

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 05 de Fevereiro de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190094330**

**Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

**Data do Acidente: 15/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS**

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

**Senhor(a), JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

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

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 19 de Fevereiro de 2019**

**Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190094330**      **Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

**Data do Acidente: 15/07/2018**      **Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS**

**Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO**

**Senhor(a), JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =      R\$ 2.362,50

**Recebedor: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

**Valor: R\$ 2.362,50**

**Banco: 104**

**Agência: 000004806**

**Conta: 0000017383-0**

**Tipo: CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 21 de Maio de 2019

**Aos Cuidados de: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

**Nº Sinistro: 3190094330**

**JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

**Data do Acidente: 15/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS**

**Assunto: REANÁLISE DE PROCESSO - CONDUTA MANTIDA**

**Senhor(a),**

Em atendimento à sua solicitação, foi feita a reanálise médica do seu pedido de indenização por invalidez permanente, cadastrado sob o **número de sinistro 3190094330**.

Como a documentação apresentada não indica a existência de novas lesões permanentes ou de agravamento daquelas já indenizadas em decorrência do acidente sofrido, o seu pedido de reanálise foi encerrado e o valor indenizado mantido, conforme legislação vigente.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://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**

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

Rio de Janeiro, 21 de Agosto de 2019

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190094330**

**Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

**Data do Acidente: 15/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS**

**Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE**

**Senhor(a), JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

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

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

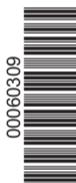
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**Rio de Janeiro, 27 de Agosto de 2019**

**Nº do Pedido do**

**Seguro DPVAT: 3190094330**

**Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

**Data do Acidente: 15/07/2018**

**Cobertura: INVALIDEZ**

**Procurador: ROBERTO JOSE DOS SANTOS**

**Assunto: REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT**

**Senhor(a), JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA**

Após revisão da Análise Médica Documental ou perícia em 27/08/2019, verificou-se que a lesão permanente apresentada já foi adequadamente indenizada, nos termos da Lei nº 6.194, de 1974, não tendo sido identificado agravamento da invalidez permanente da vítima, ou nova lesão permanente decorrente do mesmo acidente de trânsito.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para você



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

**PARIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUSPENSAOES)**  **INVALIDEZ TERRINAMENTE**  **MORTE**

Data, para todos os fins de direito, constar na endereçaria da carta azul, conforme o exemplente anexo. <b>[ANEXAR COPIA]</b>	
<b>RENDIMENTOS:</b> <input checked="" type="checkbox"/> <b>(C) NÃO INFORMAR</b> <input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 2.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> <b>(D) RENDA</b> <input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00 <input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	
<b>CONTA POUPANÇA</b> (informar para qual banco você tem sua conta)	
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (041) <input type="checkbox"/> CDB CORRENTE (brancos)	
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)	
<b>AGÊNCIA:</b> <u>(1806)</u> <input type="checkbox"/> <b>CONTA:</b> <u>(37383)</u> <input type="checkbox"/>	
<small>(informar o número da conta)</small> <small>(informar o número da conta)</small>	
<b>AGÊNCIA:</b> <u>( )</u> <input type="checkbox"/> <b>CONTA:</b> <u>( )</u> <input type="checkbox"/>	
<small>(informar o número da conta)</small> <small>(informar o número da conta)</small>	

**DEclararção DE ABséNCIA DE LAnçO DO IMl - PREsCRIÇÃO SOMENTE PARA COBRANÇA DE INVALidez PERMANENTE**

Declaro, sob as penas da lei, que este documento atesta que o cidadão (Nome) com os fins de regularização de seu imóvel, já me fez a declaração presencialmente, informando que (poderá ser de uma das opções):

**II - O IMI que abrange a região do acidente ou da morte realizou os**

**OIMI, que abrange a região do acidente ou da morte, realizou os** (não foram feitos) fins do Segundo DPNAL/04

**O INI, que abrange a região do acidente ou de morte e realizou as tarefas com o prazo superior a 90 (noventa) dias da pedida.**

Porém, o assinado, salvo o que é devidamente constatado no documento de Seguro DIFAT, não havendo comprovação, com base na documentação fornecida, nomeadamente, desse, em que autoriza a certificação da sua assinatura, de que o custo de Segurança Digital para ser aprovado exige a sua qualificação em todos os aspectos, de forma a garantir que a mesma é devidamente realizada, conforme o disposto na Lei 16.995/2005, é de que a mesma não é devida, com a futura possibilidade de que, caso seja constatado que a mesma é devida, proceda-se ao seu cumprimento.

ESTUDOS SOBRE DIREITO ECONÔMICO: PRESENÇA E PERTINÊNCIA DO DIREITO ECONÔMICO NA COBERTURA JURÍDICA

Letra de alta estima.  Estimativa.  Cada dia.  Incerteza.  Sempre.  Desconheço.  Nunca. Data do abuso da vítima:

Este documento é resultado de um estudo de caso da Escola Superior de Administração da Universidade de São Paulo (Esausp).

Sim  Não **Última reunião informar quando:**  Sim  Não **Última reunião:**  Sim  Não

Empreendedorismo e Segurança Social: como os empreendedores contribuem para a segurança social e o que os empreendedores podem fazer para contribuir para a segurança social.

responsible for the final version. English text © 2003 by the author.

Local e Data: Brasilândia 29 - 03 - 2019 Testemunha:  
1º Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura

(\*) Assinatura do quem autoriza a CBUV \_\_\_\_\_ | Ramo: \_\_\_\_\_

Ass. nature co. volume/ber. m<sup>3</sup> in (m<sup>3</sup>/hectare);

Digitized by srujanika@gmail.com

Assinatura do Representante - ... (se houver) Assinatura do procurador (se houver)

<sup>17</sup> A última/única etapa não aprovada deve ser considerada possuir a habilitade, maior e maior, para prender e avançar o presente formulário. A SCL 80070, na versão de 2006, contém uma maiores e maiores, composta por 1 dia de validade do 1º ao 10º dia do mês, antes de preencherem o formulário.

NECESSÁRIO ANEXAR COPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DA TITULAR.

# 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:

 091.190.264-39 *Josefa Aline da Silva Barbosa*

Nome completo:

*Josefa Aline da Silva Barbosa*

CPF:

091.190.264-39

Profissão:

Endereço:

Número:

Complemento:

*meuuscei*
*Ramal 10800*

CEP:

57.390-000

Bairro:

Cidade:

Tel.(DDD):

82 98123-9939

*Folha mude*
*Cravas*

Estado:

*AL*

E-mail:

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 OPCIÃO DE CONTA

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

 Bradesco (237)

 Itaú (341)

 Banco do Brasil (001)

 Caixa Econômica Federal (104)

 AGÊNCIA: *2806*

 CONTA: *37383*

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT, a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

ENVIO DE SINISTROS

## 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 atende a região do acidente ou da minha residência; ou

14 MAI 2019

 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 permanente decorrente de acidente de trânsito, conforme Lei 6.134/74, art. 35, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discordar do seu conteúdo.

SEGURO DA LIDER

SEGURO DA LIDER

SEGURO DA LIDER

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

 Estado civil da vítima:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima:

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

 Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos: Vivos:  Falecidos: Vítima deixou nascituro (vei nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, a indenização do Seguro DPVAT por morte aqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

 Interessado  
órgão da  
vítima ou  
beneficiário  
não alfabetizado

 Local e Data: *Cravas - AL 14.05.2019*  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 CPF: \_\_\_\_\_

(\*) Assinatura de quem assina A RODO

*X Josefa Aline da Silva Barbosa*

Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

### TESTEMUNHAS

1º | Nome:

CPF:

Assinatura

2º | Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A Sobre RODO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.





ESTADO DE ALAGOAS

9º BOR. ÁRIA

1º BOR. DO DEPTO. DE DEFESA SOCIAL

1º BOR. CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NUMERO 05554/18-0233

Pág. 2 / 2

DELEGACIA. Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4º DRP/DPJA2

DNF. 26216000

DATA/HORA COMUNICAÇÃO: 18/10/2018 16:41

DELEGACIA DESTINO. Del. Acidentes e Delitos de Trânsito 4º DRP/DPJA2

ASS.

ASS.

ASS.

ASS.

RG / MAT: 280969

RG / MAT: 280954

RG / MAT: 680980



DEPARTAMENTO DE SISTEMAS  
DPSAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGUROADORA S/A  
Av. Presidente Getúlio Vargas, 1850, Loja 17 - MAISCENTRAL



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

PARIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUSP. EM ENTARES)  INVALIDEZ TERRINAMENTE  MORTE

CPF do beneficiário:	093.390.264-39	Nome completo:	Foreza Aline de Souza Barbosa
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS	DATA DE REFERÊNCIA MENSAL DA PESSOAL/ESTRUTURA VITIMA/BENEFICIÁRIO	PERÍODO	01/01/2012
Nome da família:	Foreza Aline de Souza Barbosa	CPF:	093.390.264-39
relação:	filha	Número:	514 esse
residência:	Av. Daniel de Oliveira	Endereço:	573.320-000
Salário:	Brumadas	TELEFONE:	52961223 5919
Familia:			

Declaro, para todos os fins de lei, que residir na endereço acima é verdadeiro, conforme consta no presente anexo. <b>[ANEXAR COPIA]</b>	
<b>RENDIMENTOS:</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>01 - NÃO INFORMAR</b>	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00
<input type="checkbox"/> <b>02 - SEM RENDA</b>	<input type="checkbox"/> R\$ 1.000,00 ATÉ R\$ 3.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00
<input type="checkbox"/> R\$ 10.001,00 ACIMA	<input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00
<b>03 - BANCOS:</b> <b>04 - TITULOS BANCARIOS DO BENEFICIO DA INDEMNIZAÇÃO - ASSINA A SEU NOME NA OPÇÃO DE CONTA</b>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>CONTA DE POUPANÇA</b> (informe para qual banco você tem a sua conta)	<input type="checkbox"/> <b>CONTA CORRENTE</b> (informe para qual)
<input type="checkbox"/> Bradesco (237)	<input type="checkbox"/> Itaú (041)
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001)	<input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)
<b>AGÊNCIA:</b> <b>1806</b>	<b>CONTA:</b> <b>37383</b>
<small>(Inserir no final da conta)</small>	<small>(Inserir no final da conta)</small>
<b>AGÊNCIA:</b> <b>_____</b>	
<b>CONTA:</b> <b>_____</b>	
<small>(Inserir no final da conta)</small>	<small>(Inserir no final da conta)</small>

**DEclaracão DE ABséNCIA DE LAnDÔ DO INL - PREsCRIpTIONeMento SOmente PARA COBERTuRA DE INVALENDEzA FUNDAMENTAL**

2005-2006. As IMLs conseguiram resultados diferentes, dependendo da medida empregada:

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE VITÓRIA

Estudante  Ex-aluno(a)  Ex-estudante  Ex-estudante  Ex-estudante  Ex-estudante  Ex-estudante  Ex-estudante

Última vez que informou que não se sentia bem:  Sim  Não  Se sente bem ou não sente, informar nome completo

Local e Data:	<u>Brasília, pl 29 - 03 - 2019</u>	TESTEMUNHA:
Nome:		Nome:
CPF:		CPF:
		Assinatura

73) Assinatura do quem usou o C.R.U. \_\_\_\_\_  
74) Nome: \_\_\_\_\_  
C.P.: \_\_\_\_\_

04. FEB 2018



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

**LIAMIS (INTENSIVAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)**  **INVALIDEZ PERMANENTE**  **MOREE**

...deleitava-se com todos os direitos, afirmando, rapidamente, que não havia recebido nenhuma indicação, contudo se corre provavelmente para o TANEXCAR CÓPIA/

AGÊNCIA: 4806 CONTA: 34383 NOITEIA: CONTA: (Início e fim de cada dia) (Início e fim de cada dia) (Início e fim de cada dia)

A operação é seguida, pois, por acreditá-la contra a estrutura de juros da dívida, de tal forma, o valor da indenização varia de 0,85% ao ano.

Neo em IV, que atende a regras da residência ou tem mínima residência em I.

DECLARACION DE UNOS SEÑORES BIZCARRIOS - PRESENCIANDO SOLO EN EL DIA COCHEADA DE NIGRE.

Entendo que da ultima:  Simples  Lacoste (na Civil)  Novidade  Separar na reciclagem  Nenhuma Dica da loja da Civil:

Para que se cumpla con la legislación, es necesario que el informe de la auditoría contable sea presentado en el formato establecido en la legislación.

Vítima teve BII (n=7)  Sim  Não      Só tinha BII ou, informou quantos:  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31  32  33  34  35  36  37  38  39  40  41  42  43  44  45  46  47  48  49  50  51  52  53  54  55  56  57  58  59  60  61  62  63  64  65  66  67  68  69  70  71  72  73  74  75  76  77  78  79  80  81  82  83  84  85  86  87  88  89  90  91  92  93  94  95  96  97  98  99  100  101  102  103  104  105  106  107  108  109  110  111  112  113  114  115  116  117  118  119  120  121  122  123  124  125  126  127  128  129  130  131  132  133  134  135  136  137  138  139  140  141  142  143  144  145  146  147  148  149  150  151  152  153  154  155  156  157  158  159  160  161  162  163  164  165  166  167  168  169  170  171  172  173  174  175  176  177  178  179  180  181  182  183  184  185  186  187  188  189  190  191  192  193  194  195  196  197  198  199  200  201  202  203  204  205  206  207  208  209  210  211  212  213  214  215  216  217  218  219  220  221  222  223  224  225  226  227  228  229  230  231  232  233  234  235  236  237  238  239  240  241  242  243  244  245  246  247  248  249  250  251  252  253  254  255  256  257  258  259  260  261  262  263  264  265  266  267  268  269  270  271  272  273  274  275  276  277  278  279  280  281  282  283  284  285  286  287  288  289  290  291  292  293  294  295  296  297  298  299  300  301  302  303  304  305  306  307  308  309  310  311  312  313  314  315  316  317  318  319  320  321  322  323  324  325  326  327  328  329  330  331  332  333  334  335  336  337  338  339  340  341  342  343  344  345  346  347  348  349  350  351  352  353  354  355  356  357  358  359  360  361  362  363  364  365  366  367  368  369  370  371  372  373  374  375  376  377  378  379  380  381  382  383  384  385  386  387  388  389  390  391  392  393  394  395  396  397  398  399  400  401  402  403  404  405  406  407  408  409  410  411  412  413  414  415  416  417  418  419  420  421  422  423  424  425  426  427  428  429  430  431  432  433  434  435  436  437  438  439  440  441  442  443  444  445  446  447  448  449  450  451  452  453  454  455  456  457  458  459  460  461  462  463  464  465  466  467  468  469  470  471  472  473  474  475  476  477  478  479  480  481  482  483  484  485  486  487  488  489  490  491  492  493  494  495  496  497  498  499  500  501  502  503  504  505  506  507  508  509  510  511  512  513  514  515  516  517  518  519  520  521  522  523  524  525  526  527  528  529  530  531  532  533  534  535  536  537  538  539  540  541  542  543  544  545  546  547  548  549  550  551  552  553  554  555  556  557  558  559  560  561  562  563  564  565  566  567  568  569  570  571  572  573  574  575  576  577  578  579  580  581  582  583  584  585  586  587  588  589  590  591  592  593  594  595  596  597  598  599  600  601  602  603  604  605  606  607  608  609  610  611  612  613  614  615  616  617  618  619  620  621  622  623  624  625  626  627  628  629  630  631  632  633  634  635  636  637  638  639  640  641  642  643  644  645  646  647  648  649  650  651  652  653  654  655  656  657  658  659  660  661  662  663  664  665  666  667  668  669  670  671  672  673  674  675  676  677  678  679  680  681  682  683  684  685  686  687  688  689  690  691  692  693  694  695  696  697  698  699  700  701  702  703  704  705  706  707  708  709  710  711  712  713  714  715  716  717  718  719  720  721  722  723  724  725  726  727  728  729  730  731  732  733  734  735  736  737  738  739  740  741  742  743  744  745  746  747  748  749  750  751  752  753  754  755  756  757  758  759  760  761  762  763  764  765  766  767  768  769  770  771  772  773  774  775  776  777  778  779  780  781  782  783  784  785  786  787  788  789  790  791  792  793  794  795  796  797  798  799  800  801  802  803  804  805  806  807  808  809  810  811  812  813  814  815  816  817  818  819  820  821  822  823  824  825  826  827  828  829  830  831  832  833  834  835  836  837  838  839  840  841  842  843  844  845  846  847  848  849  850  851  852  853  854  855  856  857  858  859  860  861  862  863  864  865  866  867  868  869  870  871  872  873  874  875  876  877  878  879  880  881  882  883  884  885  886  887  888  889  890  891  892  893  894  895  896  897  898  899  900  901  902  903  904  905  906  907  908  909  910  911  912  913  914  915  916  917  918  919  920  921  922  923  924  925  926  927  928  929  930  931  932  933  934  935  936  937  938  939  940  941  942  943  944  945  946  947  948  949  950  951  952  953  954  955  956  957  958  959  960  961  962  963  964  965  966  967  968  969  970  971  972  973  974  975  976  977  978  979  980  981  982  983  984  985  986  987  988  989  990  991  992  993  994  995  996  997  998  999  1000  1001  1002  1003  1004  1005  1006  1007  1008  1009  1010  1011  1012  1013  1014  1015  1016  1017  1018  1019  1020  1021  1022  1023  1024  1025  1026  1027  1028  1029  1030  1031  1032  1033  1034  1035  1036  1037  1038  1039  1040  1041  1042  1043  1044  1045  1046  1047  1048  1049  1050  1051  1052  1053  1054  1055  1056  1057  1058  1059  1060  1061  1062  1063  1064  1065  1066  1067  1068  1069  1070  1071  1072  1073  1074  1075  1076  1077  1078  1079  1080  1081  1082  1083  1084  1085  1086  1087  1088  1089  1090  1091  1092  1093  1094  1095  1096  1097  1098  1099  1100  1101  1102  1103  1104  1105  1106  1107  1108  1109  1110  1111  1112  1113  1114  1115  1116  1117  1118  1119  1120  1121  1122  1123  1124  1125  1126  1127  1128  1129  1130  1131  1132  1133  1134  1135  1136  1137  1138  1139  1140  1141  1142  1143  1144  1145  1146  1147  1148  1149  1150  1151  1152  1153  1154  1155  1156  1157  1158  1159  1160  1161  1162  1163  1164  1165  1166  1167  1168  1169  1170  1171  1172  1173  1174  1175  1176  1177  1178  1179  1180  1181  1182  1183  1184  1185  1186  1187  1188  1189  1190  1191  1192  1193  1194  1195  1196  1197  1198  1199  1200  1201  1202  1203  1204  1205  1206  1207  1208  1209  1210  1211  1212  1213  1214  1215  1216  1217  1218  1219  1220 <input type="

Estimado(a) leitor(a) da Segurança Pública, caso exista, a menor idade de 18 anos é exigida para exercer a função de policial. Caso exista menor de 18 anos, é necessário que o(a) menor de 18 anos esteja ciente de que é proibido exercer a função de policial, caso exista menor de 18 anos, é necessário que o(a) menor de 18 anos esteja ciente de que é proibido exercer a função de policial.

Nome:	Exame Data: <u>Brasília - 28/08/2018</u>	TLS/TMR/NHAS
CPF:	Nome:	Nome:
RG:	CPF:	CPF:
		Assinatura

**\* Josefa Almeida Silveira Barbosa** **091** **Assistente de enfermagem (leitora)** **Assistente**

Assinatura de Procurador (se houver) \_\_\_\_\_ Assinatura de Procurador (se houver) \_\_\_\_\_

• A vitória sobre o Uruguai no dia 26 de dezembro de 1930, que a Argentina conquistou por 4 a 2, foi a estreia da seleção argentina na competição, que é considerada a maior competição de futebol do mundo.



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGENCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA  
R. Sereia das Flores, 6.1246 - Centro/Aracaju - CEP: 59010-000 - Aracaju/AL  
Fone: (82) 3230-0261 - DPF: 12.2200-690001-65

**DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO**

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

Conforme solicitado por Josefa Aline da Silva Barbosa, portador da CNH nº 15.07.18 as 21/014, e Identidade nº 3240806-4, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca, certifica que efetuou o atendimento da seguinte maneira:

Dados da Ocorrência:

1 - DATA: 15.07.18 as 21/014.

2 - LOCAL: AL 200.

3 - OCORRÊNCIA: O paciente caiu e caiu.

4 - VÍTIMA: Josefa Aline.

5 - DOUTOR: Hospital de Emergência do Agreste

6 - UNIDADE SOCORRISTICA: USB - 06.

7 - MÉDICO REGULADOR (nº): DR. Waldecyane Marais dos Santos.

Deu ciência da veracidade dos dados acima apresentados.



Luzar de Oliveira Aguiar  
Comendador de Melo  
SAMU  
CRM  
de Arapiraca  
Vinte de Julho  
Luzar de Oliveira Aguiar  
Cônsul Médico  
CRM 860/AL  
Samu 192, Regional Arapiraca

DEPARTAMENTO DE BUSTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEVEREIRO 2019
GENTE SECURADORA SIC
Av. Paulista, 1654 - Loja 47 - MACEIÓ/AL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL / ARAPIRACA

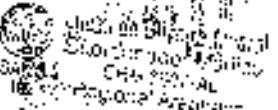
R. Silveira Périssé, n. 1088 - Jardim Recife - CEP: 57.676-080 - Arapiraca.

fone: (82) 3532-0085 - fax: (82) 3532-2599/0001-55

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca atesta o preenchimento da ficha número 501 de 15.07.18 às 21h14, onde foi realizado o atendimento ao paciente Joséfa Almeida da Silva Barbosa, sendo preenchido com nome de Joséfa Almeida. Vale salientar que por priorizar o atendimento à vítima não foi possível a verificação dos dados na ficha, sendo este o motivo do equívoco do preenchimento.

Atenciosamente,

  
Luisa de Oliveira Amaro

Coord. Médica

CRM 6607/AL

SAMU 192 - Regional Arapiraca

DESAFIMENTOS DE SINISTROS  
DIFAT  
CONTATO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GANHE SEGURADORA SIA  
09 3731-1324, 100-47-MACERIVAL

# 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: 12/02/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

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

CLIENTE: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 04806

CONTA: 000000017383-0

---

Nr. da Autenticação 7CEAEF3BCFA42512

EL-ET30BBAS DISTRIBUICAO ALAGOAS

Avenida Expedicionária Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL

Digitized by srujanika@gmail.com

IE-24007177-8

VIA 24 PA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Documento de Referência - Ano 2011 - Registro nº 4142016 da ANEEL

NE: 15030875

13.03.2014 14:31:16 0000005 5/5

卷之三

57220000 CRAIG

1

CONSUMO ÚNICO 19798590	MÊS 01/2019	PERÍODO DE CONSUMO 10/12/18 a 09/01/19
CONSUMO (kWh) 62	VENCIMENTO 16/01/19	TOTAL A PAGAR R\$ 62,25

## OBSERVAÇÕES

- Alta velocidade e cobertura de serviços da via de passageiros não será cobrada.

Phone: 0210 002 9198

[www.jstor.org](http://www.jstor.org)

62342730

ETIBRAS DISTRIBUIÇÃO ALAGOAS

卷之三

Rua Conselheiro Ivens, nº 5349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL

...  
...  
...

ISBN 978-123-456789-0001-00

IE: 24D07177-8

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
02793533	03/2019	R\$ 62,25

http://www.ebook3000.com/0012789.htm (Page 1 of 1)



positive

卷之三

BA FFV 2000

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO ALAGOAS

Av. Fernandes Lima, nº 3249, Gruta de Iourcés - MACEIÓ-AL  
CNPJ: 12.272.084/0001-00 IE 2400/177-8

VIS PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

Portaria Conforme Art. 123, Resolução nº 414/2010 da ANEEL  
NF: 14758798

## CARLOS AGUIAR: "ESTADO DE MACEDÔNIA"

BRUNA ANDRE / 6.000 0004

261780

41

CÓDIGO ÚNICO 7236237	MÊS 12/2018	PERÍODO DE CONSUMO 30/11/18 a 31/12/18
CONSUMO (kWh) 79	VENCIMENTO 08/01/19	TOTAL A PAGAR R\$ 17,60

## OBSERVAÇÕES

• A cada elemento e emissão de segunda via de pagamento não será cobrada taxa de R\$ 10,00 (dez reais), R\$ 00,00 (zero reais).

— and then —

• 1994 •

ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO ALAGOAS

Av. Fernandes Lima, nº 3349, Gruta de Lourdes - MACHADO-AL.

CNE: L 53 222 084/0001-00 IE: 24097177-8

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
72336233	12/2018	R\$ 17,60

43840414000012 62614000000015 030000007252 623012180054



DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DECAT  
DEPARTAMENTO VERIFICADO

U.S. FEDERAL

ASOCIAT. SEGUROADORA S/A

**DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO  
CIRCULAR SUSP 445/12**

Para mais informações, visite-nos no site <http://www.esquadraodelforcerj.com.br>, ou ligue para o SAC DP/AR (3000-0271/204 ou 3000-731206) ou para o seu agente de distribuição autorizado.

1.2.1.2. O Poder Executivo Federal é o integrante do processo de liquidação do imposto, conforme estabelecido a Circular nº 2001/2, disponibilizada no site da Receita Federal.

Journal of the American Statistical Association, 1999, Vol. 94, No. 448, pp. 1296-1310, ISSN 0162-1459, DOI 10.1080/016214599198373, © 1999 American Statistical Association

1. **Crédito - CEF - 145/13** - Ato de determinar e receber de dívidas no mercado segurado, determinando todas as Seguradoras que devem ser pagas, e que devem ser pagas, envolvendo no pagamento de indenizações. Este extrato deve ser feito nos instrumentos de identificação pessoal, informando o nome no princípio e na base da rotina mensal, aliás, devidamente assinado e datado.

Além disso, a inexistência de indicações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização caso o segurado, comprovado por documento de referência, tenha essa profissão e nível de renda.

Supplementary material to the article: *Effect of thermal treatment on the microstructure and properties of a polyurethane-polyisobutylene blend*

Conselho de Desenvolvimento Sustentável da Prefeitura de São Paulo, que integra a rede estrelada da Música e da Festa da Cidade, por meio da qual é possível participar de aulas de canto, oficinas, palestras, debates, encontros, entre outros.

Digitized by srujanika@gmail.com

2. Results and methods

Declaração simples, no modelo de declaração do IR, poderá ser feita pelo segurado de forma conjunta com a seguradora Lulu - DPVAT, resultar no endereçamento do boleto, que pode ser pago diretamente no momento da emissão da declaração.

Estimaciones de la tasa de crecimiento de la población en el mundo, 1950-2050

Amherst 629 : Janus 19 2019

Robert F. Sante  
Vitiligo DC 1000, MD

44.FEV.2019



ESTADO DE ALAGOAS  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – SESAU  
HOSPITAL DE EMERGÊNCIA DR. DANIEL HOULY  
Rodovia AL 220 km 05 S/N, Senador Arnon de Melo,  
CEP: 57.315-745, Tel. (82) 3539-8634  
Arapiraca-AL



## DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, nascida no dia 02/02/1990, filha de Maria Bezerra da Silva, deu entrada nesta unidade hospitalar no dia 15/07/2018, vítima de colisão carro x carro, conforme P:34799.

Declaramos ainda que, no momento da emissão do boletim de emergência, o nome do paciente, nome da mãe, data de nascimento foram grafados incorretamente, isto aconteceu devido às informações imprecisas fornecidas no momento da sua entrada.

Arapiraca, 14 de agosto de 2018.

*Denise Valente H. Col*

DEPARTAMENTOS DE SINISTROS DPVAT CONTÉUDO NÃO VERIFICADO	04 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S/A Av. Pátria, 1074 - Lote 17 - MACEIÓ/AL	



**CHAMA – Centro Hospitalar Manoel André**  
**CNPJ: 04.710.210.0001-24**  
Rod. AL 220 Km 02 Bairro Senador Arnon de Melo  
Arapiraca-AL fone. 3521-4782

## DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que de acordo com o  
prontuário de nº 51287, deu entrada nesta unidade  
Hospitalar a paciente JOSEFA ALINE DA SILVA  
BARBOSA, interna no dia 16/07/2018, para tratamento  
cirúrgico e recebeu alta dia 20/07/2018.

Sem mais para o momento desde já nos colocamos a  
inteira disposição, para qualquer esclarecimento.

Arapiraca, 27 de Setembro de 2018.

Manoel André  
Faturamento  
Hospital Chama

Setor: Faturamento  
Hospital Chama

04/09/2018  
04/09/2018  
VERIFICADO

04/09/2018

SEGURO DA SIA  
Lote 17-MACEIÓ/AL

**RELATÓRIO MÉDICO**

Nome do paciente: José da Silva Dr. Silveira Barreto  
Endereço: \_\_\_\_\_

Número do prontuário (ou Boletim de Emergência): 397.99.  
Data de Entrada: 11/17/18. Data de Saída: 16/01/18

Dr. J. Salles da Dívida Fim 0

Dr. J. Salles da Dívida Fim 0

INDICATOS DE SÍNOS  
DNAT  
QUAISQUER SÃO VERIFICADOS

04 FEV 2019

GENIF SEGURADORA  
Agen. TPA 17-17-MACE

Arapiraca-AL, 23 de Junho de 2018.

Dr. Marcos José G. dos Reis  
Resp. Relatório Médico CRN/AL-359  
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly  
Arapiraca - Alagoas

3599

Rodovia AL 220 - km 05 s/n - Bairro Senador Arnon de Mello  
Fone: (82) 3539-8634 - Cep: 57300-970 - Arapiraca



MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGÊNCIA DO AGreste

No. DO BE: 609205

DATA: 15/07/2018  
SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

HORA: 21:45

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: JOSEFA ALINE  
IDADE: 29 ANOS

SEXO: FEMININO

## PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Código	Descrição	Profissional
15/07/18	Paciente deu entrada no ócio vermelho, vítima de cedimento, acordada, responso, em acomodamento, em face e USC, tonus isométrico, PUP funcional, abdome mole, patina em Hb D, medula e encorvir hinde para realizar exames.	
	#087-	
	Pac. entrou h cedimento - edema em face do desfer h. - fave ①	
	Neuroexame: OK	
	H1: Tratamento do Desfer o Fave ①	
	cl. ① Internar hospital	
	② Trocar Esquerd	
15/07/18 22:50h	BMF - Acidente automobilístico Aparece FCC em pálpebra superior ①. São mal d patina dos olhos da FCC.	

- ① AV  
② Sutura  
③ Alta BMF

~~Intago Mesquita  
Cirurgião-Dentista e implantodontista  
CRM-PE 274~~

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 FEVEREIRO 2019

GENTE SEGURADORA S/A  
001-100-17-MACEIÓ/AL

## FICHA DE INTERNAÇÃO

### 1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data / Hora: 06/07/2010 14:57

Atendimento: 136210

Prontuário: 00051287

Nome: JOSÉFA ALINA DA SILVA BARBOSA

Data de Nasc.: 02/02/1990

Idade: 28 Anos 5 Meses 10 Dias

Sexo: FEMININO

Cor: Parda

Religião:

CPF:

RG: 32408064

CNS:

Endereço: RUA FOLIA BRUCA

Nº: 0

Bairro: LARCA RURAL

Cidade: CRAIBAS

Estado: AL

CEP: 57320630

Fone: 82.999166320 | Celular: 82.

Profissão

Nome da Mãe: MARIA DEZERRA DA SILVA

Convênio: SUS

Nº da Carteira: 8650000278323002

Unidade de Internação: APARTAMENTO COLETIVO - RR

Leito: APT 316

Médico: GUSTAVO FRANCISCO VASCONCELLOS NASCIMENTO

Origem do Atendimento: RECEPCAO PA-

### ...:ANAMNESE DO PACINETE:...

#### Histórico da Doença Atual:

VÍCTIMA VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO CAUSANDO FRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO COM NECESSIDADE DE TRAUMATOPLASTIA PARA CORREÇÃO DA FRATURA.

#### Antecedentes Pessoais:

---

#### Exame Físico:

UOL: DIFERENCIADO E INTOLENÇA FUNCIONAL EM MIO

#### Diagnóstico Provisório:

FRATURA DE DIAFISE DO FEMUR DIREITO

Tratamento Proposto:  Clínico  Cirúrgico

Usuário do Atendimento

---

DEPARTAMENTOS DE SINISTRO AL 6101 RQE 2889

DPVAT DANIEGNE 980008288883296

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Médico Responsável

04-FEV-2010

GENTE SEGURADORA SIA  
 Av. Paz, 1351, Ltj 17-MACEIÓ/AL

# Hospital da Restauração



CRM/AL

Atendimento: 136210

Prontuário: 51287

Paciente: JOSEFA ALICE DE OLIVEIRA BARBOSA

Sexo: FEMININO

Idade: 28 Anos 5 Meses 16 Dias

Mae: MARIA DE LURDES DA SILVA

Data de Nasc.: 02/07/1990

CNS:

## BOLETIM OPERATÓRIO

DATA: 10 DE JULHO DE 2019

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

### DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

FRACTURA DE LIGAMENTO DE FEMUR DIREITO

### OPERAÇÃO REALIZADA

TRATAMENTO CHIRURGICO DE FRACTURA DIAPHISARIA DE FEMUR DIREITO

CRM: 6101  
CRM: 6101  
CRM: 6200  
CRM:

CRM:

### INSTRUMENTADOR

CRM: 6101  
CRM: 6200  
CRM:

Anestesiado: HEDSON EVERSON DE OLIVEIRA MELO

### DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

PACIENTE EM COH SOB ANESTESIA  
MEDIDA: FATO SEPARADO  
INCISÃO LATERAL AO FEMUR DIREITO  
DIVISÃO DOS PLANOIS ATÉ FOCO DE FRACTURA  
REDUÇÃO CRÍTICA E FIXAÇÃO COM PLACA BLOQUEADA E PARAFUSOS BLOQUEADOS  
EMC COM SPO2  
REVIRADA DA HEPATOSTASIA  
SUTURA FUTURA  
ERUPÇÃO DE SORVETE

CLASSIFICAÇÃO DE SINISTROS  
DIFAT  
ULTIMELON NÃO VERIFICADO

Dr. Daniel Olas Esteves  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-AL 6101 RQE 2889  
CNES 980016238663296

04 FEV 2019

DANIEL DIAS CRM: N° 6101

Médico(a)

GENTE SEGURADORA SIA  
111111-17-MACEIÓ/AL

CHAMAS

Paciente:  
JOSE ALINE DA SILVA BARBOSA

Data de Nasc:  
02/02/1990

Idade:  
28 Anos 5 Meses 16

Prontuário:  
51287

### BOLETIM ANESTÉSICO

UNIDADE CIRÚRGICA:

SALA

ATENDIMENTO: 136210

TIPO SANGUÍNEO:  
AVISO CIRURGIA:

CIRURGIA: GES DE POUUR

INÍCIO:

TÉRMINO:

TÉCNICA ANESTÉSICA: RAQUIANESTESIA

DURAÇÃO:

#### SEGURANÇA DO PACIENTE

#### PRÉ-INDUÇÃO

- Paciente identificado e avaliado antes da indução  
 Termo de Consentimento informado assinado  
 Antibiotico Prophylaxia  Não  Sim Qual: CEFAZOLINA  
Agente de anestesia: Dose: 2G Via: EV  
 Contraindicação de anestesia e aconselhamentos

Medicação pré-anestésica:  Sim  Não  
Hora: \_\_\_\_\_  
Fármaco: \_\_\_\_\_  
Via:  vo  IM  IV  TV  Outro  
Efeito Satisfatório  Sim  Não

#### DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

PA: 135x75	P: 68	SPO: 98	ASA: 2	PESO: 65
------------	-------	---------	--------	----------

#### DIAGNÓSTICO

Pré-Operatório:

#### CIRURGIA/PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO COM OU SEM INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Inicio da Anestesia:

Inicio Cirurgia:

Posição Operatória:  Cefalocervical  Cefalocaudal  Ginecológica  DD  DV  DLP  DLE  Sentado

Uso de toxinas:  Sim  Não Local:

#### TÉCNICA ANESTÉSICA

Acesso Vascular:  Periférico  Central Localização:

Dificuldade da punção  Sim  Não

#### ANESTESIA GERAL

Sim  Não

Tipo:  Indireta  
 Ventilação  
 Mecânica

#### Respiração:

- Assistida  Espontânea  Manual  
 Controlada  Volume  Pressão

Dispositivo para via aérea:  Guedel/Nasofaringea

M. Laringea nº:  Cuff  Oral  Fácil  Difícil

Tuba nº:  Simples  Aramado  Endotrônquico

Técnicas:  Laringoscópio direta  Retrógada  
 Broncofibroscopia  Traqueostomia

Círculo: Círculo com absorvedor CO2  Sim  Não

Ventilação / Sistema:  Datex  Drager  Dräger  Duplo 1  Magleson / Bain  Outro

Bloqueio espinhal:  Sim  Não

Posição:  Sentado  Decúbito lateral

Pré:  Radicular  Perineal  Duplo bloqueio

Cateter:  Sim

Não

Min. de mundo:  0/2  1/2  2/2  3/2  4/2  5/2  Hilar Sacro

Opióide:  Sim

NERVOUS SISTERS

Nº punções: 01

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEB 2019



Data de Nasc:

Idade: 28 anos 5 Meses 16 Prontuário 51287

15m 40m 45m 50m 65m 90m 05m 10m 15m 20m 25m 30m 35m 40m 45m 50m 55m 60m

## FLUXOGRAMA DO ATO ANESTÉSICO

Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	245
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	240
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	200
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	180
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	160
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	140
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	120
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	100
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	80
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	60
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	40
Sta.	<input checked="" type="checkbox"/>	20

## MEDICAMENTOS

Dr. Hudson Melo  
Anesthesiologists  
RM 6300 / RQE N°3664

HIPERBRA - CÓDIGO DA - CRM: N° 6306

Méjico (a)

04 FEV 2019

ESTATE PLANNING FOR A SIA



Hospital - Restauração

JOSEFA ALINE DA SILVA DR  
Sex:Mas  
Data de nascimento:13/07/2018

Data da aquis: 18/07/2018  
Hora da aquis: 17:55:01  
Índice de esp: 2250

JOSEFA ALINE DA SILVA DR. DANIEL  
Sex: MASC  
Data de Nascimento: 18/07/2018

Dia de agora: 18/07/2011  
Hora de agora: 17:59:51  
Índice de esp.: 193

Dir.

THE SIAA - 2010 - 2011 - 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016

四百四十七

• 100 •

© 1997 ACTA

CHAVE DESEGURADORA S/A  
Av. Paulista 1834, Lote 17 - MACEIÓ

10 WATCHES  
10 ELEGANTES

Escala: 0,68

Figure 10-68

ID PAT013394  
ID de técnico: 390

Escale  
HOSPI<sup>TE</sup> DA RESTAURA

三十六

HOSPITAL CHAMA - RODOVIA AL 220 KM 04, S/N - ARAPIRACA - AL  
FONE: 3530-8388 / 3521-6905 / 3521-4781  
SITE: [www.hospitalchama.com.br](http://www.hospitalchama.com.br)





Hospital e Restauração



JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA DR. CHAM  
Sexo: Feminino  
Data de nascimento: 16/07/2018  
Hora de aquisição: 17:07:43  
Índice de exp.: 2170

Dir.

ID: PAT013868  
ID de técnico(a) 00

Escala: 0-62  
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

ID: PAT013868  
ID de técnico(a) 00

Escala:  
HOSPITAL DA RESTAUR

HOSPITAL CHAMA - RODOVIA AL 220 KM 04, S/N - ARAPIRAGA AL  
FONE: 3530-8388 / 3521-6905 / 3521-4781  
SITE: [www.hospitalchama.com.br](http://www.hospitalchama.com.br) SEGURO  
Av. Pernambuco, 1.617 - MACEIÓ - AL  
Av. Pernambuco, 1.617 - MACEIÓ - AL

RESUMO DE ALTA

DATA DA ALTA - 22/03/2019 07:46:00

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSEFA ALINE DA SILVA  
RG: 32408064  
BARBOSA  
IDADE: 29 Anos  
SEXO: FEMININO  
PESO:  
Data de Nascimento: 02/02/1990  
ALTURA:

PRESTADOR ASSISTENTE: - DANIEL DIAS ESTEVEZ

DATA DE ATENDIMENTO: 20/03/2019 08:04:52 ATENDIMENTO: 187596 TEMPO DE PERMANÊNCIA: 2 Dia(s)

CONVÊNIO: AMIL

PLANO: ENFERMARIA

DIAGNÓSTICO

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICO(S) SECUNDÁRIO(S):

DIAGNÓSTICO INICIAL: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

DIAGNÓSTICO DE ALTA: S723 - FRATURA DA DIAFISE DO FEMUR

EXAMES

DATA DO PEDIDO EXAMES

20/03/2019 HEMOGRAMA

20/03/2019 COAGULOGRAAMA

20/03/2019 GLICOSE

DEPARTAMENTOS DE REGISTROS  
PPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAI 2019

GENTE SEGURADORA SIA  
Av. Presidente Vargas, 171 - Centro  
CEP 25010-170 - Belo Horizonte - MG

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEFALOTINA SODICA 1G INJETAVEL

21/03/2019

21/03/2019

CONDUTA DE ALTA

MOTIVO DA ALTA: ALTA COM PREVISÃO DE RETORNO PARA ACOMPANHAMENTO DO PACIENTE

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRÚRGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ORTOFÉDIA E TRAUMATOLOGIA

2º DPO FIXAÇÃO DE REFRAÇÃO DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRENCIAS

PACIENTE SEM QUEIXAS, BOA PERFUSÃO TECIDUAL, FO DE BOM ASPECTO

CD: ALTA HOSPITALAR

AGUINALDO SEGUNDO GURGEL DA N PEREIRA

CRM-7658



Complexo Hospitalar Manoel André

Prontuário: 51287

Atendimento: 00187596

Nome do Paciente: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data do Atendimento: 20/03/2019

Data de Nascimento: 02/02/1990

Idade: 29a 1m 17d

Sexo: FEMININO

Convênio: AMIL

Plano: PLANO UNICO

Unidade de Internação: APARTAMENTO COLETIVO - HR

Leito: APT 316

## EVOLUÇÃO MÉDICA

### EVOLUÇÃO

#### ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

2º DPO FIXAÇÃO DE REFRATURA DE DIAFISE DE FEMUR DIREITO  
PROCEDIMENTO SEM INTERCORRÊNCIAS

PACIENTE SEM QUEIXAS, BOA PERFUSÃO TECIDUAL, FO DE BOM ASPECTO

CD: ALTA HOSPITALAR

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

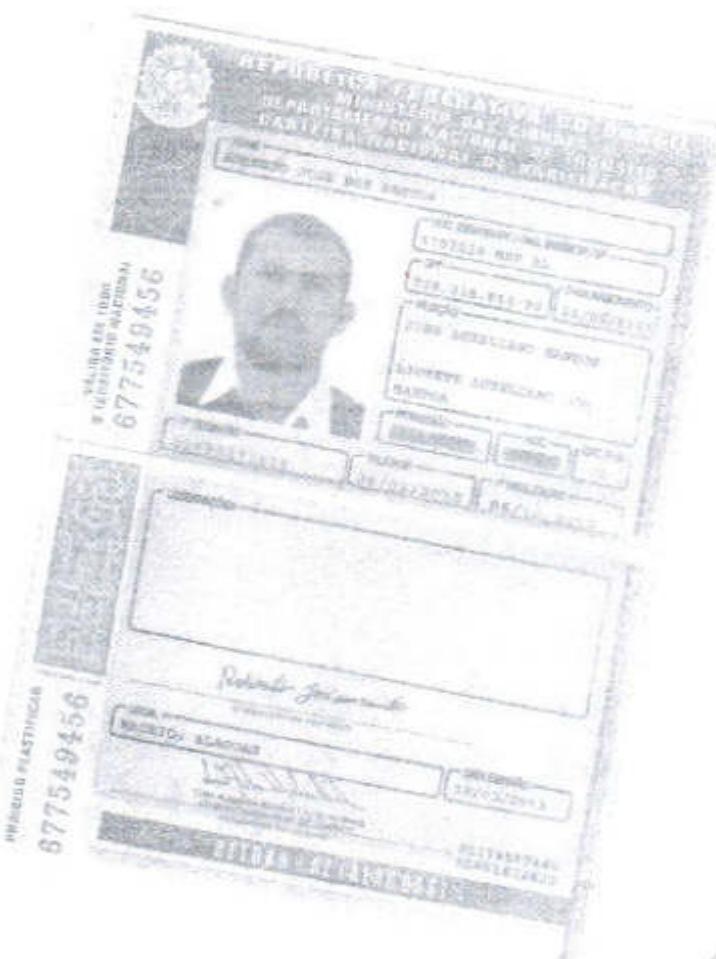
14 MAI 2019

AGENTE SEGURODORA SIA  
AV. PAULISTA 16117 - MACEIÓ/AL

rapiraca, 22 DE MARÇO DE 2019

AGUINALDO SEGUNDO GURGEL DA N PEREIRA  
- CRM: Nº. 7658





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADÕES

DETINIAN - AL  
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO  
Nº 013856272355

Placa:

2018

COO. INTEGRAHAR

ENTR. C.

5 MARCOS FERREIRA DA SILVA  
NOME

01 00167264548

Placa:

EGN3188

COO. INTEGRAHAR

ENTR. C.

5 MARCOS FERREIRA DA SILVA  
NOME

Placa:

EGN3188

COO. INTEGRAHAR

ENTR. C.

Placa:

# PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



## DADOS DO SINISTRO

**Número:** 3190094330      **Cidade:** Arapiraca      **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA      **Data do acidente:** 15/07/2018      **Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

**Data da análise:** 07/02/2019

**Valoração do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR DIREITO.

**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS).  
ALTA.

**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**Sequelas:** Com sequela

**Conduta mantida:**

**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DO MEMBRO INFERIOR DIREITO.

**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 funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau leve - 25 %	17,5%	R\$ 2.362,50
<b>Total</b>			<b>17,5 %</b>	<b>R\$ 2.362,50</b>

# PROTÓCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

ASL-0040561/19

Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

CPF: 091.190.264-39

CPF de: Próprio

Data do acidente: 15/07/2018

JOSEFA ALINE DA SILVA  
BARBOSA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

SI MIG FMS: 4190094350 -0K  
PROVIMENTO: 502481 -0K

**ROBERTO JOSE DOS SANTOS : 029.318.814-90**

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

**JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA : 091.190.264-39**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o pedreco e a evolução do pedido de Indenização, acesse [www.upvseguro.com.br](http://www.upvseguro.com.br) ou ligue 0800-0221204.

A indenização para acidente permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e accordance com a tabela de acidentes da lei 6194 / 74.

DOCUMENTAÇÃO RECEBIDA

A documentação deve ser protocolada com a documentação de entrega. Caso haja mais de cópias apresentadas, a documentação original deve ser protocolada e as demais devem ser encaminhadas ao ato do atendimento. Caso haja uso no aviso de protocolo.

A responsabilidade pela guarda das documentações é do cliente.

## Portador

Data da entrega: 04/02/2019

Nome: ROBERTO JOSE DOS SANTOS

CPF: 029.318.814-90

DEPARTAMENTO DE SINISTROS  
UPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

ROBERTO JOSE DOS SANTOS

04 FEB 2019

Data do cadastramento: 04/02/2019

Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

CPF: 091.128.924-08

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

AGENDE SEGURO  
Av. Faz. 1284, Loja 17 - MACEDÔNIA

### PROBLEMAS PARTICULARES

[Please enter one or two words. Examples: key word or other resources]

GUNNAR GABRIEL

... Josefa Aline de Silva Barbosa

• *Brasilero*

600.75 CMH 20170152

Item number: 3240806-4

22.09.190264-39.

1997-08-01

Mr. R. Daniel Mayaguez S/N Folio N-12

57-320-060 Crayon

Digitized by srujanika@gmail.com

17086, 5

Author: John [Sig/AS]-EKA

Digitized by srujanika@gmail.com

Page 17 of 17

4771 029316 614.90

Profissão: ADVOGADO - 11.01.2014

Specimen: ER680A Map: 061 Sub: 061 Date: 2020-04-23 14:11:25 User: 00000000000000000000000000000000

Estimated — 1 6-1 99263-4108 100-10000-1000

Peço, portanto, que imediatamente compareça ao Procurador, nomeado e constituido meus bastante procurador, o qual possui status qualificado, a quem confio poderoso especial para representar-me perante o SCS-000400041-008-D05 CONSELHOS DO SEGURO DPVAT e suas respectivas autoridades, e que, no encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro dirigido a DPVAT, o consagrando ex-estorquido poderes para assinar, enviar e/ou requerer a qualquer entidade ou interessado (pessoas seguradoras consorciadas, indutridas, receber indenizações, entre outras) ações e/ou reclamações, e/ou encaminhamento, quando substabelega e possível e aferir, todos os tipos de direitos que possam existir, para a defesa de meus direitos.

mandado e/ou de receber a a validação do **SEGURO COAGATÓRIO DPVAT** para viagem: **Geiza Aline da Silva Botelho**

04 FEV 2019

LAWRENCE

• *gonya* *Alina* *de* *Silva* *Bonbon*

### Assinatura do AUTOR/AGENTE

“Second, under Title 10, section 2210, of the National Defense Authorization Act for Fiscal Year 2011, the Secretary of Defense...

© EKTE SABURAUORA SIA  
M. P. 1001, LIMA 15 - PERU

Reconheço por autenticidade a(s) Firma(s) de Maria Lúcia  
Meire Sáli

Em testa  
Canadá, 21.11.2019

Valido somente com  
Sala de emergência

# PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040561/19

**Vítima:** JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

**CPF:** 091.190.264-39

**CPF de:** Próprio

**Data do acidente:** 15/07/2018

**Titular do CPF:** JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

**Seguradora:** AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

## DOCUMENTOS ENTREGUES

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Comprovação de ato declaratório  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

**ROBERTO JOSE DOS SANTOS : 029.318.814-90**

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

**JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA : 091.190.264-39**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

## 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](http://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: 04/02/2019  
Nome: ROBERTO JOSE DOS SANTOS  
CPF: 029.318.814-90

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 04/02/2019  
Nome: JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA  
CPF: 091.128.924-08

ROBERTO JOSE DOS SANTOS

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA