
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

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

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

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



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** 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 14338634



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

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



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ RÁPIDO (DESPEJAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF do segurado:

CPF do vítima:

Nome completo do vítima:

033.390.264-38 JORDA ALINE DA SILVA BARBOSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA VÍTIMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 12/2012

Nome do segurado:

JORDA ALINE DA SILVA BARBOSA

CPF:

033.390.264-38

Profissão:

recusou

Nome do representante legal:

Daniel Motaquinos

Número:

512 casa

Endereço:

Rua Maria

Cidade:

Brasília

Estado:

DF

CPF:

57.320-000

Endereço:

Rua Maria

Cidade:

Brasília

Estado:

DF

CPF:

57.320-000

Endereço:

Rua Maria

Cidade:

Brasília

Estado:

DF

CPF:

57.320-000

Endereço:

Rua Maria

Cidade:

Brasília

Estado:

DF

CPF:

57.320-000

Defina, com todos os fins de direito, o endereço onde a vítima residia, conforme o comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSUAIS:

☒ RENDAS MENSUAIS

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

CONTAS BANCÁRIAS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINAR PARA OPÇÃO DE CONTAS

☒ CONTA POUANÇA

Nome do banco para depósito mensal (informar o nome do banco)

☐ CONTA CORRENTE

(informar o nome do banco)

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

Nome do BANCO:

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA:

4806

CONTA:

37383

AGÊNCIA:

CONTA:

CONTA:

CONTA:

CONTA:

CONTA:

CONTA:

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(informar o nome do banco)

(

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:

093.190.264-39 Jozefa Aline da Silva Barbosa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Jozefa Aline da Silva Barbosa

Profissão: recusou Endereço: R. Daniel Malachias

Bairro: Folha miúda Cidade: Craibas Estado: RJ

E-mail: CEP: 57.390-000

Tel. (DDD): 82 98103-9939

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

REDA MENSAL:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

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

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

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2806 CONTA: 37383

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

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

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter a avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado Local e Data: Craibas - RJ 14.05.2019

Nome: Jozefa Aline da Silva Barbosa
CPF: Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

TESTEMUNHAS

1ª | Nome: CPF:

Assinatura

2ª | 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 SEU RÓGO, 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	BOLETIM DE OCORRÊNCIA	NUMERO 05554/18-0233	Pág. 2 / 2
GRUPO ARIA	DELEGACIA Del. Acidentes e Crimes de Trânsito 4ª DRP/DPJ42	DATA/HORA COMUNICAÇÃO: 16/10/2018 19:41	
DEPARTAMENTO DE DEFESA SOCIAL	POMF. 39216000	DELEGACIA DESTINO Del. Acidentes e Crimes de Trânsito 4ª DRP/DPJ42	
POLICIA CIVIL			
NOTIADO	ASS. <i>[Signature]</i>	RG / MAT.: 830580	
ASS. <i>[Signature]</i>	ASS. <i>[Signature]</i>	RG / MAT.: 256554	
ASS. <i>[Signature]</i>	ASS. <i>[Signature]</i>	RG / MAT.: 650060	
ASS. <i>[Signature]</i>			



DEPARTAMENTO DE SEGURANÇA
 DPVAT
 CONTEUDO NÃO-RECORRIDO
 04 FEV 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Pa. 1854, Loja 17-MACEDONAL

Selecione o(s) tipo(s) de cobertura:

☐ RÁPIDO (DESPEJAS DA ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)

☒ INVALIDEZ PERMANENTE

☐ MORTE

CPF do segurado:

CPF do vítima:

Nome completo do vítima:

033.390.264-38 JORDA ALINE DA SILVA BARBOSA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS DA VÍTIMA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSP. Nº 12/2012

Nome do segurado:

JORDA ALINE DA SILVA BARBOSA

CPF:

033.390.264-38

Profissão:

recusou

Profissão:

daniele m. almeida

Número:

512 casa

Endereço:

rua maria

Cidade:

brasília

Estado:

DF

CEP:

71200-000

CPF:

57.320-000

Telefone:

80983284938

Defina, com todos os fins de direito, o endereço onde a vítima morava, conforme o comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDAS MENSUAIS:

☒ RENDAS MENSUAIS

☐ ATÉ R\$1.000,00

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$10.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00

☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$7.000,00

☐ ACIMA DE R\$10.000,00

CONTAS BANCÁRIAS DO BENEFICIÁRIO DA INVALIDEZ - ASSINAR PARA OPÇÃO DE CONTAS

☒ CONTA POUANÇA

Nome do banco para depósito mensal (informar o nome do banco)

☐ CONTA CORRENTE

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

4806

CONTA:

37383

0

AGÊNCIA:

CONTA:

(informar agência e conta)

(informar agência e conta)

(informar agência e conta)

(informar agência e conta)

Antes de assinar este formulário, o segurado deve ler atentamente o Manual do Segurado do Seguro DPVAT, que está disponível no site do LIDER, e o Manual do Segurado do Seguro DPVAT, que está disponível no site do LIDER, e o Manual do Segurado do Seguro DPVAT, que está disponível no site do LIDER.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não houve laudo do Instituto Médico Legal (IML) emitido em decorrência do acidente de trânsito que resultou na morte ou invalidez permanente da vítima, conforme consta no documento de identificação do acidente.

☒ Não há IML que atenda a região do acidente ou da morte, conforme consta no documento de identificação do acidente.

☐ O IML, que atenda a região do acidente ou da morte, não realizou o exame no prazo de 30 (trinta) dias do acidente.

☐ O IML, que atenda a região do acidente ou da morte, realizou o exame com prazo superior a 30 (trinta) dias do acidente.

Em caso de assinatura do laudo de identificação do acidente, o segurado deve apresentar, no prazo de 30 (trinta) dias do acidente, o laudo de identificação do acidente, emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), com o prazo de validade de 30 (trinta) dias, para a análise do LIDER, e o Manual do Segurado do Seguro DPVAT, que está disponível no site do LIDER, e o Manual do Segurado do Seguro DPVAT, que está disponível no site do LIDER.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Declaro, sob as penas da lei, que não há outros beneficiários, conforme consta no documento de identificação do acidente.

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Nome do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Endereço do beneficiário: ☐ Vítima ☐ Cônjuge Civil ☐ Dependente ☐ Separado Legalmente ☐ Outro

Assinatura do segurado

Local e Data: brasília 29-03-2019

Assinatura do segurado/beneficiário (se beneficiário)

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do representante legal (se houver)

Assinatura do representante legal (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome:

CPF:

Assinatura

2ª Nome:

CPF:

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

Assinatura

04 FEV 2019

Em caso de assinatura do laudo de identificação do acidente, o segurado deve apresentar, no prazo de 30 (trinta) dias do acidente, o laudo de identificação do acidente, emitido pelo Instituto Médico Legal (IML), com o prazo de validade de 30 (trinta) dias, para a análise do LIDER, e o Manual do Segurado do Seguro DPVAT, que está disponível no site do LIDER, e o Manual do Segurado do Seguro DPVAT, que está disponível no site do LIDER.



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
SE - VICE DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA
R. Sebastião Pinheiro, 1.946 - Centro Novo - CEP: 57.000-000 - Arapiraca/AL
- Fone: (32) 3530-0066 - FAX: (32) 3530-0066

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

Conforme solicitado por Josefa Aline da Silva Barbosa, portador(a) da CDF nº 091.190.064-18 e Identidade nº 3240806-4, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca, certifica, que efetivou o atendimento da seguinte maneira:

Dados da Ocorrência:

- 1 - DATA: 15.07.18 às 21h14.
- 2 - LOCAL: AL 220.
- 3 - OCORRÊNCIA: Causa súbita e morte.
- 4 - VÍTIMA: Josefa Aline.
- 5 - DESTINO: Hospit. de Emergência do Agreste.
- 6 - UNIDADE SOCORRISTA: USB 06.
- 7 - MÉDICO (a) REGULADOR (a): Dr. Weltygane Farias Novais dos Santos.

Deu ciência da veracidade dos dados acima apresentados.



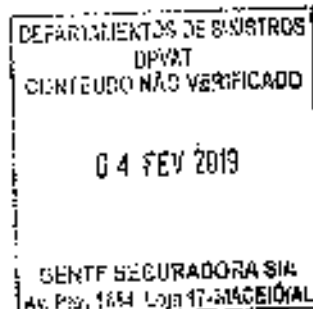
Lucas de Oliveira Amaral
Coordenador Técnico
Operacional
Regional Arapiraca

Lucas de Oliveira Amaral

Celso Médico

CRM 86006/AL

Samu 192 Regional Arapiraca





ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DA SAÚDE

SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS

SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU REGIONAL ARAPIRACA

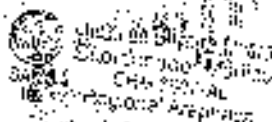
R. Sílvio Pereira n. 1085 - Jardim Nacional - CEP: 57.600-080 - Arapiraca.

Fone: (32) 3532-0085 Fax: (32) 3532-259/0001

Arapiraca, 28 de Agosto de 2018.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - Samu 192 Arapiraca atende o preenchimento da ficha número 001 de 16.07.18 às 21h14, onde foi realizado o atendimento ao paciente Josefa Alina da Silva Barbosa sendo preenchido com nome de Josefa Alina. Vale salientar que por priorizar o atendimento à vítima não foi possível a verificação dos dados na consulta, sendo este o motivo do equívoco do preenchimento.

Atenciosamente,



Lucas de Oliveira Amaral

Coord. Médico

CRM 6607/A1

Samu 192 - Regional Arapiraca

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DOVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENE SEGURADORA S/A
RUA F. S. 1334, 100 - 47-MACEDÔNIA

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

100%

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

DOI: 10.2720/8490001-00

LF: 24007177-8

Equilíbrio Conforme Art. 123, Resolução 414/2016 da ANEEL

NF: 1503087b

CLERICO: WELVES FELIX SANTOS SILVA

RICHARD H. AGUIAR, 595.

FOY HAMILTON

57270000 CRAIGAS

AL

CÓDIGO ÚNICO 17198520	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

- A taxa de emissão e a emissão a seguir da via de pagamento não será cobrada
- Ligue Fianco: 0800 087 0198

အမျိုးမျိုး ဖွဲ့စည်းထားသော အဖွဲ့အစည်းများ

6. 342 733

ELETOBRAS DISTRIBUIÇÃO ALAGOAS

Abstract The purpose of this study was to determine the effect of a 12-week training program on the physical fitness of 10-year-old children. The study was conducted in a primary school in the city of Ankara, Turkey. The study group consisted of 20 children (10 boys and 10 girls) who were randomly selected from the 10-year-old children in the school. The children were divided into two groups: a control group and an experimental group. The control group did not participate in any physical activity during the study period, while the experimental group participated in a 12-week training program. The training program consisted of aerobic, strength, and flexibility exercises. The physical fitness of the children was measured at the beginning and at the end of the 12-week period. The results of the study showed that the experimental group had significantly higher levels of physical fitness than the control group at the end of the 12-week period. The study suggests that a 12-week training program can improve the physical fitness of 10-year-old children.

Av. Fernandes Lima, nº 5349, Gruta de Lourdes - MACEIÓ-AL

INR: 12.272.084/0001-00

IF: 24007177-8

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
02703536	01/2019	R\$ 62,25

13600900000.822500030003.000000012799.853301190056



resivít

CONCLUSIONS AND VERIFICATION

14 FEB 2018

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

Para obter o formulário, clique em <http://www.seguredadepdv.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 027 204 ou 0800 031206. O formulário deve ser preenchido e assinado pelo segurado.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O formulário deve ser preenchido e assinado pelo segurado, no momento da aplicação no sinistro, conforme estabelecido a Circular Número 445/12, disponível em www.suspe.gov.br.

Arquivo: **DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO (CIRCULAR SUSPE 445/12) (ASPKY.V0-18) CODIGO=29636**

A Circular SUSPE 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras devem manter um cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter informações sobre o pagamento de indenizações, incluindo informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal, além de manter a documentação necessária.

A ausência de fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Segurado, desde que o mesmo esteja de acordo com a Circular SUSPE 445/12, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

Seguradoras devem manter o cadastro de todas as pessoas envolvidas no pagamento de indenizações, incluindo informações acerca da profissão e da taxa de renda mensal, além de manter a documentação necessária.

O formulário deve ser preenchido e assinado pelo segurado, no momento da aplicação no sinistro, conforme estabelecido a Circular SUSPE 445/12, disponível em www.suspe.gov.br.

Em nome de: ROBERTO JOSÉ DOS SANTOS, Inscrição (at) do CPF sob o Nº 029.375.514 / 90, a qualificação de: SEGURADOR (a) / Intermediário (a) do denunciante, JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, CPF sob o Nº 393.350.264 / 39, do número de DPVAT cobertura: JAVILICO, da Vítima JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA, Inscrição (a) do CPF sob o Nº 093.350.264 / 39, conforme determinação da Circular SUSPE 445/12.

A (a) Seguradora (a) responsável: _____, Representante (a): _____, e anexar todos os documentos comprobatórios:

PROCURAÇÃO.

2. Preencher o formulário.

Declaramos, sob as penas da lei, que a presente prova de ocorrência junto à seguradora LIDER DPVAT, resultará no endereço abaixo, em anexo, e que o mesmo comprova a ocorrência de sinistro informado.

Esta prova, se não for entregue, a presente declaração poderá ser considerada falsa, conforme previsto no art. 299 do Código Penal.

NOME: MARCELO ANDRÉ		Número de Complemento: 0000000000	
Cidade: CENTRO		UF: ALAGOAS	
CEP: 57.000-000		Telefone celular (DDD): 82 98133-4919	

Assinatura de: Roberto José dos Santos de 2019

Assinatura de: _____

Roberto José dos Santos
Assinatura de: _____

VERIFICADO

04 FEB 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.

Josefa Aline da Silva Barbosa
Assinatura do paciente ou responsável





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.

Valéria Farias
Faturamento Hospital Chama

Setor Faturamento
Hospital Chama

RECEBUE SINISTROS
DNVAT
SINISTRO VERIFICADO

04 FEV 2019

SEGUROADORA S/A
L. 17-MACEIÓAL

RELATÓRIO MÉDICO

Nome do paciente: José Aline de Jesus Barbosa
Endereço: _____

Número do prontuário (ou Boletim de Emergência): 34799
Data de Entrada: 11/7/18 Data de Saída: 16/07/18

Ref: 5 atores da Diferença

Ref: Lx + Fx

CONTROLE DE SINOS
DE VOT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

04-FEV-2019

GENIE SEGURADORA
AL-17-MACE

Arapiraca-AL, 23 de Julho de 20 18.


Dr. Marcos José G. dos Reis
Resp. Relatório Médico CPMAL-SES
Unidade de Emergência Dr. Daniel Houly
Arapiraca - Alagoas

A2

L 07

MS/DATASUS		UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE							
No. DO BE:	609205	DATA:	15/07/2018						
SETOR:		11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS	HORA:	21:45					
IDENTIFICACAO DO PACIENTE									
NOME:	JOSEFA ALINE	DOC:	GERSON						
IDADE:	29 ANOS	NASC:	00/00/0000						
ENDERECO:	POV FOLHA MIUDA	SEXO:	FEMININO						
COMPLEMENTO:		NUMERO:							
MUNICIPIO:	CRAIBAS	BAIRRO:	ZU						
NOME DA MAE:		UF:	AL						
RESPONSAVEL:	SAMU	CEP:	79107-100						
LOCAL DE PROCEDENCIA:	ARAPIRACA								
MOTIVO DO ATENDIMENTO:	COLISAO - CARROS								
CASO POLICIAL.....:	NAO	PLANO DE SAUDE:	NAO						
ACID. TRABALHO....:	NAO	VEIO DE AMBULANCIA:	SPM						
TRAUMA.....:	S								
PA:	[160 x 100 mmHg]	PULSO:	[]	TEMP.:	[]	SpO2:	98		
EXAMES COMPLEMENTARES:	[]	RAIO X	[]	SANGUE	[]	URINA	[]	TC	[]
	[]	LIQUOR	[]	ECG	[]	ULTRASSONOGRAFIA	[]		[]
DADOS CLINICOS: Paciente vítima de colisão de carro. Hipoc. osso, virilha, abdome. M. de abd. em fôrma de cinta. Vaginas OK 03 anos. EV: como cervical indolente, fôrnix simétrico, com bráides na reg. vulva, simétrico, e per. pubis cheio, carnoso. Apgar 15, 80 e 100.									
DIAGNOSTICO: 1. indolente após colisão e fôrma de cinta									
PRESCRICAO									
HORARIO DA MEDICACAO									
Rx de Fêmur @ + Bacia + Joelho @ + Tórax									
S.F. 0,9500 ml EV									
Tilatil 40 mg EV									
Dipiridano 1 g EV									
Trombol 100 mg 2 EV									
S.F. 0,9 100 ml EV									
DATA DA SAIDA: 16/07/2018									
ALTA: [] DECISAO MEDICA [] A PEDIDO [] A REVELIA [] DESISTENCIA									
[] ENCAMINHADO AO AMBULATORIO									
INTERNAÇÃO NO PRÓPRIO HOSPITAL (SETOR):									
TRANSFERENCIA (UNIDADE DE SAUDE):									
OBITO: [] ATE 48HS [] APOS 48HS [] FAMILIA [] IML [] ANAT. PA									
ASSINATURA DO PACIENTE/RESPONSAVEL									
ASSINATURA E CARIMBO DO MEDICO									

16/07/2018 00:10 - Rx de Tórax sem alteração em Ambulatório

DECLARACAO DE SINISTROS
OPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO
04.FEV.2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Par. 1834, Loja 17-RACEIOAL

Dr. Gerson Victor L...

MS/DATASUS

UNIDADE DE EMERGENCIA DO AGRESTE

No. DO BE: 609205

DATA: 15/07/2018

HORA: 21:45

SETOR: 11 - SALA CURATIVOS E SUTURAS

IDENTIFICACAO DO PACIENTE

NOME: JOSEFA ALINE

IDADE: 29 ANOS

SEXO: FEMININO

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

Codigo	Descricao	Profissional
15/07/18	Paciente deu entrada na área vermelha, vítima de capotamento, acordada, responsiva em ambos membros, em face e USC, tórax simétrico, PVP funcional, abdome indolor, fratura em H.D. medula e encaminhada para realizar exames.	
	# ORT -	
	Pac. vítima de capotamento - evidenciada fratura do osso da face (D)	
	Neurovascular: OK	
	H.D. Teste de Diferença de Força (D)	
	Ch. ① Inten. em Hospital	
	② Traço Esquela	
15/07/18	BMF - Acidente automobilístico	
22:50h	Apresenta PCC em pálpebra superior (D). Sem sinal de fratura dos ossos da face.	

- ① AL
② Sutura
③ Alta BMF

Dr. Thiago Mesquita
Ortopedia e Traumatologia
CPOAL 2974

ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

FICHA DE INTERNAÇÃO

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Data / Hora: 15/07/2019 14:37

Atendimento: 136210

Prontuário: 00051287

Nome: JOSÉFA RILNE DA SILVA BARBOSA

Data de Nascimento: 02/02/1990

Idade: 28 Anos 5 Meses 10 Dias

Sexo: FEMININO

Cor: Parda

Religião:

CPF:

RG: 32408064

CNS:

Endereço: RUA POLIANA BRAGA

Nº: 0

Bairro: ZONA RURAL

Cidade: CRAIBAS

Estado: AL

CEP: 57326530

Fone: 82. 909166320 | Celular: 82.

Profissão

Nome da Mãe: MARIA BEZERRA DA SILVA

Convênio: UNIVEM

Nº da Carteira: 8650000278323002

Unidade de Internação: APARTAMENTO COLETIVO - RR

Leito: APT 316

Médico: GUSTAVO FRANCISCO VASCONCELOS NASCIMENTO

Origem do Atendimento: RECEPCAO PA-

...ANAMNESE DO PACIENTE:...

História da Doença Atual:

PACIENTE VÍTIMA DE ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO CAUSANDO FRATURA DE DIAFISE DE FÊMUR DIREITA COM NECESSIDADE DE TRATAMENTO CIRÚRGICO PARA CORREÇÃO DA FRATURA.

Antecedentes Pessoais:

Exame Físico:

DOE DEFORMIDADE E INTOLERÂNCIA FUNCIONAL EM MIO

Diagnóstico Provisório:

FRATURA DE DIAFISE DO FÊMUR DIREITO

Tratamento Proposto: ☐ Clínico ☒ Cirúrgico

Usuário do Atendimento:

RQE 2889

Dr. Daniel Dias Esteve

Ortopedia e Traumatologia

CRM-AL 6101 RQE 2889

DPVAT DANIEL DIAS ESTEVE

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO Médico Responsável

04 FEV 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Paz, 1851, Lj 17-MACEIÓAL

Atundimiento: 136210

Prentuário: 51287

Sexo: FEMININO

Idade: 28 Anos 5 Meses 16 Dias

Data de Nasc.: 02/02/1990

CNS:

BOLETIM OPERATÓRIO

FIM^a

DURAÇÃO:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

OPERAÇÃO REALIZADA

CRM: 6101

CRM: 6200

CRM

INTRODUCTION

FIM:

DURAÇÃO:

CRME:

DESCRIÇÃO OPERATÓRIA

Dr. Daniel Dias Esteves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-AL 5101 RQE 2889
CNS 980016238663296

DANIEL DIAS CRM Nº. 6101

Médico(a)

DESEMPENHOS DE SINISTROS
UFVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEB 2019

GENTE SEGURADORA S/A
R. ... 17 - MACEIÓ

CHAMA

Paciente:
JOSELA ALINE DA SILVA BARBOSA

Data de Nascimento:
02/02/1990

Idade:
28 Anos 5 Meses 16

Prontuário:

51287

BOLETIM ANESTÉSICO

UNIDADE CIRÚRGICA:

SALA

ATENDIMENTO: 136210

TIPO SANGÜÍNEO:

AVISO CIRURGIA:

CIRURGIA: OES DE FUNOR

TIPO DE ANESTESIA: RAJUT ANESTESIA

INÍCIO:

TÉRMINO:

DURAÇÃO

SEGURANÇA DO PACIENTE

PRÉ-INDUÇÃO

☒ Paciente identificado e avaliado antes da indução

☒ Termo de Consentimento informado assinado

☒ Antibiótico profilático ☐ Não ☒ Sim Qual: CEFAZOLINA

☒ Sonda de saturação: Dose: 2G Via: EV

☒ Equipamentos de Anestesia e acessórios checados

Medicação pré-anestésica: ☐ Sim ☐ Não

Hora:

Fármaco:

Via: ☐ VO ☐ IM ☐ IV ☐ IV ☐ Out

Efeito Satisfatório ☐ Sim ☐ Não

DADOS VITAIS E ANTROPOMÉTRICOS ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

PA: 135x15

P: 120

SPO: 98
2

ASA: 2

PESO: 65

DIAGNÓSTICO

Pré-Operatório:

CIRURGIA/PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO COM OU SEM INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

Início da Anestesia:

Início Cirurgia:

Posição Operatória: ☐ Cefalocaudal ☐ Cefalocranial ☐ Ginecológica ☒ DD ☐ DV ☐ DLD ☐ DLE ☐ Sentado

Uso de coxins: ☐ Sim ☒ Não Local:

TÉCNICA ANESTÉSICA

Acesso Venoso: ☒ Periférico ☐ Central Localização:

Dificuldade da punção ☐ Sim ☐ Não

ANESTESIA GERAL ☐ Sim ☒ Não

Tipo: ☐ Intubação
☐ ventral
☐ dorsal

Respiração:

* Assistida: ☐ Espontânea ☐ Manual

* Controlada: ☐ Volume ☐ Pressão

Dispositivo para via aérea: ☐ Guedel/Nasofaríngea

☐ M. Laringea nº ☐ Máscara Facial

Tubo nº ☐ Cuff ☐ Oral ☐ Fácil ☐ Difícil

Tipo: ☐ Simples ☐ Aramado ☐ Endobrônquico

Técnicas: ☐ Laringoscopia direta ☐ Retrograda

☐ Broncofibroscopia ☐ Traqueostomia

Circuito: Circular com observador CO2 ☐ Sim ☐ Não

Ventilação / Sistema: ☐ Datex ☐ Dräger ☐ Taema ☐ Duplo 1 ☐ Mapleson / Bain ☐ Outro

Bloqueio espinais: ☒ Sim ☐ Não

Posição: ☒ Sentado ☐ Decúbito lateral

Cateter: ☐ Sim ☒ Não

Tipo: ☒ Espinal ☐ Periférico ☐ Duplo bloqueio

Opióide: ☒ Sim ☐ Não

Nível de punção: ☐ C1-C2 ☐ C3-C4 ☒ C4-C5 ☐ C5-C6 ☐ T1-T2 ☐ T12-S1 ☐ T12-S2 ☐ T12-S3 ☐ T12-S4 ☐ T12-S5 ☐ T12-S6 ☐ T12-S7 ☐ T12-S8 ☐ T12-S9 ☐ T12-S10 ☐ T12-S11 ☐ T12-S12 ☐ T12-S13 ☐ T12-S14 ☐ T12-S15 ☐ T12-S16 ☐ T12-S17 ☐ T12-S18 ☐ T12-S19 ☐ T12-S20 ☐ T12-S21 ☐ T12-S22 ☐ T12-S23 ☐ T12-S24 ☐ T12-S25 ☐ T12-S26 ☐ T12-S27 ☐ T12-S28 ☐ T12-S29 ☐ T12-S30 ☐ T12-S31 ☐ T12-S32 ☐ T12-S33 ☐ T12-S34 ☐ T12-S35 ☐ T12-S36 ☐ T12-S37 ☐ T12-S38 ☐ T12-S39 ☐ T12-S40 ☐ T12-S41 ☐ T12-S42 ☐ T12-S43 ☐ T12-S44 ☐ T12-S45 ☐ T12-S46 ☐ T12-S47 ☐ T12-S48 ☐ T12-S49 ☐ T12-S50 ☐ T12-S51 ☐ T12-S52 ☐ T12-S53 ☐ T12-S54 ☐ T12-S55 ☐ T12-S56 ☐ T12-S57 ☐ T12-S58 ☐ T12-S59 ☐ T12-S60 ☐ T12-S61 ☐ T12-S62 ☐ T12-S63 ☐ T12-S64 ☐ T12-S65 ☐ T12-S66 ☐ T12-S67 ☐ T12-S68 ☐ T12-S69 ☐ T12-S70 ☐ T12-S71 ☐ T12-S72 ☐ T12-S73 ☐ T12-S74 ☐ T12-S75 ☐ T12-S76 ☐ T12-S77 ☐ T12-S78 ☐ T12-S79 ☐ T12-S80 ☐ T12-S81 ☐ T12-S82 ☐ T12-S83 ☐ T12-S84 ☐ T12-S85 ☐ T12-S86 ☐ T12-S87 ☐ T12-S88 ☐ T12-S89 ☐ T12-S90 ☐ T12-S91 ☐ T12-S92 ☐ T12-S93 ☐ T12-S94 ☐ T12-S95 ☐ T12-S96 ☐ T12-S97 ☐ T12-S98 ☐ T12-S99 ☐ T12-S100

Nº punções: 01

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

REVISÃO EQUIPAMENTO

Prontuário

SENTESEGURODORA S/A

Paciente: JOSEFA ALMEIDA SILVA BARBOSA

Data de Nasc: 02/02/1990

Idade: 28 Anos 5 Meses 16
Prontuário: 51287

Minutos: 25m 40m 45m 50m 55m 00m 05m 10m 15m 20m 25m 30m 35m 40m 45m 50m 55m 00m

FLUXOGRAMA DO ATO ANESTÉSICO

MPA:

V.A. ☒ 240
 V.A. ☒ 220
 P.A. ☒ 200
 P.A. ☒ 180
 P.A. ☒ 160
 P.A. ☒ 140
 P.A. ☒ 120
 P.A. ☒ 100
 P.A. ☒ 80
 P.A. ☒ 60
 P.A. ☒ 40
 P.A. ☒ 20

MEDICAMENTOS:

NORMAIS / DIVERSOS	QTD.	UNID.	NORMAIS / DIVERSOS	QTD.	UNID.	ANESTÉSICOS	QTD.	UNID.
ASPIRINA			PLASIL	10	MG	NEO PESADA	12	MG
PARACETAMOL			PARITIDINA	50	MG	MORFINA	80	MCG
PARACETAMOL	2	SUPR.	TELONICAM	40	MG	MIDAZOLAM	5	MG
PARACETAMOL SIMPLES								
FLUOREMÉDICA								

OBSERVAÇÃO:

Atestado emitido em 15 DE JUNHO DE 2019

Dr. Hudson Melo
 Anestesiologista
 CRM 6306 / RQE N°3664

Atestado emitido em 04 DE FEVEREIRO DE 2019

Médico (a)

04 FEV 2019

Atestado emitido em 04 DE FEVEREIRO DE 2019

JOSEFA ALINE DA SILVA DR. DANIEL
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/2018

Data de aquis: 18/07/2018
Hora de aquis: 17:59:01
Índice de exp.: 2250

JOSEFA ALINE DA SILVA DR. DANIEL
Sex: Masc.
Data de nascimento: 18/07/2018

Data de aquis: 18/07/2018
Hora de aquis: 17:59:51
Índice de exp.: 193

Dir.

DEPA. PATENTES DE SINISTRO
DPVAT
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

04 SET 2019

GEN. DE SEGURADORA SIA
Ar. P. 1834, L. 17, MACEIÓ

ID PAT 013994
ID de Médico Jairo

Escala: 0.68
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

ID PAT 013994
ID de Médico Jairo

Escala
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO



Hospital da Restauração

JOSEFA ALMEIDA SILVA SAMPOA, DR. GOSJAVO
Socio-fundador
Data de nascimento: 05/07/2018

Dir.

ID: 00000000
ID: 00000000

HOSPITAL CHAMA - RODOVIA AL 220 KM 04, S/N - ARAPIRACA - AL

FONE: 3530-8388 / 3521-6905 / 3521-4781

SITE: www.hospitalchama.com.br

Data de aquisição: 05/07/2018
Hora de aquisição: 15:50
Início de validade: 05/07/2018

DR. GOSJAVO SILVA
PRVAT
CONTEUDONACIONAL

04/07/2018

CENTO SEGURADORA S/A
RUA 15 - 15 - 15 - 15



JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA - DR. CINTIANO OLIVEIRA - 16/07/2018
Sex: Feminino
Data de nascimento: 16/07/2018
Índice de exp.: 2170

JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA - DR. CINTIANO OLIVEIRA - 16/07/2018
Sex: Feminino
Data de nascimento: 16/07/2018
Índice de exp.: 2170

Dir.



ID PATO13868
ID de técnico: jairo

Escala: 0.62
HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

ID PATO13868
ID de técnico: jairo

HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO

RESUMO DE ALTA

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

IDENTIFICAÇÃO

NOME: JOSEFA ALINE DA SILVA
BARBOSA

RG: 32408064

PESO:

IDADE: 29 Anos

SEXO: FEMININO

ALTURA:

Data de Nascimento:

02/02/1990

PRESTADOR ASSISTENTE:

- DANIEL DIAS ESTEVES

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 COAGULOGRAMA

20/03/2019 GLICOSE

INFECÇÕES

ANTIBIÓTICO

DATA INICIAL

DATA FINAL

CEFALOTINA SODICA 1G INJETAVEL

21/03/2019

21/03/2019

CONDUTA DE ALTA

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

PROCEDIMENTO DE ALTA: FRATURAS DE FEMUR - TRATAMENTO CIRURGICO

OBSERVAÇÃO DE ALTA: ORTOFEDIA E TRAUMATOLOGIA

2º DPO FIXAÇÃO DE REFRATURA 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 Marvlei 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

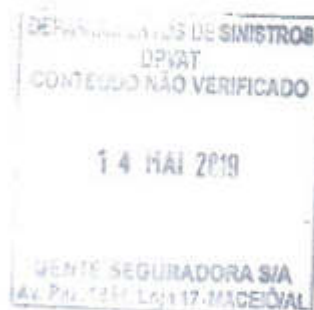
EVOLUÇÃO

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

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

CD: ALTA HOSPITALAR



rapiraca, 22 DE MARÇO DE 2019

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

RELATÓRIO MÉDICO PARA AVALIAÇÃO DE INVALIDEZ PERMANENTE, TOTAL OU PARCIAL
Atenção: A finalidade deste relatório é avaliar a avaliação de invalidez permanente, não sendo obrigatório a sua apresentação.

NOME COMPLETO DA VÍTIMA:

Josefa Maria da Silva Escobar

NÚMERO DO SINISTRO

DECLARAÇÕES DO MÉDICO (DE PRÓPRIO PUNHO)

DATA DO ACIDENTE: 15/07/2018 DATA DO INÍCIO DO TRATAMENTO: 15/07/2018

LESÕES RESULTANTES DO ACIDENTE:

fratura do úmero do membro direito

DADOS RESUMIDOS DOS TRATAMENTOS REALIZADOS (DATAS)

tracção esquelética com membro inferior direito - 15/07/2018

proteção com placa e parafusos - 18/07/2018

EXISTE ALGUM DEFEITO OU DOENÇA PRÉ-EXISTENTE? () SIM (X) NÃO

CASO POSITIVO DESCREVER:

COM RELAÇÃO A INVALIDEZ PODE-SE CONCLUIR QUE:

() A INVALIDEZ É TEMPORÁRIA, PORTANTO PASSÍVEL DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA ATRAVÉS DE TRATAMENTO.

(X) A INVALIDEZ É PERMANENTE, OU SEJA, NÃO HÁ POSSIBILIDADE DE RECUPERAÇÃO SIGNIFICATIVA OU DE CURA.

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

14 MAI 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Pôr. 1634, L01-17-MACEIÓ

GRAU DE INCAPACIDADE FUNCIONAL IRREVERSÍVEL (especificar o segmento ou órgão atingido)

SEGMENTO ANATÔMICO OU ÓRGÃO AFETADO

Perda de 70% de função do membro inferior direito

AFIRMO QUE ASSISTI E / OU AVALIEI A VÍTIMA NO PERÍODO DE
RESPOSTAS ACIMA SÃO COMPLETAS E VERDADEIRAS.

Assinatura

LOCAL

DATA

ANEXAR CÓPIAS DE PRONTUÁRIOS RELATIVOS AO ACIDENTE

LOCAL

DATA

ASSINATURA

ASSINATURA E CARIMBO

07/2018 A 07/2018
Dr. Osvaldo Henrique Esteves
CRM 8101 RQE 24595
CNS 1428665296

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA JUSTIÇA
DEPARTAMENTO NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR
TANQUE NACIONAL DE DEFESA DO CONSUMIDOR

Nome: JOSE DA SILVA
RG: 123456789
CPF: 123.456.789-01
Data de Nascimento: 12/03/1980
Sexo: M
Profissão: MOTORISTA
Endereço: AV. BRASIL, 100
Cidade: RIO DE JANEIRO
Estado: RJ
CEP: 20000-000

Assinatura: *Jose da Silva*
Data: 12/03/2018
Assinatura do Representante: *[Assinatura]*
Data: 12/03/2018

Valor em R\$ 1000
Nº (CONTINENTE NACIONAL)
677549456

Valor em R\$ 1000
Nº (CONTINENTE NACIONAL)
677549456

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
04 FEV 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Pôr do Sol, Loja 17-MACEIÓAL

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

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

UF: 01 COO: 00167264548 ANO: 2018

NOME: MARCOS FERREIRA DA SILVA

CPF / CNPJ: 37724721840 PLACA: EGN3188

PLACA ANT: UF: EGN3188 AL: 9BGRJ6940AG190112

TIPO: PAS/AUTOMOT/EL/NEUTRAL COMBUSTÍVEL: ALCO/CASOL

MARKA: MODELO: GM/PRISMA JOY ANO: 2010

CAP: POT: CIL: 5P/97CV CATEGORIA: PARTIC PRETA

VEIC. COTA ÚNICA: 1º 41,40 2º 0,17 3º 45,72
PAGO EM: 1º 41,40 2º 0,17 3º 45,72
PARCELAMENTO / COTAS: 1º 41,40 2º 0,17 3º 45,72

PREMIO TARIÁRIO: 41,40 0,17 45,72 DATA DE PAGAMENTO: 10/05/18

SEM RESERVA DE DOMÍNIO
OBSERVAÇÕES: *****

LOCAL: CRAIBAS - ALV DATA: 10/05/2018
GLAB: ANTONIO CARLOS GONCALVES B7C1

DETRAN

CONTRAN

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

AL Nº 013856272355 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA

www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO: 2018 DATA EMISSÃO: 10/05/2018

UF: 01 CPF / CNPJ: 37724721840 PLACA: EGN3188

RENAVAM: 00157264548 MARCA: MODELO: GM/PRISMA JOY

ANO FAB: 2009 ANO REG: 1 Nº CHASSI: 9BGRJ6940AG190112

PRÊMIO TARIÁRIO: 18,63 2,07 20,70
DENATIM (R\$): 4,15 0,17 45,72

CUSTO DO BILHETE (R\$): 4,15 0,17 45,72

COTA ÚNICA: 41,40 0,17 45,72 DATA DE COTAÇÃO: 10/05/18

SEGUROADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 00.340.5087001-04

04 FEV 2019

VEÍCULO NÃO VERIFICADO

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
Total			17,5 %	R\$ 2.362,50

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Cobertores do Seguro DUT

ASL-0040561/19

Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

CPF: 091.190.264-39

Data do acidente: 15/07/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS REQUERIDOS

Sinistro

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

SINISTRO: 2190094350 - OK

PROPOSTA: 502481 - OK

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

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

A indenização por danos permanentes é de até R\$ 13.500,00 e seu valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de avaliação de danos permanentes na lei 6194 / 74.

A indenização recebida é

A documentação e os documentos de identificação, originais ou cópias autenticadas, devem ser protocolados como entrada de entrega de documentos. A documentação deve ser entregue no ato do atendimento para inclusão no aviso de entrega de documentos.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do cliente.

Portador de

Data da entrega: 04/02/2019
Nome: ROBERTO JOSE DOS SANTOS
CPF: 029.318.814-90

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

ROBERTO JOSE DOS SANTOS
04 FEB 2019

RECEBUEIRO DE SINISTROS
OPVAT
CONTEUDO NÃO VERIFICADO

AGENTE SEGURADORA S/A
Av. Fátima, 1864, Lda 17-MACEIOAL

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA

PROCURAÇÃO PARTICULAR

(Previamente com letres de forma legível e sem rasuras)

OUTORGANTE:

Nome: Josefa Aline da Silva Barbosa

Residência: Brasileiro

Estado Civil: Solteira

Idade: 3240806-4

CPF: 091.190.264-39

Profissão: Agricultor

Endereço: R. Daniel Malaguinhas S/N Foz de Munda

Cidade: 57.320-000 Cratiba

Telefone: 19 98393-9838

TUTORADO:

Nome: BRUNO LUIZ DOS SANTOS

Nome: BRASILEIRO

Estado Civil: SOLTEIRO

Idade: 17.06.2010

CPF: 029.318.814-90

Profissão: ACAD. MGR. J. M. DIR. Q.

Endereço: PRAC. MANOEL ANTONIO N. ZENHA 28-48 CENTRO DE ARAPIRACA AL

Cidade: 57.500-005

Telefone: 19 99240-2008 002-99240-1709

Pela presente procuração para a Procuração, nome e constituo meu bastante procurador o Sr. João Carlos de Almeida, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT e suas filiais e subordinadas, e para ele encaminhar o pedido de indenização referente ao seguro obrigatório DPVAT, concedendo ao outorgado poderes para assinar, enviar e/ou requerer todos os documentos necessários para os seguradores consorciados, incluindo receber informações sobre prazos e condições de indenização, podendo substabelecer e prestar, entre, todos os atos de direito permitidos para o fiel e perfeito cumprimento da

condição e/ou de requerer a indenização do SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT para a

vida de Josefa Aline da Silva Barbosa

DESEMPENHO DE SIMSINOS
DPVAT
CONTROLE NÃO VERIFICADO

04 FEV 2019

SETE SEGURADORA S/A
Av. Paulista, 1518 - JARDIM PAULISTA

Cratiba, 29-02-2019

Local e data

Josefa Aline da Silva Barbosa

Assinatura do TUTORANTE

(Deverá ser lida por autenticidade/verdadeiro)

Reconheço por autenticidade a(s)

Firma(s) de Josefa Aline da Silva Barbosa

Cratiba - 29-02-2019

Em test. João Carlos de Almeida

na verdade

Canal, 21/02/2019

Valido somente com Selo de autenticidade



Valido somente com Selo de autenticidade

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0040561/19

Vítima: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

CPF: 091.190.264-39

Seguradora: AZUL COMPANHIA DE SEGUROS GERAIS

Data do acidente: 15/07/2018

Titular do CPF: JOSEFA ALINE DA SILVA BARBOSA

CPF de: Próprio

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 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

ROBERTO JOSE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

JOAO LUIZ ALVES PINTO DE OLIVEIRA