira</i>
2º Assistente:	3º Assistente:	Instrumentador:			
Anestesista: <i>D. Wagner</i>	Tipo Anestesia:	Horário:	I:	T:	
DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO				CID	
<i>Pt. de dente</i>					
DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO				CID	
<i>Não</i>					
PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)				CÓDIGO	
<i>Hospitalar</i>					
<i>Dr. André Luis Siqueira</i> Ortopedia/Traumatologia Oncologia Musculoesquelética CRM: 6207/033006207 TEOT 11797				<i>COMPREV</i>	
Acidente durante Ato Cirúrgico		1 () Sim	Descreva:	COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
		2 () Não		24 SET. 2018	
Biópsia de Congelação:		1 () Sim		PROTÓCOLO 1	
		2 () Não		<i>AG. JOÃO PESSOA</i>	
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:

Dorsal dorsal sob alto

Incisão:

—

Achados:

—

Conduta:

Globo e celo
Medula umbilical d/o
Prolaps fist 2,0cm
Revascularizar S/ Urtigo
Abreng

Fechamento:

—

OBS:

COMPRA
COMPREV PREVIDENCIA S/A
24 SET. 2018
22 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia/Trumatologia
Oncologia Musculoesquelética
CRM: 6207/03300/0297 IEOI 11797

Data:

MÉDICO/CRM

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

Ficha Nr: 102212 Atd: Nao Regulado
Data: 12/02/2018
Hora: 15:12:46
Repcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI
Clinica: ORTOPEDIA

DADOS DO PACIENTE

Nome: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA Num. de vezes atendido: 1
CNS: 201398507610003 Sexo: F IDENTIDADE: 2006689 Fone: 987350156
Natural: ALAGOA NOVA/PB Data Nasc.: 25/09/1934 Id: 83 ano(s)

End.: RUA JOAO FERNANDES DE LIMA, 92

Bairro: CENTRO Cidade: ALAGOINHA UF :PB

Mae: MARIA AVELINO SOBRINHO

Pai: MANOEL CONSTANTINO DA SILVA

Raca: PARDA Etnia: SEM INFORMACAO

Estado Civil: VIUVO(A)

Ocupação: APOSENTADO

Escolaridade:

INFORMACOES DE ENTRADA

Resp.: NORA - MARIA DA LUZ MATIAS DUTRA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr. dencia: UNIDADE DE SAUDE SESP DE GUARABIRA

Transporte utilizado: VEICULO PROPRIO

Vitima de acidente por: QUEDA

Vitima de violência por: NAO

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: AMARELO

PA:	FR:	[] Aparentemente Bem [] Grave
FC:	TP:	[] Politraumatizado [] Convulsao
Peso:	Altura:	[] Hemorragia [] Dispneia
Glicemias:	IMC:	[] Diarreia [] Agitado
Circ. Abd:	O2%:	[X] Regular [] Chocado
		[] Vomito
		Observacao

Sintoma Principal

Q A DE MOTO COM TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO NEGA DESMAIO SIC

História e Exame Físico - (hora do atendimento médico)

Diagnóstico: Fractura de punho direito com luxação.
Conduta: Internação hospitalar.

Prescrição

Horário da medicacão	6/02/18
COMPREV	
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A	
24 SET. 2018	
PROTOCOLO	
AG. JOÃO PESSOA	

Dr. Kartney Sarmento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5804

data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

| Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

ESTINO DO PACIENTE

- [] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML

Kenia la Ley Nestor Díaz

Assinatura e Carimbo do Medico

24 SET. 2019

PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA



CERTIDÃO

Nº. 0878/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINHIA GRILLO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação da Ficha de atendimento ambulatorial Nº102212 e Prontuário nº 2018.02.1687, pertencentes a BERNADETE CONSTANTINO DUTRA que foi atendida dia 12/02/2018 às 15h12min, vítima de queda , apresentando trauma em membro superior esquerdo.

Submetida à avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de radio distal esquerdo. Realizado cirurgia dia 22/02/2018 e alta médica dia 23/02/2018.

