



Número: **0803483-61.2019.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **5ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **31/01/2019**

Valor da causa: **R\$ 843,75**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

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

Partes		Procurador/Terceiro vinculado	
BERNADETE CONSTANTINO DUTRA (AUTOR)		ALEXANDRA CESAR DUARTE (ADVOGADO) JOSE EDUARDO DA SILVA (ADVOGADO)	
BRADESCO SEGUROS S/A (REU)			
Documentos			
Id.	Data da Assinatura	Documento	Tipo
33987931	04/09/2020 10:14	2747734_CONTESTACAO_Anexo_02	Outros Documentos

Rio de Janeiro, 26 de Setembro de 2018

Aos Cuidados de: **BERNADETE CONSTANTINO DUTRA**

Nº Sinistro: **3180444684**

Vítima: **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

Carta nº 13404364

Pag. 00985/00986 - carta_01 - INVALIDEZ

00020493



Rio de Janeiro, 16 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BERNADETE CONSTANTINO DUTRA**

Nº Sinistro: **3180444684**

Vítima: **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

Pag. 00201/00202 - carta_03 - INVALIDEZ



00060101

Carta nº 13479404



Rio de Janeiro, 31 de Outubro de 2018

Aos Cuidados de: **BERNADETE CONSTANTINO DUTRA**

Nº Sinistro: **3180444684**

Vítima: **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

Pag. 0120101202 - carta_03 - INVALIDEZ



00060601

Carta nº 13544677





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 0221204 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/reembolso.

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: 713.331.009 - 00 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: 713.331.009-00 Profissão: Professora
Endereço: Av. João J. de Lima Número: 112 Complemento:
Bairro: Centro Cidade: Alagoinha UF: Pb CEP: 58390000
Email: (83) 986634900

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO 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 NRO: 0042 D/V: CONTA NRO: 62358 D/V: 0
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

BANCO: CAIXA NOME: COMPREV PREVIDÊNCIA S/A NRO:
AGÊNCIA: 24 NRO: SET. 2018 D/V:
(Informar dígito se existir) (Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprometendo a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o depósito 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 íntegra: 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.**

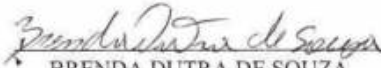
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

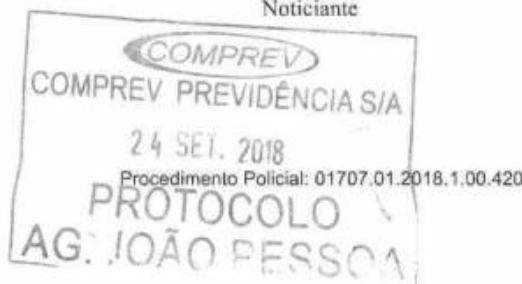
QUE trafegava com o veículo, tipo motocicleta marca e modelo: HONDA/NXR 150 BROS ES, ano e modelo: 2011/2012 de cor preta, placa: OFD 8668/PB, chassi nº 9C2KD0550CR002935, registrado em nome de José Roberto Targino de Souza, CPF nº 391.258.314-53; QUE segundo a notificante trafegava normalmente e que 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 socorrido 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
Notificante



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 interdita 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 71333100400 Data do Acidente 12/02/2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome 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 atenda 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 Líder 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 minha 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. 1018 PESSOA

João Pessoa de Setembro de 2018
Local e Data

Bernadete Constantino Dutra

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALL001 V001/2017



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
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALNTI
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA

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

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: NORA - MARIA DA LUZ MATIAS DUTRA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pr.endencia: 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

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA DESMAIO SIC

Exame Principal

Q A DE MOTO COM TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Condução

Prescrição

Horario da medicacao

Dr. Kartney Sarmiento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5804

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA SIA
24 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

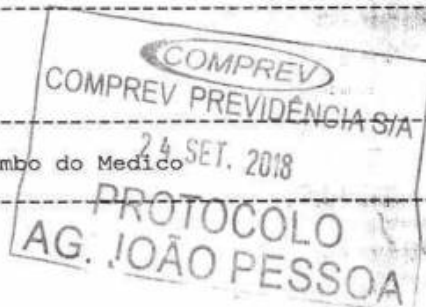
PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

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: 000000062358-0

Nr. da Autenticação 4078674334E57D72



3180444684

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda-via de conta.

Bônus para simplificar pagamento da nota fiscal/conta de energia elétrica: N° 012.740.077

ENERGISA PARAIBA - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 25 - Crato Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-000
CNPJ 09.095.193 / 0001-66 Ins. Est. 16.015.823-0

DADOS DO CLIENTE

JEAN KLEBER DA SILVA SANTANA
RUA AGENTE F. JOSE COSTA DUARTE 157 BALA 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

DESTAQUE AQUI

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

1698358-2018-00-8



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 Gera Duarte inscrito (a) no CPF sob o Nº 04650275974 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bernadete Constatino Dutra inscrito (a) no CPF sob o Nº 71333100400, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima Bernadete Constatino Dutra inscrito (a) no CPF sob o Nº 71333100400, 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 <u>Rua Agente F. José Costa Duarte</u>		Número <u>167</u>	Complemento <u>Sala 06</u>
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)
			<u>(83) 98663-4900</u>

João Pessoa, 30 de Outubro de 2018
Local e Data

Alexandra Gera Duarte
Assinatura do Declarante

DLDRL.001 V001/2017



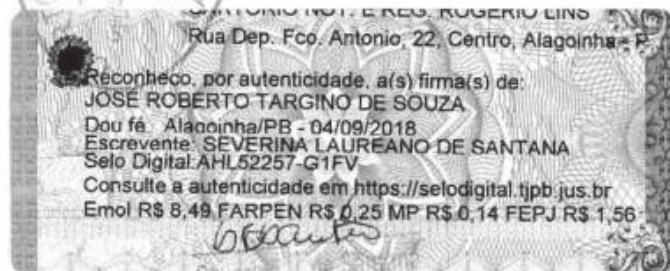
Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, Jose Roberto Targino de Souza,
RG nº 943.976, data de expedição 04/09/82,
Órgão SSPB, portador do CPF nº 391.258.334-57 com
domicílio na cidade de Alagoinha, no Estado de
Pernambuco, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
Projetado, nº SIN.,
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 constantino Dutra cujo o condutor era
Brenda Dutra de Souza.

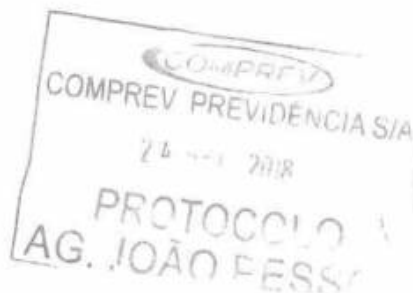
Veículo: Motocicleta
Modelo: Honda/NXR 150.BWS ES
Ano: 2011/2012
Placa: OFD 8668/PA
Chassi: 9C2KPD0550ER 002935
Data do Acidente: 12/02/18
Local e Data: Alagoinha 04/09/18.

Jose 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)



Escrevente - ad-hoc autorizada





CERTIDÃO

Nº. 0878/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Buritry, 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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

Dente 11 dental sob arco

Incisão:

Achados:

Conduta:

1) Anestesia local
2) Preparo do dente
3) Redução com bico de dente
4) Preparo do dente 2,0mm
5) Preparo do dente 5,0mm
6) Preparo do dente 11mm

Fechamento:

OBS:

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
24 SET. 2013

Dr. André Luis Siqueira
Ortopedia Traumatologia -
Oncologia Musculoesquelética
CRM: 8207/033000207 TEOT 11797

Data:

22/07/2013
PROT. 11
AG. JOAO PESSOA

MÉDICO/CRM

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

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
Recepcionista: GILMAR DE SOUTO CAVALANTI
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA

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

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: NORA - MARIA DA LUZ MATIAS DUTRA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Pré-dia: 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

PA: FR:

FC: TP:

Peso: Altura:

Glicemia: IMC:

Circ. Abd: O2%:

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

[] Aparentemente Bem [] Grave

[] Politraumatizado [] Convulsao

[] Hemorragia [] Dispneia

[] Diarreia [] Agitado

[X] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

NEGA DESMAIO SIC

Queixa Principal

Q A DE MOTO COM TRAUMA DE PUNHO ESQUERDO

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

Diagnostico

Prescricao

Horario da medicacao

Dr. Kartney Sarmiento
Ortopedia e Traumatologia
CRM-PB 5804

COMPREV
COMPREV PREVIDENCIA S/A
24 SET. 2018
PROTOCOLO
AG. JOAO PESSOA



Data e Hora | PRESCRIÇÃO (assinatura e carimbo)

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

Qtd	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao

Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

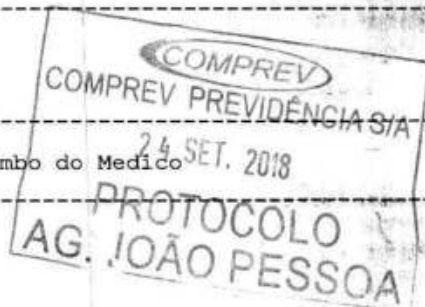
PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

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

Assinatura do Paciente/Responsavel

Assinatura e Carimbo do Medico





CERTIDÃO

Nº. 0878/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINHIA GRILO 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, Rosângela Medeiros Escorel Almeida, Médica da Vigilância à saúde, dato 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





DESCRIÇÃO DA CIRURGIA	
Posição e Preparo:	
	Deitado sobre o lado
Incisão:	
Achados:	
Conduta:	1) Anestesia e limpeza 2) Anestesia do gto 3) Redução com técnica de Hill 4) Fixação com 2,0mm 5) Revulso pela S. U. de Revisão
Fechamento:	
OBS:	Dr. André Luís Siqueira Ortopedia/Traumatologia - Oncologia Musculoesquelética CRM: 62071033000257 TEOT 11797

Data:

22.09.2020
PROTÓCOLO
TAG. JOÃO PESSOA

MÉDICO/CRM

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



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 2.006.689 -2 VIA DATA DE EXPEDIÇÃO 10/04/2012

NOME **BERNADETE CONSTANTINO DUTRA**

FILIAÇÃO **MANOEL CONSTANTINO DA SILVA**
MARIA AVELINO SOBRINHO

NATURALIDADE **ALAGOA NOVA-PB** DATA DE NASCIMENTO **25/09/1934**

DOC. ORIGEM **CASAM N. 3369 FLS. 144 LIV. 31**
CARTORIO GUARABIRA-PB

CPF **713.331.004-00**

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

CARTeira DE IDENTIDADE

MAIOR DE 65 ANOS

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL

INSTITUTO DE POLÍCIA CIENTÍFICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

COMPREV

EV PREVIDÊNCIA SIA

24 SET. 2018

PROTOCOLO

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 - OSTEOSÍNTESE 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 Constantino Dutra,
brasileiro(a), estado civil casada, profissão
Aposentada, CI RG nº 2.006.689,
CPF/MF nº 713.331.004-00, residente e domiciliado(a) à Rua
Albino F. de Lima, 112 Centro Alagoinha,
Cidade de Alagoinha, Estado
Paraíba, CEP: 58390-000, telefone
(83) 99105.5363, (83) 98663.4900.

OUTORGADO: 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.



Alagoinha, 04 de setembro de 20 18.

Bernadete Constantino Dutra

OUTORGANTE



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0350229/18

Número do Sinistro: 3180444684

Vítima: BERNADETE CONSTANTINO DUTRA

CPF: 713.331.004-00

Seguradora: GAZIN SEGUROS S.A.

Data do acidente: 12/02/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BERNADETE
CONSTANTINO DUTRA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-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

ALEXANDRA CESAR DUARTE

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