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

João Pessoa, 22 de junho de 2018

Rosângela M. Escorel Almeida
Médica da Vigilância à Saúde
CRM-PB 3883

Médica da Vigilância à Saúde
CRM/PB 3883





RELATÓRIO DE CIRURGIA

Nome: <i>Bruna Constela de</i>				Registro:	
Idade:	Sexo:	Cor:	Clinica:	EMP:	LR:
Data:	Cirurgião:	<i>Dr. André Siqueira</i>		1º Assistente:	<i>Dr. André Siqueira</i>
2º Assistente:	3º Assistente:			Instrumentador:	
Anestesista:	<i>D. Wagner</i>	Tipo Anestesia:		Horário:	I: T:

DIAGNÓSTICO (S) PRÉ-OPERATÓRIO

CID

Pt de dolo e

DIAGNÓSTICO (S) PÓS-OPERATÓRIO

CID

at

PROCEDIMENTO (S) CIRÚRGICO (S)

CÓDIGO

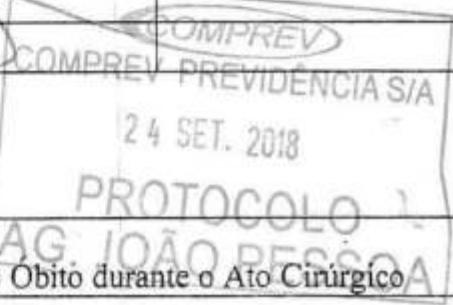
Hospital de Reabilitação

Dr. André Luis Siqueira

Ortopedia/Traumatologia

Oncologia Musculoesquelética

CRM: 6267/033006207 TEOT 11797



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

DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Dorsal direito alto

Incisão:

—

Achados:

—

Conduta:

Osteo e artro

Osteo e artro

Medula umbilical dura

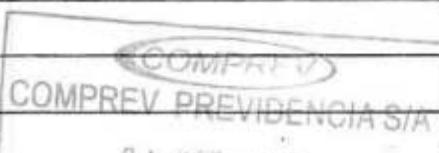
Princp fust 2,0mm

Retirar pelo Sutura
Alvo

Fechamento:

—

OBS:



24 SET. 2018

Dr. André Luís Siqueira
Ortopedia/Trumatologia
Oncologia Musculoesquelética
CRM: 62074033000297 / EOT: 11797

Data:

22 PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

MÉDICO/CRM



COMPREV
EV PREVIDÊNCIA S/A
24 SET. 2018
PROTÓCOLO
AG. JOÃO PESSOA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180444684 **Cidade:** Alagoinha **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA **Data do acidente:** 12/02/2018 **Seguradora:** GAZIN SEGUROS S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EM RÁDIO DISTAL ESQUERDO.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTSE COM FIOS DE KIRSCHNER.
ALTA.

Sequelas permanentes: DIMINUIÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO PUNHO ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL INTENSA EM PUNHO ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações:

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 dos punhos	25 %	Em grau intenso - 75 %	18,75%	R\$ 2.531,25
		Total	18,75 %	R\$ 2.531,25

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ3

Nome: ANA MARIA DUTRA RIBEIRO

CRM: 5258235-4

UF do CRM: RJ

Assinatura:

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

Bernadete constântino Dutra
brasileiro(a), estado civil casada, profissão
Aposentada, CI RG nº 2.006.689,
CPF/MF nº 313.331.004-00, residente e domiciliado(a) à Rua
Aluísio F. de Lima, 152 centro alagoinha,
Cidade de Alagoinha, Estado
Paraíba, CEP: 58390-000, telefone
(83) 99105-5363, (83) 98663-2900.

OOUTORGADO: ALEXANDRA CESAR DUARTE, CPF sob o n.º 046.502.754-74
e RG sob o n.º 2.627.718 SSP/PB, com endereço cito à Agente Fiscal José
C. Duarte, 157, Mangabeira, na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba.

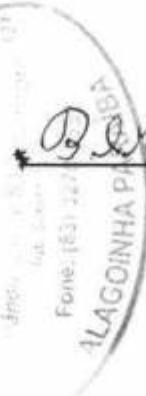
PODERES: O OUTORGANTE concede poderes especiais ao OUTORGADO para:
Enviar documentos, receber correspondências, solicitar informações por escrito ou por telefone, ter acesso ao número do sinistro, acompanhar o andamento do sinistro, ter informações e acompanhar perícias necessárias e apresentar documentos referentes ao sinistro, junto a Seguradora Líder e Seguradoras conveniadas e a Susep. Obs.: É de responsabilidade do outorgante a veracidade das informações e documentos apresentados e disponibilizados ao outorgado.



COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
24 Set. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

Alagoinha, 04 de outubro de 2018.

OOUTORGANTE



BERNADETE CONSTÂNTINO DUTRA
ALAGOINHA/PB
Phone: (83) 99105-5363

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350229/18

Número do Sinistro: 3180444684

Vítima: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA

CPF: 713.331.004-00

CPF de: Próprio

Data do acidente: 12/02/2018

BERNADETE

CONSTANTINO DUTRA

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médica-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- 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.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 29/10/2018
Nome: ALEXANDRA CESAR DUARTE
CPF: 046.502.754-74

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 29/10/2018
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

ALEXANDRA CESAR DUARTE

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA