

Ato Declaratório



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE - SESAU
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR - DAPH
GERÊNCIA DE NÚCLEO DO AMBULATÓRIO 24h ASSIS CHATEAUBRIAND - GNAAC

RELATÓRIO MÉDICO

PRONTUÁRIO Nº: 71.248	
NOME: Luciana Roque dos Santos	
IDADE: 36 anos	
DATA: 10/12/2014	HORA: 20h. 30min.
ENDEREÇO Rua do Meio , 167 – Rio Largo	
RESUMO DE ATENDIMENTO: Alta médica	
HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de trânsito	
EXAME FÍSICO: Apresenta dor + edema em joelho direito. Sem redução de movimentos. Sem deformidades.	
PRESCRIÇÃO MÉDICA: Dipirona 02 ampolas +AD (EV) Tilatil 01 ampola 40mg + AD (EV)	


CRM-AL 5945



Av. Durval de Góes Monteiro, S/N, Tabuleiro do Martins – Maceió/AL. CEP: 57.502-900
Fone: (82) 3315-3504/1076; Fax: (82) 3315-3505

CÓPIA

Ato Declaratório



ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE - SESAU
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR - DAPH
GERÊNCIA DE NÚCLEO DO AMBULATÓRIO 24h ASSIS CHATEAUBRIAND - GNAAC

RELATÓRIO MÉDICO

PRONTUÁRIO Nº: 71.248	
NOME: Luciana Roque dos Santos	
IDADE: 36 anos	
DATA: 10/12/2014	HORA: 20h. 30min.
ENDEREÇO Rua do Meio , 167 – Rio Largo	
RESUMO DE ATENDIMENTO: Alta médica	
HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de trânsito	
EXAME FÍSICO: Apresenta dor + edema em joelho direito. Sem redução de movimentos. Sem deformidades.	
PRESCRIÇÃO MÉDICA: Dipirona 02 ampolas +AD (EV) Tilatil 01 ampola 40mg + AD (EV)	


CRM-AL 5945



Av. Durval de Góes Monteiro, S/N, Tabuleiro do Martins – Maceió/AL. CEP: 57.502-900
Fone: (82) 3315-3504/1076: Fax: (82) 3315-3505

CÓPIA



COMPANHIA DE SANEAMENTO DE ALAGOAS
Rua Barão de Alagôis, 200 - Centro - Maceió - AL CEP 57.020-510
C.N.P.J. 12.294.708/0001-01

*** AVISO DE DÉBITO ***

CLIENTE/ENDEREÇO DE ENTREGA
LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
RUA OPER JOAQUIM G DE SOUZA, 0167
MATA DO ROLO 57100-000

MATRÍCULA
0006715354

RESIDUÁRIO
013725989

033.156.724-58

ACR/L003443

DESCRIÇÃO DO BOMBO

RIO LARGO

3 1 1 0 0

003 0030 0297 000

CÓDIGO	REF.	DESCRIÇÃO	VALOR
00	05/2017		44,20

VENCIMENTO 11/09/2017

TOTAL A PAGAR 44,20

EM NOSSOS CONTROLES CONSTAM QUE V.SA. NÃO PAGOU, ATÉ 02/09/2017 O DÉBITO ACIMA. COMUNICAMOS QUE APÓS 15 DIAS DO VENCIMENTO DA(S) CONTA(S) ACIMA, O DÉBITO PODERÁ SER NEGATIVADO JUNTO O SPC E SERÁ, LEMBRAMOS QUE O NÃO PAGAMENTO DE QUALQUER CONTA ATÉ 30 DIAS APÓS O VENCIMENTO IMPLICARÁ NA SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA DO IMÓVEL.

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Nº AMOSTRAS	TURBIDEZ	ODOR	COLOR	PH	VALOR TOTAL	E CUB
MÍNIMO EXIGIDO							
REALIZADA							
QUE ATENDIAM A EXIGÊNCIA							
OBSERVAÇÃO							

LEMBRAMOS
O PAGAMENTO PODERÁ SER EFETUADO ATRAVÉS DESTA AVISO DE DÉBITO NA REDE CREDENCIADA PELA CASAL.
OS ACRESCIMOS LEGAIS SERÃO COBRADOS NUMA PRÓXIMA CONTA.
CASO JÁ TENHA SIDO QUITADO O DÉBITO, DESCONSIDERE ESTE AVISO.

CÓPIA



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0478075/17
Vítima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
CPF: 033.156.724-58

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/12/2014
Titular do CPF: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS : 033.156.724-58

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.

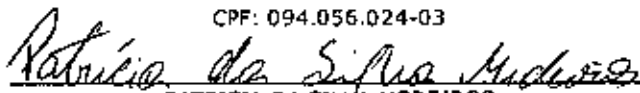
Portador da documentação entregue

Data da entrega: 12/12/2017
Nome: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 033.156.724-58

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 12/12/2017
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03


PATRICIA DA SILVA MEDEIROS



COMPANHIA DE SANEAMENTO DE ALAGOAS
Rua Barão de Atalaia, 200 - Centro - Maceió - AL CEP 57.020-510
C.N.P.J. 12.294.708/0001-81

*** AVISO DE DEBITO ***

CLIENTE/ENDEREÇO DE ENTREGA LUCIANA ROQUE DOS SANTOS RUA OPER JOAQUIM G DE SOUZA, 0167 MATA DO ROLO 57100-000		MATRÍCULA 0006715354
		MÊS/ANO 01/3725989
Nº 177 033.156.724-58		ANEXO 003443
Cidade: RIO LARGO		
VENCIMENTO: 11/09/2017		
TOTAL A PAGAR: 44,20		

EM Nossos controles constam que V. Sa. NAO PAGOU, ATÉ 02/09/2017 O DEBITO ACIMA
COMUNICAMOS QUE APOS 15 DIAS DO VENCIMENTO DA(S) CONTA(S) ACIMA, O DEBITO PODERA SER NEGATIVADO JUNTO O SPC E SERASA.
LEMBRAMOS QUE O NAO PAGAMENTO DE QUALQUER CONTA ATE 30 DIAS APOS O VENCIMENTO IMPLICARA NA SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA DO INOVE!

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Nº AMOSTRAS	LITROS	OD	CLORO	PH	TEMP. TOTAL	8.00
	MÍNIMO REQUERIDO						
	RESULTADO						
	QUE ATENDIMENTOS O ESTABELECIMENTO						
	OBSERVAÇÃO						

O PAGAMENTO PODERA SER EFETUADO ATRAVES DESTE AVISO DE DEBITO NA REDE CREDENCIADA PELA CASAL.
OS ACRESCIMOS LEGAIS SERAO COBRADOS NUMA PROXIMA CONTA.
CASO JA TENHA SIDO QUITADO O DEBITO, DESCONSIDERAR ESTE AVISO.

CÓPIA





COMPANHIA DE SANEAMENTO DE ALAGOAS
Rua Barão de Atalaia, 200 - Centro - Maceió - AL CEP 57.020-510
C.N.P.J. 12.294.708/0001-81

*** AVISO DE DEBITO ***

CLIENTE/ENDEREÇO DE ENTREGA
LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
RUA OPER JOAQUIM G DE SOUZA, 0167
MATA DO ROLO 57100-000

MATRÍCULA
0006715354

MÊS/ANO
01/3725989

033.156.724-58

ANEXO 003443

RIO LARGO

11/09/2017

TOTAL A PAGAR 44,20

EM NOSSOS CONTROLES CONSTAM QUE V. SA. NAO PAGOU, ATÉ 02/09/2017 O DEBITO ACIMA

COMUNICAMOS QUE APOS 15 DIAS DO VENCIMENTO DA(S) CONTA(S) ACIMA, O DEBITO PODERA SER NEGATIVADO JUNTO O SPC E SERASA.

LEMBRAMOS QUE O NAO PAGAMENTO DE QUALQUER CONTA ATE 30 DIAS APOS O VENCIMENTO IMPLICARA NA SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE AGUA DO INOVE!

QUALIDADE DA ÁGUA DISTRIBUÍDA	Nº AMOSTRAS	LITROS	OD	CLORO	PH	TEMP. TOTAL	B.O.D.
	MINIMO REQUERIDO						
	REALIZADO						
	QUE ATENDIAM A ESTABELECIDA						
	OBSERVAÇÃO						

O PAGAMENTO PODERA SER EFETUADO ATRAVES DESTE AVISO DE DEBITO NA REDE CREDENCIADA PELA CASAL.

OS ACRESCIMOS LEGAIS SERAO COBRADOS NUMA PROXIMA CONTA.

CASO JA TENHA SIDO QUITADO O DEBITO, DESCONSIDERAR ESTE AVISO.

CÓPIA





Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DE LOURDES DOS SANTOS,RG nº 352.524, data de expedição 1/1/,Órgão SSP/AL, portador do CPF nº 229.10670449, comdomicílio na cidade de RIO LARGO, no Estado deALAGOAS, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)RUA DO MEIO ALTO SÃO MIGUEL, nº 184,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

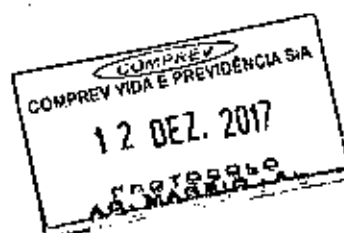
vítima MICHELLE ROQUE DOS SANTOS cujo o condutor eraCLAUDEMIR ALVES DOS SANTOS.Veículo: MOTOModelo: HONDA NXR 150 BROS FSD MIXAno: 2014/2014Placa: ORE 857UChassi: 9CZK B0540 ERO S1402Data do Acidente: 10-12-2014Local e Data: RIO LARGO 29-11-2017

Maria de Lourdes dos Santos
Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

Rio Largo
Av. Pres. Getúlio Vargas, 108-Centro
Fone: 82 3261-2436

 RECOMENDO A firma por autenticidade de :
MARIA DE LOURDES DOS SANTOS
 RG nº 352.524 de 10-12-2014
 IEM TESTEMUNHO

 VALIDO SOMENTE
 O SELO DE AUTENTICIDADE

 Clérista Lima Calheiros-Oficial
 Eliane Lima Calheiros Alêxia-Substituta
 Ana Maria Oliveira dos Santos-Escritora
 Mauricio Calheiros da Silva-Escritora
 Marcia Macedo Torres Calheiros-Escritora
 FEITO POR: THAMIRIS CARLOS

Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DE LOURDES DOS SANTOS,

RG nº 352.524, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP/AL, portador do CPF nº 229.106.704.49, com domicílio na cidade de RIO LARGO, no Estado de

ALAGOAS, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DO MEIO ALTO SÃO MIGUEL, nº 184,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima LUCIANA TORRES DOS SANTOS cujo o condutor era

CLAYDENICIO ALVES DOS SANTOS.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA NXR 150 BROS FSD MIX

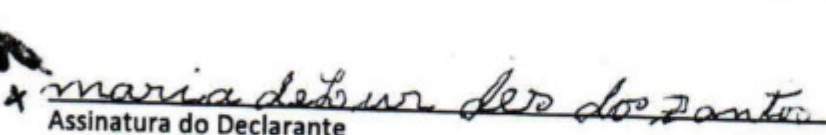
Ano: 2014/2014

Placa: ORE 8574

Chassi: 9CZKD0540 EROS1402

Data do Acidente: 10-12-2014

Local e Data: RIO LARGO 29-11-2017


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

VALIDO SOMENTE
O SELO DE AUTENTICIDADE



CÓPIA

1º Ofício de Rio Largo
Av. Pres. Getúlio Vargas, 108-Centro
Fone/Fax 3261-1133
RECONHEÇO A firma por autenticidade de
MARIA DE LOURDES DOS SANTOS
IDM 16, Rio Largo, 30 de Nov de 2017
EX TESTEMUNHO
Clerilda Lima Calheiros-Oficial
Eliane Lima Calheiros-Melhora-Substituta
Ana Maria Oliveira dos Santos-Escritante
Maurício Calheiros da Silva-Escritante
Márcia Macedo Torres Calheiros-Escritante
FEITO POR: THAMIRIS CARLOS



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DE LOURDES DOS SANTOS,

RG nº 352.524, data de expedição 1/1/,

Órgão SSP/AL, portador do CPF nº 229.106.704.49, com domicílio na cidade de RIO LARGO, no Estado de

ALAGOAS, onde residio na (Rua/Avenida/Estrada)

RUA DO MEIO ALTO SÃO MIGUEL, nº 184,

complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mentionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a

vítima LUCIANA TORRES DOS SANTOS cujo o condutor era

CLAYDENICIO ALVES DOS SANTOS.

Veículo: MOTO

Modelo: HONDA NXR 150 BROS FSD MIX

Ano: 2014/2014

Placa: ORE 8574

Chassi: 9CZKD0540 EROS 1402

Data do Acidente: 10-12-2014

Local e Data: RIO LARGO 29-11-2017


Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

VALIDO SOMENTE
O SELO DE AUTENTICIDADE



CÓPIA

1º Ofício de Rio Largo
Av. Pres. Getúlio Vargas, 108-Centro
Fone/Fax 3261-1133
RECONHEÇO A firma por autenticidade de
MARIA DE LOURDES DOS SANTOS
IDM 16, Rio Largo, 30 de Nov de 2017
EX TESTEMUNHO
Clerilda Lima Calheiros-Oficial
Eliane Lima Calheiros-Melhora-Substituta
Ana Maria Oliveira dos Santos-Escritante
Maurício Calheiros da Silva-Escritante
Márcia Macedo Torres Calheiros-Escritante
FEITO POR: THAMIRIS CARLOS



Declaração do Proprietário do Veículo

Eu, MARIA DE LOUDES DOS SANTOS
 RG nº 352 524, data de expedição 09/07/71,
 Órgão SSP/AL, portador do CPF nº 229 106 704 49, com
 domicílio na cidade de RIO LARGO, no Estado de
ALAGOAS, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)
RUA DO MEIO ALTO SÃO MIGUEL, nº 284,
 complemento _____, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo
 mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a
 vítima LUCIANA ROQUE DOS SANTOS cujo o condutor era
CLAudemicio ALVES DOS SANTOS

Veículo: MOTO
 Modelo: HONDA NXR 150 BRO3 ESD MIX
 Ano: 2014/2014
 Placa: ORE 8574
 Chassi: 9CZKDD540 ERO S1402
 Data do Acidente: 10-12-2014
 Local e Data: RIO LARGO-AL 06-04-2018

Maria de Lou des dos Santos
 Assinatura do Declarante

Claudemicio Alves dos Santos
 Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)
 POR AUTENTICIDADE

11 Ofício de Rio Largo
 Av. Pres. Getulio Vargas, 108-Centro
 Fone: 82 3261-2436
 RECONHEÇO A firma por autenticidade de :
 CLAUDEMICIO ALVES DOS SANTOS
 IDOU Fé. Rio Largo, 13 de abr de 2018
 IEM TESTEMUNHO. _____ DA VERDADE!

IClerilda Lima Calheiros-Oficial
 IEliane Lima Calheiros Aleluia-Substituta
 IAna Maria Oliveira dos Santos-Escrevente
 IMauricio Calheiros da Silva-Escrevente
 IMarcia Macedo Torres Calheiros-Escrevente
 FEITO POR: MAURICIO CALHEIROS DA SILVA



11 Ofício de Rio Largo
 Av. Pres. Getulio Vargas, 108-Centro
 Fone: 82 3261-2436
 RECONHEÇO A firma por autenticidade de :
 MARIA DE LOURDES DOS SANTOS
 IDOU Fé. Rio Largo, 13 de abr de 2018
 IEM TESTEMUNHO. _____ DA VERDADE!
 IClerilda Lima Calheiros-Oficial
 IEliane Lima Calheiros Aleluia-Substituta
 IAna Maria Oliveira dos Santos-Escrevente
 IMauricio Calheiros da Silva-Escrevente
 IMarcia Macedo Torres Calheiros-Escrevente
 FEITO POR: THAMIRES CARLOS



COMPREV
 COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
 18 ABR. 2018
 PROTOCOLO
 AQ. MACÊIO - AL



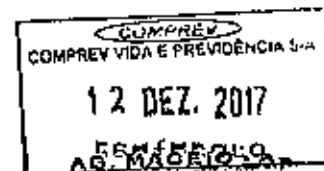
ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE - SESAU
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR - DAPH
GERÊNCIA DE NÚCLEO DO AMBULATÓRIO 24h ASSIS CHATEAUBRIAND - GNAAC

Documentação médica - hospitalar

RELATÓRIO MÉDICO

PRONTUÁRIO Nº: 71.248	
NOME: Luciana Roque dos Santos	
IDADE: 36 anos	
DATA: 10/12/2014	HORA: 20h. 30min.
ENDEREÇO Rua do Meio , 167 – Rio Largo	
RESUMO DE ATENDIMENTO: Alta médica	
HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de trânsito	
EXAME FÍSICO: Apresenta dor + edema em joelho direito. Sem redução de movimentos. Sem deformidades.	
PRESCRIÇÃO MÉDICA: Dipirona 02 ampolas +AD (EV) Tilatil 01 ampola 40mg + AD (EV)	

Dr. José Ribeiro Machado - Médico
CRM-AL 5846



Av. Durval de Góes Monteiro, S/N, Tabuleiro do Martins – Maceió/AL CEP:57.502-900
Fone: (82) 3315-3504/1076 Fax: (82) 3315-3505

SUS



AMB. 24 HORAS
ASSIS CHATEAUBRIAND



SESAU - SECRETARIA EXECUTIVA DA SAUDE
AMB. DE URGÊNCIA 24 HS ASSIS CHATEAUBRIAND

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o paciente Luciana Roque dos Santos

RG 1.668.432 SSP/AL Prontuário nº: 71248

permaneceu nesta unidade no dia 10/12/14 de 20:30 às 22:00

horas, para o fim de: atendimento médico de urgência

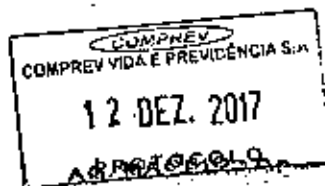
medicada e liberada com orientação para
procurar o órgão responsável pelo
seguro a que tem direito.

Maceió, 10 de dezembro de 2014

ASSINATURA DO SERVIDOR

[Assinatura]
Vilma Nascimento dos Santos
Assistente Social
CPF 071.507.174-29
CRESS N. 77

CÓPIA



FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
27417515



11/12/2014 07:27:34

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11026164	LUCIANA ROQUE DOS SANTOS	F	15/12/1978	35
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	3315672458		2-SOLTEIRO	
Endereço				
R AV MENINO MARCELO, 380 - CIDADE UNIVERSITARIA, MACEIO(AL) CEP 57073470				
Telefone Residencial		Telefone Trabalho		

DADOS DO CONVENIO

Convenio	1 PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO
490-HAPVIDA MACEIO	
Carteira	Validade
68500001301000018	

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	550300-RECEPCAO EMG - HOSP MACEIO		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/12/2014	07:27		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica 1-MEDICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

[Handwritten signature]

R4310RA - ADRIANA SANTOS PINTO

CÓPIA



Luciana Roque dos Santos



FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL



Paciente: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
Médico: JOSÉ RAMALHO DA SILVA
Convenio: HAPVIDA ASSISTÊNCIA MEDICA LTDA

Idade: 35
Data: 11/12/14 07:34

Atendimento 27417515
Prontuario 11026164

ANAMNESE

Foi Atropelada Ontem A Noite. E Atendida No Ue Com Orientação Para Procurar O Plano De Saúde.
Apresentando Escoriações Generalizadas+ Joelho Direito Com Edema, Calor + Dor.

Exames Físico

Peso(Kg):
Temperatura(°C):

Lote Beg
Alvebril Eupneica Hidratada Normocorada
Claudicando E Com O Direito Enfiado

Exames Solicitados

39020045- Curativo De Extremidades 32040067 Rx Joelho: A.P. - Lateral

Evolução Médica

Paciente Em Observação

Prescrição Médica N° 5704889

- | | | | | | | |
|---|-------|--------|-------|-------|-------|----------|
| 1. TRAMAL (50.0mg/ml) | 100mg | 2ML | Agora | EV | 09:50 | CRM-2340 |
| Soro Fisiológico 0.9% | | 100 ml | | | | |
| 2. TILATIL (40.0mg) | 40 mg | | Agora | EV | 09:50 | CRM-2340 |
| 3. DECADRON (4.0mg/ml) | 10 mg | 1ML | Agora | IM | 09:50 | CRM-2340 |
| 4. CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS | 1 | | | 1 Vez | | CRM-2340 |

R3001

JOSÉ RAMALHO DA SILVA

11/12/2014 08:21

10.1.22.151

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL

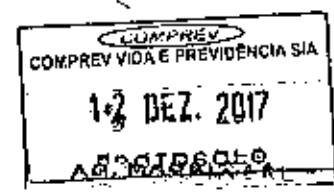
Carimbo / Assinatura profissional

JOSÉ RAMALHO DA SILVA
Médico(a)
CRM-2340

Impresso por: JOSÉ RAMALHO DA SILVA

Em: 11/12/2014 08:21

CÓPIA



FICHA DE REGISTRO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

HIM Hospital
Moceló

Paciente: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
Médico: JOSE RAMALHO DA SILVA
Convênio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Idade: 35
Data: 11/12/14 07:34
Carteira: 59500001301000018

Prontuário: 11026164
Atendimento: 27417515

Exames Físicos

Peso(Kg): Temperatura(°C): Pressão: 1

Evolução de Enfermagem

Acomodação	Leito	Data Hora	Entrada	Data Hora	Saida
SALA DE POA	4	11/12/2014	07:52	11/12/2014	11:49

Prescrição Médica

- 1 TRAMAL (50.0mg/ml) 100 mg 2ML Agora EV
Soro Fisiológico 0.9% 100 ml
- 2 TILATIL (40.0mg) 40 mg Agora EV
Horários: 07:52
- 3 DECADRON (4.0mg/ml) 10mg 1ML Agora IM
Horários: 07:52
- 4 CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS 1 Vez
Horários: 07:52

Materiais e Medicamentos utilizados

DECADRON

- | | | | |
|-------------------------------------|----|--|---|
| LUIVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA | 1 | EQUIPO SORO SIMPLES C/FILTRO ISENTO C | 1 |
| SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML | 1 | SORO FISIOLÓGICO 0,9% 125ML TUBO 100 A | 1 |
| ALCOOL 70% FRAS 1000 ML | 12 | LUIVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA | 1 |
| AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD | 1 | | |
| DECADRON 4 MG FR 2.5 ML FRAP 2.5 ML | 1 | | |
| ALGODAO HIDROFILO - 500 GR | 9 | | |

Curativo De Extremidades - So Honorarios

- | | |
|--|-----|
| GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD | 10 |
| CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 | 200 |
| CLOREXEDINA DEREGEMANTE 2% FRASCO 1 | 200 |
| SULFADIAZINA DE PRATA POMADA POTE 40 | 10 |
| SORO FISIOLÓGICO 0,9% 125ML TUBO 100 A | 1 |
| MICROPOR 25X10 TUBO 1000 CM | 20 |
| IRUXOL BISM 30 GR | 5 |
| CLORETO DE SÓDIO 0,9% AMPL 10 ML | 1 |
| POVIDINE TOPICO FRAS 1000 ML | 20 |
| ETER FRAS 1000 ML | 10 |
| ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD | 2 |

TILATIL

- | | |
|--------------------------------------|---|
| AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD | 1 |
| AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML | 1 |
| TILATIL 40MG AMPL 1 UD | 1 |
| LUIVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA | 1 |
| SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML | 1 |

TRAMAL

- | | |
|-------------------------------------|----|
| ALCOOL 70% FRAS 1000 ML | 15 |
| SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML | 1 |
| SCALP BUTTERFLY N-21 - 1 UD | 1 |
| AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD | 1 |
| TRAMAL 100MG AMPL 2 ML | 1 |
| ESPARADRAPO TUBO 450 CM | 15 |
| ALGODAO HIDROFILO - 500 GR | 6 |

Outras Anotações

Assinatura do auxiliar de Enfermagem

SYLVANA DA SILVA CLEMENTE
Enfermeira(o)
COREN-42706504

Impresso por: SYLVANA DA SILVA CLEMEN Em: 11/12/2014 11:49

R3001_EVOL

SYLVANA DA SILVA CLEMENTE

11/12/2014 11:49

10.1.22.151

CÓPIA

10



Faz bem pra você

1/ - União Hipertensão
usuf

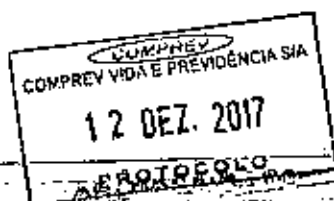
④ Alginx 1000 — op
12/12 (4x)

020017

Dr. Neury Calado Barbosa
Cirurgião Traumatologista
CRM: 42286

Call Center: 4002 3633 • Call Center (Recife): 4002 2870 • Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 • Call Center (+Odonto - Interior): 0300 313 9094

f hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br





Movimento ligamento do joelho

100 up

o Artrodil 100 op
12/12/17 (4)

240117

Dr. Newton Galvão Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM / AL 4229

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - Interior): 0300 313 9094

f/hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

CUMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA SIA
12 DEZ. 2017
PROTOCOLO



1/ União Hosp. do Sertão
unif

② Alpiça ~~ooo~~ — op
12/12/ (cr)

18/8/17

Dr. Neuman Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM / AL 4229

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - Interior): 0300 313 9094

f /hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
12 DEZ. 2017
PROTOSOL



Faz bem pra você

1/ R. Wilson Roque de Souza
Estado médico

Acute care, morte euf.
João Paulo, com morte.
por-foteta direita seu com
drugs de teste.

020517

CM | M235
5800
588.6

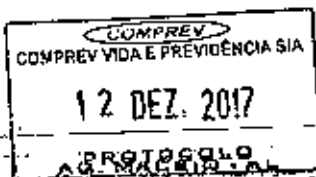
Dr. Neurivan Calado Pereira
Ortopedia e Traumatologia

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - Interior): 0300 313 9094

f/hapvida.saude

@hapvidasaude

www.hapvida.com.br





1/ Sr. Luísa Hoppe de Santo

+Atendimento

Pronto com sintomas em
perda de dentes, com bruto
potem. Refere não ter cardi
cabo de trabalho

28/03/17
M2P8
5800
583-61

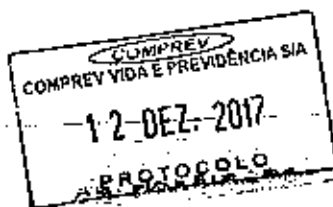
Dr. Neuman Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM / AL 4229

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - Interior): 0300 313 9094

f/hapvida.saude

@hapvidasaude

www.hapvida.com.br





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE - SESAU
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR - DAPH
GERÊNCIA DE NÚCLEO DO AMBULATÓRIO 24h ASSIS CHATEAUBRIAND - GNAAC

RELATÓRIO MÉDICO

PRONTUÁRIO Nº: 71.248	
NOME: Luciana Roque dos Santos	
IDADE: 36 anos	
DATA: 10/12/2014	HORA: 20h. 30min.
ENDEREÇO Rua do Meio , 167 – Rio Largo	
RESUMO DE ATENDIMENTO: Alta médica	
HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de trânsito	
EXAME FÍSICO: Apresenta dor + edema em joelho direito. Sem redução de movimentos. Sem deformidades.	
PRESCRIÇÃO MÉDICA: Dipirona 02 ampolas +AD (EV) Tilatil 01 ampola 40mg + AD (EV)	

Dr. Manoel Roberto Machado Lisboa
Médico
CRM-AL 5946



CÓPIA

SUS



AMB. 24 HORAS
ASSIS CHATEAUBRIAND



SESAU - SECRETARIA EXECUTIVA DA SAUDE
AMB. DE URGÊNCIA 24 HS ASSIS CHATEAUBRIAND

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o paciente Marciana Roque dos Santos
RG 1668.432 SSP/AL Prontuário nº: 71248
permaneceu nesta unidade no dia 10/12/14 de 20:30 às 22:00
horas, para o fim de: atendimento médico de urgência
medicada e liberada com orientação para
procurar o órgão responsável pelo
seguro a que tem direito.

Maceió, 10 de dezembro de 2014.

ASSINATURA DO SERVIDOR

[Assinatura]
Vilmar Nascimento dos Santos
Assistente Social
CPF 071507-174-20
CRESS N. 77

CÓPIA



Paciente...: 11026164 LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Nascimento...: 15/12/1978 Sexo: F

CPF.: 3315672458

Endereco...: R AV MENINO MARCELO 380 CIDADE UNIVERSITARIA MACEIO AL 5707

Convenio...: HAPVIDA MACEIO

Tel.:

Matricula...: 59500001301000018

Solicitante: Dr(a) MEDICO AGENDA MERID

Exame:

US DO JOELHO DIREITO

!M~a'."

4291620411

O estudo ecográfico do joelho evidencia tendões quadríceps e patelar de calibre, contornos e textura normais.

Tendões patelar e quadríceps de configurações anatômicas.

Ausência de sinais de rotura ou calcificação detectáveis pelo método.

Transição músculo-tendinosa sem alterações ecográficas.

Musculatura adjacente sem alterações ecográficas.

Cavidade articular com leve sinal de derrame.

Ausência de massas ou coleções na fossa poplitea.

Bursa pré -patelar de espessura aumentada.

Conclusão:

Bursite pré - patelar.

Derrame articular supra patelar leve.

Dr. Moacyr
Medico
CRM - 4563 - AL

MOACYR CLAY MATOS DE ARAUJO
CRM 4563 - AL

CÓPIA



Hospital
Maceió

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
27417515



11/12/2014 07:27:34

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11026164	LUCIANA ROQUE DOS SANTOS	F	15/12/1978	35
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	3315672458		2-SOLTEIRO	

Endereço
R AV MENINO MARCELO,380 - CIDADE UNIVERSITARIA, MACEIO(AL) CEP 57073470

Telefone Residencial Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convenio	1 PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
400.HAPVIDA MACEIO		
Carteira	Validade	
59500001301000018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor			
550300-RECEPCAO EMG - HOSP MACEIO			
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/12/2014	07:27		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica 1-MEDICA
Médico Acompanhante			Peso (Kg) Temperatura (°C)

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

[Handwritten signature]

CÓPIA

R4310RA - ADRIANA SANTOS PINTO



Luciana Roque dos Santos

FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL**HM** Hospital
Maceió**Paciente:** LUCIANA ROQUE DOS SANTOS**Idade:** 35**Médico:** JOSE RAMALHO DA SILVA**Data:** 11/12/14 07:34**Convenio:** HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA**Atendimento**
Prontuario27417515
11026164**ANAMNESE**

Foi Atropelada Ontem A Noite. E Atendida No Ue Com Orientação Para Proicurar O Plano De Saúde.
Apresentando Escoriações Generalizadas+ Joelho Direito Com Edema, Calor + Dor .

Exames Físico**Peso(Kg):** **Temperatura(°C):**

Lote Beg

Afvebri8l Eupneica Hidratada Normocorada
Claudicando E Com O Diereito Enfakixado**Exames Solicitados**

39020045- Curativo De Extremidades 32040067- Rx Joelho: A.P. - Lateral

Evolução Médica

Paciente Em Observacao

Prescrição Médica N° 5704889

1- TRAMAL (50.0mg/ml)	100 mg	2 ML	Agora	EV	09:50	CRM-2340
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml				
2- TILATIL (40.0mg)	40 mg		Agora	EV	09:50	CRM-2340
3- DECADRON (4.0mg/ml)	10 mg	1 ML	Agora	IM	09:50	CRM-2340
4. CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS	1			1 Vez		CRM-2340

R3001

JOSE RAMALHO DA SILVA

11/12/2014 08:21

10.1.22.151

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL

Carimbo / Assinatura profissional

JOSE RAMALHO DA SILVA

Médico(a)

CRM-2340

CÓPIA

impresso por: JOSE RAMALHO DA SILVA

Em: 11/12/2014 08:21



FICHA DE REGISTRO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

HM Hospital
Maceió

Paciente: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Idade: 35

Médico: JOSE RAMALHO DA SILVA

Data: 11/12/14 07:34

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Carteira: 59500001301000018

Prontuario: 11026164

Atendimento: 27417515

Exames Físicos

Peso(Kg): Temperatura(°C): Pressão: /

Evolução de Enfermagem

Acomodação: Sala de PQA
Leito: 4
Data Hora Entrada: 11/12/2014 07:52
Data Hora Saída: 11/12/2014 11:49

Prescrição Médica

1 TRAMAL (50.0mg/ml) 100 mg 2 ML Agora EV
Soro Fisiológico 0.9% 100 ml

Horários: 07:52

2 TILATIL (40.0mg) 40 mg Agora EV

Horários: 07:52

3 DECADRON (4.0mg/ml) 10 mg 1 ML Agora IM

Horários: 07:52

4 CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS 1 1 Vez

Horários: 07:52

Materiais e Medicamentos utilizados

DECADRON

LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA 1 EQUIPO SORO SIMPLES C/FILTRO ISENTO C 1
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML 1 SORO FISIOLÓGICO 0.9% 125ML TUBO 100 ML 1
ALCOOL 70% FRAS 1000 ML 12 LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 1
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1
DECADRON 4 MG FR 2.5 ML FRAP 2.5 ML 1
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR 9

Curativo De Extremidades - So Honorarios

GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD 10
CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000 200
CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1 200
SULFADIAZINA DE PRATA POMADA POTE 40 10
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 125ML TUBO 100 ML 1
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM 20
IRUXOL BISM 30 GR 5
CLORETO DE SODIO 0.9% AMPL 10 ML 1
POVIDINE TOPICO FRAS 1000 ML 20
ETER FRAS 1000 ML 10
ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD 2

TILATIL

AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD 1
AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML 1
TILATIL 40MG AMPL 1 UD 1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA 1
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML 1

TRAMAL

ALCOOL 70% FRAS 1000 ML 15
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML 1
SCALP BUTTERFLY N-21 - 1 UD 1
AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD 1
TRAMAL 100MG AMPL 2 ML 1
ESPARADRAPO TUBO 450 CM 15
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR 6

Outras Anotações

Assinatura do auxiliar de Enfermagem

SYLVANA DA SILVA CLEMENTE

Enfermeira(o)

COREN-42706504

Impresso por: SYLVANA DA SILVA CLEMENTE Em: 11/12/2014 11:49

R3001_EVOL

SYLVANA DA SILVA CLEMENTE

11/12/2014 11:49

10.1.22.151





1/ curva hiper bts
usuf

① Alginx 1000 — op
12/12 (2x)

02057

Dr. Neurivaldo Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - Interior): 0300 313 9094
f /hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

CÓPIA

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
12 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AQ. MACIJO - AL



9/ União Super de Leito
1004
@ Artrodif 100 — op
12/12 (4)

242117

Dr. Neuman Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM / AL 4229

CÓPIA

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

f /hapvida saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br



1/ União Hosp. de Leitos
unif

① Alpiac ~~rec~~ — op
12/12 (ex)

18/18/1+

Dr. Neurivan Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AL 4229

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

 /hapvida.saude  @hapvidasaude www.hapvida.com.br

CÓPIA





1/ L. Wilson Roque de Leão
Atitude médica

Acute case, minute case
joints, acute, acute
post-traumatic, acute
dys of the

cm | M235
5800
588.6

Dr. Neuryan Calado
Ortopedia e Traumatologia

020517

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

f/hapvida.saude

@hapvidasaude

www.hapvida.com.br

CÓPIA



1/ Sr. Luísa Apule da Silva
Atendimento médico

Paciente com sinusite em
período recente, com brônco
patia. Refere não ter condi-
ções de trabalho.

cr/ MZP
58010
583-61

Dr. Neurivan Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM / AL 4229

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094
f/hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

CÓPIA

1/ Le Mieux Hoppe de Santo

estilo eduo

Parte com sinais em
pele, amarelo a bruto.
Apesar não ter cordões de
Kosovo.

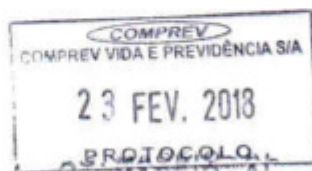
m / MCT-S
583-6
580 P

Dr. Neuman Cardoso
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.229

Hápvida
Programa de Saúde

Matriz: Ceará Fortaleza (85) 3255.9090 Central de Atendimento 24h: 0300.7893630
Filial: Alagoas (82) 3215.2500 Arapongas (92) 3627.0300 Beldi (71) 3203.8700 Ceará (88) 3512.1515 (86) 3613.1242 Maranhão (98) 3217.3400 Pará (91) 3289.6500
Paraná (83) 3208.2100 (84) 3316.1170 Piauí (86) 3216.7100
www.hapvida.com.br

CÓPIA





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE - SESAU
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR - DAPH
GERÊNCIA DE NÚCLEO DO AMBULATÓRIO 24h ASSIS CHATEAUBRIAND - GNAAC

RELATÓRIO MÉDICO

PRONTUÁRIO Nº: 71.248	
NOME: Luciana Roque dos Santos	
IDADE: 36 anos	
DATA: 10/12/2014	HORA: 20h. 30min.
ENDEREÇO Rua do Meio , 167 – Rio Largo	
RESUMO DE ATENDIMENTO: Alta médica	
HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de trânsito	
EXAME FÍSICO: Apresenta dor + edema em joelho direito. Sem redução de movimentos. Sem deformidades.	
PRESCRIÇÃO MÉDICA: Dipirona 02 ampolas +AD (EV) Tilatil 01 ampola 40mg + AD (EV)	

Dr. Manoel Roberto Machado Lisboa
Médico
CRM-AL 5946



Av. Durval de Góes Monteiro, S/N, Tabuleiro do Martins – Maceió/AL CEP:57.502-900
Fone: (82) 3315-3504/1076; Fax: (82) 3315-3505

CÓPIA

SUS



AMB. 24 HORAS
ASSIS CHATEAUBRIAND



SESAU - SECRETARIA EXECUTIVA DA SAUDE
AMB. DE URGÊNCIA 24 HS ASSIS CHATEAUBRIAND

DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO

Declaro que o paciente Luciana Roque dos Santos
RG 1668.432 SSP/AL Prontuário nº: 71248
permaneceu nesta unidade no dia 10/12/14 de 20:30 às 22:00
horas, para o fim de: atendimento médico de urgência
medicada e liberada com orientação para
procurar o órgão responsável pelo
seguro a que tem direito.

Maceió, 10 de dezembro de 2014.

ASSINATURA DO SERVIDOR

Vilmar Nascimento dos Santos
Assistente Social
CPF 071507-174-20
CRESS N. 77

CÓPIA



Paciente...: 11026164 LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Nascimento...: 15/12/1978 Sexo: F

CPF.: 3315672458

Endereco...: R AV MENINO MARCELO 380 CIDADE UNIVERSITARIA MACEIO AL 5707

Convenio...: HAPVIDA MACEIO

Tel.:

Matricula...: 59500001301000018

Solicitante: Dr(a) MEDICO AGENDA MERID

Exame:

US DO JOELHO DIREITO

!M~a'."

4291620411

O estudo ecográfico do joelho evidencia tendões quadríceps e patelar de calibre, contornos e textura normais.

Tendões patelar e quadríceps de configurações anatômicas.

Ausência de sinais de rotura ou calcificação detectáveis pelo método.

Transição músculo-tendinosa sem alterações ecográficas.

Musculatura adjacente sem alterações ecográficas.

Cavidade articular com leve sinal de derrame.

Ausência de massas ou coleções na fossa poplitea.

Bursa pré -patelar de espessura aumentada.

Conclusão:

Bursite pré - patelar.

Derrame articular supra patelar leve.

Dr. Moacyr
Medico
CRM - 4563 - AL

MOACYR CLAY MATOS DE ARAUJO
CRM 4563 - AL

CÓPIA



Hospital
Maceió

FICHA REGISTRO DE ATENDIMENTO
DADOS PESSOAIS

Atendimento
27417515



11/12/2014 07:27:34

ESTE PRONTUÁRIO É PROPRIEDADE DO HOSPITAL. PROIBIDO SER RETIRADO DO HOSPITAL

Prontuário	Nome do Paciente	Sexo	Nascimento	Idade
11026164	LUCIANA ROQUE DOS SANTOS	F	15/12/1978	35
RG	CPF	Carteira Profissional	Estado Civil	
	3315672458		2-SOLTEIRO	

Endereço
R AV MENINO MARCELO,380 - CIDADE UNIVERSITARIA, MACEIO(AL) CEP 57073470

Telefone Residencial Telefone Trabalho

DADOS DO CONVENIO

Convenio	1 PLANO EMPRESA ENFERMARIA - COLETIVO	
400.HAPVIDA MACEIO		
Carteira	Validade	
59500001301000018		

DADOS DO ATENDIMENTO

Setor	550300-RECEPCAO EMG - HOSP MACEIO		
Data	Hora	Matricula	Tipo Atendimento
11/12/2014	07:27		2 CONSULTA CLINICA
Médico Atendente			Clinica 1-MEDICA
Médico Acompanhante	Peso (Kg)	Temperatura (°C)	

CARIMBO / ASSINATURA MÉDICO

[Handwritten signature]
R4310RA - ADRIANA SANTOS PINTO

CÓPIA



Luciana Roque dos Santos

FICHA DE REGISTRO AMBULATORIAL**HM** Hospital
Maceió**Paciente:** LUCIANA ROQUE DOS SANTOS**Idade:** 35**Médico:** JOSE RAMALHO DA SILVA**Data:** 11/12/14 07:34**Atendimento**

27417515

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA**Prontuario**

11026164

ANAMNESE

Foi Atropelada Ontem A Noite. E Atendida No Ue Com Orientação Para Proicurar O Plano De Saúde.
Apresentando Escoriações Generalizadas+ Joelho Direito Com Edema, Calor + Dor .

Exames Físico**Peso(Kg):****Temperatura(°C):****Lote Beg****Afevri8l Eupneica Hidratada Normocorada
Claudicando E Com O Diereito Enfakixado****Exames Solicitados**

39020045- Curativo De Extremidades 32040067- Rx Joelho: A.P. - Lateral

Evolução Médica**Paciente Em Observacao****Prescrição Médica N° 5704889**

1- TRAMAL (50.0mg/ml)	100 mg	2 ML	Agora	EV	09:50	CRM-2340
Soro Fisiológico 0,9%		100 ml				
2- TILATIL (40.0mg)	40 mg		Agora	EV	09:50	CRM-2340
3- DECADRON (4.0mg/ml)	10 mg	1 ML	Agora	IM	09:50	CRM-2340
4. CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS	1			1 Vez		CRM-2340

R3001

JOSE RAMALHO DA SILVA

11/12/2014 08:21

10.1.22.151

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO AZUL**Carimbo / Assinatura profissional**

JOSE RAMALHO DA SILVA

Médico(a)

CRM-2340

CÓPIA

impresso por: JOSE RAMALHO DA SILVA

Em: 11/12/2014 08:21



FICHA DE REGISTRO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL

HM Hospital
Maceió

Paciente: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Idade: 35

Médico: JOSE RAMALHO DA SILVA

Data: 11/12/14 07:34

Convenio: HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA

Carteira: 59500001301000018

Prontuario: 11026164

Atendimento: 27417515

Exames Físicos

Peso(Kg): Temperatura(°C): Pressão: /

Evolução de Enfermagem

Acomodação	Leito	Data Hora	Entrada	Data Hora	Saida
SALA DE POA	4	11/12/2014	07:52	11/12/2014	11:49

Prescrição Médica

- TRAMAL (50.0mg/ml) 100 mg 2 ML Agora EV
Soro Fisiologico 0.9% 100 ml
- TILATIL (40.0mg) 40 mg Agora EV
- DECADRON (4.0mg/ml) 10 mg 1 ML Agora IM
- CURATIVO DE EXTREMIDADES - SO HONORARIOS 1 1 Vez

Materiais e Medicamentos utilizados

DECADRON

LUVA DE PROCEDIMENTO M CX 50 PA	1	EQUIPO SORO SIMPLES C/FILTRO ISENTO C	1
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1	SORO FISIOLÓGICO 0.9% 125ML TUBO 100 ML	1
ALCOOL 70% FRAS 1000 ML	12	LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1
AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1		
DECADRON 4 MG FR 2.5 ML FRAP 2.5 ML	1		
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	9		

Curativo De Extremidades - So Honorarios

GAZE 10X10 ESTERIL PCT C/10 PCT 1 UD	10
CLOREXEDINA 0.5% ALCOOLICA FRAS 1000	200
CLOREXEDINA DERGEMANTE 2% FRASCO 1	200
SULFADIAZINA DE PRATA POMADA POTE 40	10
SORO FISIOLÓGICO 0.9% 125ML TUBO 100 ML	1
MICROPORE 25X10 TUBO 1000 CM	20
IRUXOL BISN 30 GR	5
CLORETO DE SODIO 0.9% AMPL 10 ML	1
POVIDINE TOPICO FRAS 1000 ML	20
ETER FRAS 1000 ML	10
ATADURA DE CREPOM 10 CM - 1 UD	2

TILATIL

AGULHA DESCARTAVEL 40X12 - 1 UD	1
AGUA DESTILADA 10 ML AMPL 10 ML	1
TILATIL 40MG AMPL 1 UD	1
LUVA DE PROCEDIMENTO P CX 50 PA	1
SERINGA DESCARTAVEL 20 ML SERI 20 ML	1

TRAMAL

ALCOOL 70% FRAS 1000 ML	15
SERINGA DESCARTAVEL 03 ML SERI 3 ML	1
SCALP BUTTERFLY N-21 - 1 UD	1
AGULHA DESCARTAVEL 25X07 - 1 UD	1
TRAMAL 100MG AMPL 2 ML	1
ESPARADRAPO TUBO 450 CM	15
ALGODAO HIDROFILO - 500 GR	6

Outras Anotações

Assinatura do auxiliar de Enfermagem

SYLVANA DA SILVA CLEMENTE

Enfermeira(o)

COREN-42706504

Impresso por: SYLVANA DA SILVA CLEMENTE Em: 11/12/2014 11:49

R3001_EVOL

SYLVANA DA SILVA CLEMENTE

11/12/2014 11:49

10.1.22.151





1/ curva hiper bts
usuf

① Alginx 1000 — op
12/12 (2x)

02057

Dr. Neurivaldo Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (Interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - Interior): 0300 313 9094
f /hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

CÓPIA

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A
12 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AQ. MACIJO - AL



9/ União Super de Leito
1004
@ Artrodif 100 — op
12/12 (4)

242117

Dr. Neuman Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM / AL 4229

CÓPIA

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

f /hapvida saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br



1/ União Hosp. de Leitos
unif

① Alpiac ~~rec~~ — op
12/12 (ex)

18/18/1+

Dr. Neurivan Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM/AL 4229

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

 /hapvida.saude  @hapvidasaude www.hapvida.com.br

CÓPIA





1/ L. Wilson Roque de Leites
Atitude médica

Acute care, minute care
juntos dentro, com muito
pós-terapia dentro. Eu com
droga de teste.

cm | M235
5800
588.6

Dr. Neuryan Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia

020517

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

f /hapvida.saude

@hapvidasaude

www.hapvida.com.br

CÓPIA



1/ Sr. Luísa Apule da Silva
Atendimento médico

Paciente com sinusite em
perda de peso, com brônquitos
potenciais. Refere não ter condições
de trabalho.

cr/ MZP
58010
583-61

Dr. Neurivan Calado Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM / AL 4229

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094
f /hapvida.saude @hapvidasaude www.hapvida.com.br

CÓPIA

1/ De Luciana Lopes de Santos

estilo eido

parte com sinais em
pele, amarelo a bruto.
Apesar não ter condições de
trabalho.

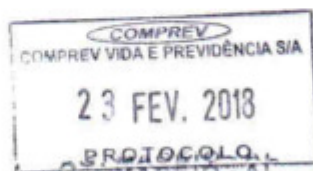
m / MCT-S
583-6
580 P

Dr. Neuman Carlos Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12.229

Hapvida
Plano de Saúde

Matriz Ceará Fortaleza (85) 3255.9090 Central de Atendimento 24h: 0300.7893630
Filial Alagoas (82) 3215.2500 Arapongas (92) 3627.0300 Beldi (71) 3203.8700 Ceará (88) 3512.1515 (86) 3613.1242 Maranhão (98) 3217.3400 Pará (91) 3289.6500
Paraná (83) 3208.2100 Piauí (83) 3321.9200 Pernambuco (86) 3216.7100
(84) 3220.5050 (84) 3316.1170 www.hapvida.com.br

CÓPIA



De Luana Rique de Santo

estudo medior

Ponto com ruído em
geral, ruído a bruto.

Aqui não tem ruído
de ruído.

m | 121.8
583.6
580.0

19/03/18

Dr. Napolitano
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14.456/18

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

 /hapvida.saude  @hapvidasaude www.hapvida.com.br

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA
28 MAR. 2018
PROTOCOLO
AG. MACIJO - AL

CÓPIA

1/ Mariano Soares de Jesus

row

0 Actifil 100 — 20
12/11/14 (ex)

19/15/18

Dr. Neurivan Galvão Barbosa
Ortopedia e Traumatologia
CRM 14.424

Call Center: 4002 3633 - Call Center (Recife): 4002 2870 - Call Center (interior): 0300 313 3633
Call Center (+Odonto): 4002 2722 - Call Center (+Odonto - interior): 0300 313 9094

f /hapvida.saude

@hapvidasaude

www.hapvida.com.br

CÓPIA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

1.5. (A) Pos.

Luciana Roque dos Santos

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODOS OS TERRITÓRIOS NACIONAIS

1.668.432

DATA DE EMISSÃO 19.07.1996

Luciana Roque dos Santos

Amurílio Roque dos Santos

Odete Roque dos Santos

30016-AL.

15.12.1978

DATA DE NASCIMENTO

2. de Nasc. Nº 8.357. Liv. 08. A. fls. 32V

Rio Largo-AL.

Amurílio Roque dos Santos

SIGNATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.115 DE 1973

Documentos de identificação



MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Nº de inscrição

033156724-58

Data de Nascimento

15/12/78



CÓPIA

COMPREV

COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

12 DEZ. 2017

PROTOCOLO

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

 F.S.(A)Pos.



Luciana Roque dos Santos
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.668.432 DATA DE EXPIRACAO 19.07.1996

Luciana Roque dos Santos
Amaurilio Roque dos Santos
Odete Roque dos Santos

Maceió-AL. 15.12.1978
NATURALIDADE DATA DE NASCIMENTO

U.de Nasc. Nº 8.357.Liv.08.A.fls.32V
Rio Largo-AL.

Amaurilio Roque dos Santos
ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 1996

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome
LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Nº de Inscrição
033156724-58

Data de Nascimento
15/12/78



CÓPIA

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

12 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AQ. MACEIÓ-AL

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DE SEGURANCA PUBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO

F.S.(A)Pos.

Luciana Roque dos Santos

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1.668.432

DATA DE EXPIRACAO 19.07.1996

Luciana Roque dos Santos
Amaurilio Roque dos Santos
Odete Roque dos Santos

Maceió-AL.

NATURALIDADE

15.12.1978

DATA DE NASCIMENTO

J.de Nasc. Nº 8.357.Liv.08.A.fls.32V

Origem

Rio Largo-AL.

Amurilio Roque dos Santos

ASSINATURA DO DETENTOR

LEI Nº 7.116 DE 1994

MINISTÉRIO DA FAZENDA
Secretaria de Receita Federal

CPF - CADASTRO DE PESSOAS FÍSICAS

Nome

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Nº de Inscrição

033156724-58

Data de Nascimento

15/12/78

CÓPIA

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDÊNCIA S/A

12 DEZ. 2017

PROTOCOLO
AG. MACEIÓ-AL

DUT



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADIAS

DETRAN - AL N° 01352117422

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

1	01	01012210410	PLACA
2	0	MARIA DEL LORDES DOS SANTOS	TIPO
3	0	RUA DO MEIO 184	END
4	3	CENTRO	CEP
5	8	37100000	UF
6	2	22810678449	RENT
7	0	6 MANIZ FILHO E CIA LTDA	CHASSI
8	NOVO	AL	902KID0540BR053402
9	PA5/MOTOS	13707	ABR/94
10	HONDA	XR150	PROS
11	2P/149CC	PARTE	PRETA
12	00	AR	TTAG ADM DE CONS LTDA

08/07/2014 0636303

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S/A
12 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AS MACIO - AL

CÓPIA

MINISTÉRIO DAS CIDADES
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DETRAN - AL N° 01352117422

85931872318
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

0	VA	01013210489	01013210489
1	01	01013210489	01013210489
2	0	MARIA DE LOURDES DOS SANTOS	
3	0	RUA DO MEIO 184	
4	3	CENTRO	
5	8	67100000 RIO LARGO	
6	2	22910670418	0088574 AL
7	0	6 MUNIZ FILHO E CIA LTDA	
8	NOVO	AL	9G2KD0540ER051402
9	PAE/MOTOCICLO		ALCO/64801
10	HONDA/NXR150 BROS FCB		2014 2014
11	2P/149CC		PRETA
12	AP	ITAU ADM DE CONS LTDA	

RIO LARGO 08/07/2014 0437142185 85931872318 85363189

CÓPIA

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA
12 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AQ. MACEIO - AL

MINISTÉRIO DAS CIDADES
REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

DETTRAN - AL Nº 01352117422

85931872318
CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEICULO

0	VA	01013210489	01013210489
1	01	01013210489	01013210489
2	0	MARIA DE LOURDES DOS SANTOS	
3	0	RUA DO MEIO 184	
4	3	CENTRO	
5	8	67100000 RIO LARGO	
6	2	22910670418	0088574 AL
7	0	6 MUNIZ FILHO E CIA LTDA	
8	NOVO	AL	9G2KD0540ER051402
9	PAE/MOTOCICLO		ALCO/64801
10	HONDA/NXR150 BROS FCB		2014 2014
11	2P/149CC		PRETA
12	AP	ITAU ADM DE CONS LTDA	

RIO LARGO 08/07/2014 0437142185 85931872318 85363189

CÓPIA

COMPREV
COMPREV VIDA E PREVIDENCIA SIA
12 DEZ. 2017
PROTOCOLO
AQ. MACEIO - AL

PARECER DE PERÍCIA MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3170662633 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/12/2014 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER

Diagnóstico: Contusão no joelho direito.

Descrição do exame médico pericial: Ao exame, vítima apresenta edema leve e espessamento sinovial em joelho direito. Mobilidade preservada, sem sinais de instabilidade articular e redução de força muscular.

Resultados terapêuticos: Tratamento medicamentoso, recebeu alta em seguida.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Data da perícia: 19/01/2018

Conduta mantida:

Observações:

Médico examinador: Rafael Kennedy Gomes de Oliveira

CRM do médico: 3191

UF do CRM do médico: AL

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

ACE GESTÃO DE SAÚDE LTDA

Médico revisor: OTELO CORRÊA DOS SANTOS FILHO

CRM do médico: 52.18145-0

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE

IDENTIFICAÇÃO

VITIMA Luciana Roque dos Santos

DATA DO ACIDENTE 10-12-14 CPF DA VITIMA 03315672055

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO

QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VITIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM

A VITIMA É

ENDEREÇO DO PORTADOR

Nº 169 COMPLEMENTO

CIDADE RAO LAROE UF PR CEP 53100-000

E-MAIL BAIRRO MATIA DO ROS TELEFONE (84) 988934834 91885046

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML, DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL ASSINADA PELA VITIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL) QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA)
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS. REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

PARA DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS (ID)

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VITIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINALS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA/ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VITIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VITIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFERIEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
 - () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- OBS. REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VITIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA

DATA

IDENTIDADE

ASSINATURA



Seguradora Líder - DPVAT

SEGURO DPVAT - PROTOCOLO DE RECEPÇÃO DE DOCUMENTOS

INVALIDEZ PERMANENTE E DAMS

ID

IDENTIFICAÇÃO

VÍTIMA Juciana Poque dos Santos
DATA DO ACIDENTE 10-12-14 CPF DA VÍTIMA 033156724-58
PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO _____
QUALIFICAÇÃO DO PORTADOR () VÍTIMA () REPRESENTANTE LEGAL, CUIO PARANTESCO COM A VÍTIMA É _____
ENDEREÇO DO PORTADOR _____
Nº 167 COMPLEMENTO _____ BAIRRO MATIA DO ROIO
CIDADE RIO LARGO UF PE CEP 57100-000
E-MAIL _____ TELEFONE (83) 988924874
91885046

MARQUE (X) PARA CADA DOCUMENTO ENTREGUE:

DOCUMENTOS BÁSICOS - INVALIDEZ PERMANENTE

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () LAUDO DO IML (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () NA IMPOSSIBILIDADE DE APRESENTAR O LAUDO DO IML: DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML (ORIGINAL) ASSINADA PELA VÍTIMA E RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE (ORIGINAL), QUE COMPROVE A EXISTÊNCIA DA INVALIDEZ PERMANENTE, COM A DATA DA ALTA DEFINITIVA
- () BOLETIM DE ATENDIMENTO HOSPITALAR OU AMBULATORIAL (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - INVALIDEZ PERMANENTE

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DA RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

DOCUMENTOS BÁSICOS - DAMS

- () REGISTRO DE OCORRÊNCIA EXPEDIDO PELA AUTORIDADE POLICIAL (CÓPIA AUTENTICADA E LEGÍVEL)
- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DA VÍTIMA OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () RELATÓRIO DO MÉDICO ASSISTENTE, INFORMANDO AS LESÕES SOFRIDAS EM DECORRÊNCIA DO ACIDENTE E O TRATAMENTO REALIZADO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTES (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DAS DESPESAS MÉDICAS HOSPITALARES QUITADAS
- () NOTAS FISCAIS (ORIGINAIS E LEGÍVEIS) DE FARMÁCIA ACOMPANHADAS DO RESPECTIVO RECEITUÁRIO MÉDICO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DA VÍTIMA (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)
- () AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO / CRÉDITO DE INDENIZAÇÃO DA VÍTIMA (ORIGINAL), COM DOCUMENTOS QUE CONFIRMEM OS DADOS BANCÁRIOS, TAIS COMO CÓPIA DE FOLHA DE CHEQUE OU CARTÃO BANCÁRIO

DOCUMENTOS COMPLEMENTARES - DAMS

- () CARTEIRA DE IDENTIDADE DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER, OU CERTIDÃO DE NASCIMENTO OU CERTIDÃO DE CASAMENTO OU CARTEIRA DE TRABALHO OU CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () CPF DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL)
- () COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA EM NOME DO REPRESENTANTE LEGAL, SE HOUVER (CÓPIA SIMPLES E LEGÍVEL) OU DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA (ORIGINAL)

OBS: REPRESENTANTE LEGAL É QUEM REPRESENTA A VÍTIMA MENOR, DE 0 A 15 ANOS, PODE SER PAI OU MÃE

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

VALORES DE INDENIZAÇÃO

- MORTE - R\$ 13.500,00
- INVALIDEZ PERMANENTE - ATÉ R\$ 13.500,00, ESTE VALOR VARIA CONFORME A GRAVIDADE DAS LESÕES E DE ACORDO COM TABELA DE SEGURO PREVISTA NA LEI 6.194/74.
- DESPESAS MÉDICAS (DAMS) - REEMBOLSO ATÉ R\$ 2.700,00 (REEMBOLSO), ESTE VALOR VARIA CONFORME O TOTAL DE DESPESAS COMPROVADAS.

- O PRAZO PARA PAGAMENTO DA INDENIZAÇÃO É DE 30 DIAS CONTADOS A PARTIR DA ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO COMPLETA
- COM BASE NA LEGISLAÇÃO EM VIGOR, PODERÃO SER SOLICITADOS DOCUMENTOS COMPLEMENTARES, COMO OS LISTADOS NESTE FORMULÁRIO
- PARA ACOMPANHAR O PEDIDO DE INDENIZAÇÃO, ACESSSE WWW.DPVATSEGURODOTRANSITO.COM.BR OU LIGUE GRÁTIS SAC DPVAT 0800 022 1204

PORTADOR DA DOCUMENTAÇÃO ENTREGUE

RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO NA SEGURADORA

DATA _____
IDENTIDADE _____
ASSINATURA Juciana Poque

DATA _____
NOME dos Santos
ASSINATURA _____

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0067422/18
Vítima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
CPF: 033.156.724-58

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/12/2014
Titular do CPF: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS : 033.156.724-58

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 23/02/2018
Nome: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 033.156.724-58

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 23/02/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110446/18
Vítima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
CPF: 033.156.724-58

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/12/2014
Titular do CPF: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

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

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS : 033.156.724-58

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 28/03/2018
Nome: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
CPF/CNPJ: 033.156.724-58

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 28/03/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0110446/18
Vítima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
CPF: 033.156.724-58

CPF de: Próprio

Data do Acidente: 10/12/2014
Titular do CPF: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Declaração do Proprietário do Veículo
Outros

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.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 18/04/2018
Nome: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
CPF: 033.156.724-58

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 18/04/2018
Nome: PATRICIA DA SILVA MEDEIROS
CPF: 094.056.024-03

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

PATRICIA DA SILVA MEDEIROS

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3170662633 **Cidade:** Maceió **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS **Data do acidente:** 10/12/2014 **Seguradora:** COMPREV VIDA E PREVIDENCIA S.A.

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/12/2017

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: Trauma em joelho direito

Resultados terapêuticos: Não há como definir ou predizer com acuracidade a existência de limitação funcional permanente e insusceptível a terapêutica, a partir da documentação fornecida.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: Encaminhado à perícia médica para melhor apuração e valoração fidedigna das possíveis sequelas insuscetíveis à terapêutica nos moldes previsto pela legislação vigente

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
		Total	0 %	R\$ 0,00

PRESTADOR

IBMES INST.BRAS DE MEDICINA ESPEC.EM SEGUROS LTDA

Nome do médico: CARLOS MIRANDA CHAGAS

CRM do médico: 52.34765-8

UF do CRM do médico: RJ

Assinatura do médico:



Rio de Janeiro, 05 de Janeiro de 2016

Carta nº: 8384245

A/C: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Sinistro: 3160014593
Vitima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
Data Acidente: 10/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Ref.: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Recebemos em **23/12/2015** a documentação relativa ao acidente ocorrido em **10/12/2014**. Realizada a análise preliminar, constatamos a necessidade de regularização ou complementação da documentação e/ou informações, conforme descrevemos a seguir:

- Autorização de pagamento
- Comprovante de residência não conclusivo
- Boletim de ocorrência não conclusivo
- Laudo do IML - Lesões corporais não conclusivo
- Documentos de identificação não conclusivo
- Declaração do Proprietário do Veículo

Esclarecemos que o prazo de regulação do processo aberto encontra-se interrompido e se reiniciará a partir do recebimento da documentação acima indicada, juntamente com cópia da presente correspondência, na MAPFRE SEGUROS GERAIS S/A de origem onde foi realizada sua reclamação de sinistro.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito, o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental.

NÃO PERCA TEMPO!

PROVIDENCIE A DOCUMENTAÇÃO PARA COMPROVAR SEU DIREITO À INDENIZAÇÃO DPVAT;

Em caso de dúvida, entre em contato conosco pelo SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 04 de Julho de 2016

Carta nº 9307609

a/c: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Sinistro: 3160014593 ASL-0706780/15
Vitima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
Data Acidente: 10/12/2014
Natureza: INVALIDEZ
Procurador:

Assunto: NEGATIVA POR AUSÊNCIA DE COMPROVAÇÃO DOCUMENTAL

Prezado(a) Senhor(a),

Até a presente data, não recebemos a documentação complementar solicitada para prosseguimento da análise do seu pedido de indenização DPVAT, nem qualquer manifestação no sentido de que estivessem sendo tomadas providências para sua obtenção.

Tendo em vista que a(s) pendência(s) indicadas não foi(ram) sanada(s), e não houve qualquer nova manifestação sua nesse processo de sinistro por um período superior a 180 dias, informamos que a análise do seu pedido de indenização DPVAT foi finalizada com a recusa da indenização por falta de comprovação documental da cobertura para o sinistro.

A documentação original permanecerá arquivada, podendo ser retirada pelo senhor(a), ou por procurador devidamente constituído para este fim, conforme instruções contidas em nosso site www.dpvatsegurodotransito.com.br.

Em caso de dúvida, favor acessar nosso site ou entrar em contato conosco gratuitamente por meio do SAC 0800 022 12 04.

Atenciosamente.

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 21 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170662633

Vitima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/12/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170662633**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12137713



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3170662633

Vitima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/12/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3170662633**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12145203



Rio de Janeiro, 28 de Dezembro de 2017

Aos Cuidados de: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Sinistro: 3170662633
Vítima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
Data do Acidente: 10/12/2014
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: INTERRUPÇÃO DE PRAZO

Senhor(a),

Comunicamos que o prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido de indenização do sinistro cadastrado sob o **número 3170662633** foi **interrompido**, em razão da necessidade de apuração de dados e informações por parte desta seguradora.

Solicitamos aguardar novo contato sobre o seu pedido de indenização, o que ocorrerá tão logo sejam concluídas as análises cabíveis.

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 22 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANA ROQUE DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3170662633**

Vítima: **LUCIANA ROQUE DOS SANTOS**

Data do Acidente: **10/12/2014**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEM SEQUELAS

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização (sinistro número **3170662633**), esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes em razão do acidente ocorrido em **10/12/2014**. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, é só ir até o nosso site **www.seguradoralider.com.br**, ou ligue através do telefone **0800 022 12 04** (ligação gratuita) ou **0800 022 12 06** que atende apenas aos deficientes auditivos e de fala. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Rio de Janeiro, 02 de Março de 2018

Aos Cuidados de: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Nº Sinistro: 3180091992

Vitima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

Data do Acidente: 10/12/2014

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180091992**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12458035



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
Nº Sinistro: 3180142691
Vitima: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS
Data do Acidente: 10/12/2014
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180142691**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Declaração do Proprietário do Veículo não conclusivo

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT



Rio de Janeiro, 02 de Abril de 2018

Aos Cuidados de: **LUCIANA ROQUE DOS SANTOS**

Nº Sinistro: **3180142691**

Vitima: **LUCIANA ROQUE DOS SANTOS**

Data do Acidente: **10/12/2014**

Cobertura: **INVALIDEZ**

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180142691**.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 12598542





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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASI	CPF da Vítima	Nome completo da vítima
	033-156.724-58	Luciana R. dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
LUCIANA ROQUE DOS SANTOS	033-156.724-58	RECLUSO
Endereço	Número	Complemento
R. DR. JOAQUIM B. DE SOUZA	167	
Bairro	Cidade	Estado
MATA DO ROLO	RIO LARGO	PI
Email	CEP	Telefone (DDD)
	57100-000	(82) 988974874

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR	☐ SEM RENDA	☐ ATÉ R\$ 1.000,00	☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00
☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ BRADESCO (237) ☐ BANCO DO BRASIL (001) ☐ ITAU (341) ☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)	
AGÊNCIA NRO. 0311 DV 27496 DV 5 (Informar dígito se existir)		BANCO Nome _____ NRO _____ AGÊNCIA NRO. _____ DV _____ CONTA NRO. _____ DV _____ (Informar dígito se existir)	

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

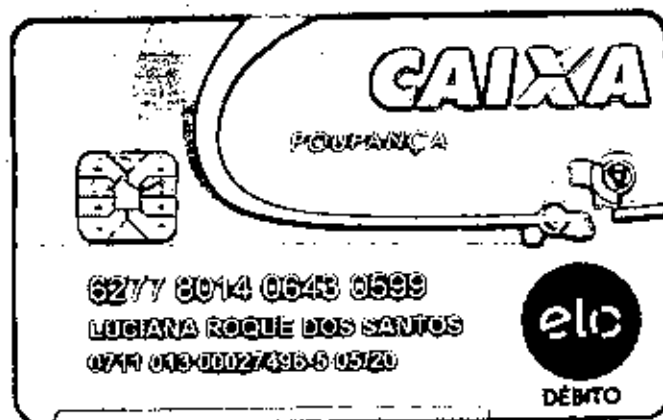
RIO LARGO - PI 13 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Confiro
Assinatura
Luciana Roque dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CÓPIA



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

033158

Nome completo da vítima

Luciana R. dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo

LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

CPF titular da conta

Profissão

RECUSOU

Endereço

R. OPER. JOAQUIM B. DE SOUZA

Número

167

Complemento

Bairro

MATA DO ROLO

Cidade

RIO LARGO

Estado

PI

CEP

57100-000

Email

Telefone (DDD)

(82) 988974874

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

☒ RECUSO INFORMAR

☐ SEM RENDA

☐ ATÉ R\$ 1.000,00

☐ R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00

☐ R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00

☐ R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00

☐ R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00

☐ ACIMA DE R\$ 10.000,00

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

☐ BRADESCO (237)

☐ BANCO DO BRASIL (001)

☐ ITAÚ (341)

☒ CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

AGÊNCIA

NRO.

0311

D/V

CONTA

NRO.

27496

D/V

5

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RIO LARGO, 13 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

CÓPIA

Luciana Roque dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CÓPIA



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

É obrigatório Representante Legal para:

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

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

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

033158

Nome completo da vítima

Meliana R. dos Santos

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo MELIANA ROQUE DOS SANTOS		CPF titular da conta	Profissão RECUSOU
Endereço R. OPER JOAQUIM B. DE SOUZA		Número 167	Complemento
Bairro MATA DO ROLO	Cidade RIO LARGO	Estado PI	CEP 57100-000
Email		Telefone (DDD) (82) 988974874	

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

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

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

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

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

☒ **CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)**

AGÊNCIA

NRO.
0311

(Informar dígito se existir)

D/V

CONTA

NRO.
27496

(Informar dígito se existir)

D/V

☐ **CONTA CORRENTE** (todos os bancos)

BANCO

Nome

NRO

AGÊNCIA

NRO.

D/V

CONTA

NRO.

D/V

(Informar dígito se existir)

(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

RIO LARGO a **13** de **NOVEMBRO** de **2017**

Local e Data

CÓPIA

Meliana R. dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



CÓPIA





ESTADO DE ALAGOAS

SECRETARIA

DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL

POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NUMERO: 0052-H/15-0074

Pág. 1 / 1

DELEGACIA: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT

FONE: 33156424

DATA/HORA COMUNICADO: 03/03/2015 13:05

DELEGACIA DESTINO: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT

FATO

NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO

INSTRUMENTO:

DATA/HORA: 10/12/2014 19:00

LOCAL DO FATO: AV MENINO MARCELO Tabuleiro do Martins Maceió

DIA DA SEMANA: 3 PONTO DE REFERÊNCIA: EM FRENTE AO CONJUNTO HENRIQUE EQUELMAN

VITIMA

COR

ESTADO CIVIL

NACIONALIDADE

DIA DA SEMANA

GRAU DE INSTRUÇÃO

1 BRANCO 4 PARDO
2 PRETO 5 SARDALHA
3 AMARELO 6 ALBINO1 SOLTEIRO 4 SEPARADO
2 CASADO 5 AMASIADO
3 VIÚVO1 BRAS. NATO
2 BRAS. NATURALIZADO
3 ESTRANGEIRO1 SEG 4 QUINT 7 DOM
2 TER 5 SEX
3 QUA 6 SAB1 ANALFABETO 4 NÍVEL MÉDIO
2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR
3 FUNDAMENTAL

NOME / RAZÃO SOCIAL: LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

RG: 1668432

SSP-AL

CPF: 03315672458

FILIAÇÃO: AMAURILIO ROQUE DOS SANTOS

ODETE ROQUE DOS SANTOS

PROFISSÃO: Outras

DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1978

IDADE: 35

COR: 1

SEXO: F

UF: AL NATURALIDADE: MACEIÓ-AL

NACIONALIDADE: 1

ESTADO CIVIL: 1

GRAU INSTRUÇÃO: 4

TURISTA:

ENDEREÇO: RUA DO MEIO

Nº 167

BAIRRO:

CIDADE: RIO LARGO

FONE:

SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO

AFINIDADE VITIMA -> AUTOR:

OCORRÊNCIA RELACIONADA A:

Nº 0052-H/15-0051

AUTOR: DESCONHECIDO

VEICULO

VEICULO: INSTRUMENTO

PLACA: ORE8574

CHASSI: 9C2KD0540ER051402

MARCA/MODELO: HONDA

NXR150

COR: PRETA

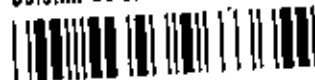
ANO FABRICAÇÃO: 2014

ANO MODELO: 2014

HISTORICO

DIZ A NOTICIANTE QUE NO DIA HORA E LOCAL ACIMA ESTAVA DE CARONA NA MOTO DE UM VIZINHO DE NOME CLAUDEMILIO ALVES DOS SANTOS, CPF 02369212403, ONDE ESTA MOTO ESTA LICENCIADA EM NOME DE MARIA DE LOURDES DOS SANTOS CPF 22910670449 QUANDO AO CHEGAR NAS PROXIMIDADES DO CONJ ACIMA MENCIONADO TIVERAM SUA PASSAGEM OBSTRUIDA POR UM VEICULO TAXI DE PLACA NÃO ANOTADA E DEVIDO AO FATO PAROU BRUSCAMENTE E A CARONA FOI ARREMESSADA NA PISTA SOFRENDO LESÕES, SENDO SOCORRIDA POR POPULARES E ENCAMINHADA AO MINI PRONTO SOCORRO ASSIS CHATEAUBRIAND, SEGUNDO O PRONTUARIO DE Nº 71248, E DEPOIS ENCAMINHADA PARA O HOSPITAL MACEIÓ.

Boletim de ocorrência



NOTICIANTE:

ELABORADO POR: Maria Izabel Calado de Almeida

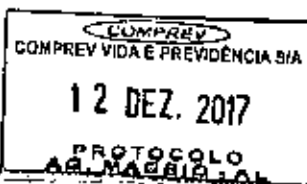
RG / MAT.: 505285

AUTORIDADE: Antônio Carlos Azevedo Lessa

RG / MAT.: 413879

ESCRIVÃO: Maria Izabel Calado de Almeida

RG / MAT.: 505285





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA
DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NUMERO: 0052-H/15-0074

Pág.1 / 1

DELEGACIA: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT
FONE: 33156424 DATA/HORA COMUNICADO: 03/03/2015 13:05
DELEGACIA DESTINO: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT

FATO

NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO

INSTRUMENTO:

DATA/HORA: 10/12/2014 19:00

LOCAL DO FATO: AV MENINO MARCELO Tabuleiro do Martins Maceió

DIA DA SEMANA: 3 PONTO DE REFERÊNCIA: EM FRENTE AO CONJUNTO HENRIQUE EQUELMAN

COR
1 BRANCO 4 PARDO
2 PRETO 5 SARARA
3 AMARELO 6 ALBINO

ESTADO CIVIL
1 SOLTEIRO 4 SEPARADO
2 CASADO 5 AMASIADO
3 VIUVO

NACIONALIDADE
1 BRAS NATO
2 BRAS NATURALIZADO
3 ESTRANGEIRO

DIA DA SEMANA
1 SEG 4 QUI 7 DOM
2 TER 5 SEX
3 QUA 6 SAB

GRAU DE INSTRUÇÃO
1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO
2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR
3 FUNDAMENTAL

NOME / RAZÃO SOCIAL LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

RG 1668432

SSP-AL

CPF 03315672458

FILIAÇÃO AMAURILIO ROQUE DOS SANTOS

ODETE ROQUE DOS SANTOS

PROFISSÃO Outras

DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1978

IDADE 35

COR 1

SEXO F

UF AL NATURALIDADE MACEIÓ-AL

NACIONALIDADE 1

ESTADO CIVIL 1

GRAU INSTRUÇÃO 4

TURISTA

ENDEREÇO RUA DO MEIO

BAIRRO

CIDADE RIO LARGO

FONE

Nº 167

SE ()PM ()PF ()PC ()PRF ()BM ()GM ESPECIFICAR ()EM SERVIÇO ()FORA DE SERVIÇO ()INATIVO

AFINIDADE VITIMA -> AUTOR

OCORRÊNCIA RELACIONADA A

Nº 0052-H/15-0051

AUTOR: DESCONHECIDO

VEICULO

VEICULO INSTRUMENTO

MARCA/MODELO HONDA

NXR150

PLACA ORE8574

COR PRETA

CHASSI 9C2KD0540ER051402

ANO FABRICAÇÃO 2014

ANO MODELO 2014

HISTORICO

DIZ A NOTICIANTE QUE NO DIA HORA E LOCAL ACIMA ESTAVA DE CARONA NA MOTO DE UM VIZINHO DE NOME CLAUDEMICIO ALVES DOS SANTOS, CPF 02369212403, ONDE ESTA MOTO ESTA LICENCIADA EM NOME DE MARIA DE LOURDES DOS SANTOS CPF 22910670449 QUANDO AO CHEGAR NAS PROXIMIDADES DO CONJ ACIMA MENCIONADO TIVERAM SUA PASSAGEM OBSTRUIDA POR UM CEÍCULO TAXI DE PLACA NÃO ANOTADA E DEVIDO AO FATO PAROU BRUSCAMENTE E A CARONA FOI ARREMESSADA NA PISTA SOFRENDO LESÕES, SNDO SOCORIDA POR POPULARES E ENCAMINHADA AO MINI PRONTO SOCORRO ASSIS CHATEAUBRIAND. SEGUN DO O PRONTUARIO DE Nº 71248, E DEPOIS ENCAMEADA PARA O HOSPITAL MACEIÓ,

NOTICIANTE:

ELABORADO POR: Maria Izabel Calado de Almeida

AUTORIDADE: Antônio Carlos Azevedo Lessa

ESCRIVÃO: Maria Izabel Calado de Almeida

ASS:

ASS:

ASS:

ASS:

RG / MAT.: 505285

RG / MAT.: 413879

RG / MAT.: 505285

CÓPIA





ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA
DE ESTADO DE DEFESA SOCIAL
POLICIA CIVIL

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

NUMERO: 0052-H/15-0074

Pág.1 / 1

DELEGACIA: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT
FONE: 33156424 DATA/HORA COMUNICADO: 03/03/2015 13:05
DELEGACIA DESTINO: Del. de Acidentes e Delitos de Trânsito - DADT

FATO

NATUREZA: LESÃO CORPORAL - ACIDENTE DE TRÂNSITO

INSTRUMENTO:

DATA/HORA: 10/12/2014 19:00

LOCAL DO FATO: AV MENINO MARCELO Tabuleiro do Martins Maceió

DIA DA SEMANA: 3 PONTO DE REFERÊNCIA: EM FRENTE AO CONJUNTO HENRIQUE EQUELMAN

COR
1 BRANCO 4 PARDO
2 PRETO 5 SARDALHA
3 AMARELO 6 ALBINO

ESTADO CIVIL
1 SOLTEIRO 4 SEPARADO
2 CASADO 5 AMASIADO
3 VIUVO

NACIONALIDADE
1 BRAS NATO
2 BRAS NATURALIZADO
3 ESTRANGEIRO

DIA DA SEMANA
1 SEG 4 QUI 7 DOM
2 TER 5 SEX
3 QUA 6 SAB

GRAU DE INSTRUÇÃO
1 ANALFABETO 4 NIVEL MEDIO
2 ALFABETIZADO 5 SUPERIOR
3 FUNDAMENTAL

NOME / RAZÃO SOCIAL LUCIANA ROQUE DOS SANTOS

RG 1668432

SSP-AL

CPF 03315672458

FILIAÇÃO AMAURILIO ROQUE DOS SANTOS

ODETE ROQUE DOS SANTOS

PROFISSÃO Outras

DATA DE NASCIMENTO: 15/12/1978

IDADE 35

COR 1

SEXO F

UF AL NATURALIDADE MACEIO-AL

NACIONALIDADE 1

ESTADO CIVIL 1

GRAU INSTRUÇÃO 4

TURISTA

ENDEREÇO RUA DO MEIO

BAIRRO

CIDADE RIO LARGO

FONE

Nº 167

SE () PM () PF () PC () PRF () BM () GM ESPECIFICAR () EM SERVIÇO () FORA DE SERVIÇO () INATIVO

AFINIDADE VITIMA -> AUTOR

OCORRÊNCIA RELACIONADA A

Nº 0052-H/15-0051

AUTOR: DESCONHECIDO

VEICULO

VEICULO INSTRUMENTO

MARCA/MODELO HONDA

NXR150

PLACA ORE8574

COR PRETA

CHASSI 9C2KD0540ER051402

ANO FABRICAÇÃO 2014

ANO MODELO 2014

HISTORICO

DIZ A NOTICIANTE QUE NO DIA HORA E LOCAL ACIMA ESTAVA DE CARONA NA MOTO DE UM VIZINHO DE NOME CLAUDEMICIO ALVES DOS SANTOS, CPF 02369212403, ONDE ESTA MOTO ESTA LICENCIADA EM NOME DE MARIA DE LOURDES DOS SANTOS CPF 22910670449 QUANDO AO CHEGAR NAS PROXIMIDADES DO CONJ ACIMA MENCIONADO TIVERAM SUA PASSAGEM OBSTRUIDA POR UM CEICULO TAXI DE PLACA NÃO ANOTADA E DEVIDO AO FATO PAROU BRUSCAMENTE E A CARONA FOI ARREMESSADA NA PISTA SOFRENDO LESÕES, SENDO SOCORRIDA POR POPULARES E ENCAMINHADA AO MINI PRONTO SOCORRO ASSIS CHATEAUBRIAND, SEGUNDO O PRONTUARIO DE Nº 71248, E DEPOIS ENCAMEADA PARA O HOSPITAL MACEIO.

NOTICIANTE:

ELABORADO POR: Maria Izabel Calado de Almeida

AUTORIDADE: Antônio Carlos Azevedo Lessa

ESCRIVÃO: Maria Izabel Calado de Almeida

ASS:

ASS:

ASS:

ASS:

RG / MAT.: 505285

RG / MAT.: 413879

RG / MAT.: 505285

CÓPIA





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



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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

LUCIANA R. DOS SANTOS

CPF da Vítima

033158724-9

Data do Acidente

10/12/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

9 88 97 4874

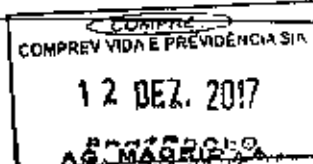
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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



RIO LARGO, 30 de NOVENBRO de 2017

Local e Data

Luciana Roque dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

LUCIANA R. DOS SANTOS

CPF da Vítima

033158724-9

Data do Acidente

10/12/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

988974874

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

RIO LARGO, 30 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Luciana Roque dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

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

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

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

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

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

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

Nome Completo da Vítima

LUCIANA R. DOS SANTOS

CPF da Vítima

033158724-9

Data do Acidente

10/12/2014

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

Email

CPF do Representante legal

Telefone (DDD)

988974874

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

Assinalar uma das opções abaixo:

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

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

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

RIO LARGO, 30 de NOVEMBRO de 2017

Local e Data

Luciana Roque dos Santos

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário



Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

Ato Declaratório



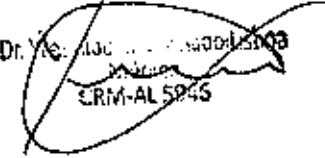
Comprovação de ato declaratório



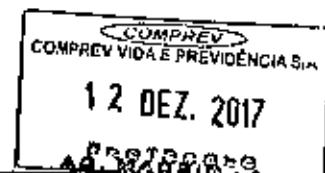
ESTADO DE ALAGOAS
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE - SESAU
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE - SUAS
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR - DAPH
GERÊNCIA DE NÚCLEO DO AMBULATÓRIO 24h ASSIS CHATEAUBRIAND - GNAAC

RELATÓRIO MÉDICO

PRONTUÁRIO Nº: 71.248	
NOME: Luciana Roque dos Santos	
IDADE: 36 anos	
DATA: 10/12/2014	HORA: 20h. 30min.
ENDEREÇO Rua do Meio , 167 – Rio Largo	
RESUMO DE ATENDIMENTO: Alta médica	
HISTÓRIA CLÍNICA: Paciente vítima de acidente de trânsito	
EXAME FÍSICO: Apresenta dor + edema em joelho direito. Sem redução de movimentos. Sem deformidades.	
PRESCRIÇÃO MÉDICA: Dipirona 02 ampolas +AD (EV) Tilatil 01 ampola 40mg + AD (EV)	


Dr. Yago
CRM-AL 5945

CÓPIA



Av. Durval de Góes Monteiro, S/N, Tabuleiro do Martins – Maceió/AL, CEP: 57.302-900
Fone: (82) 3315-3504/1076; Fax: (82) 3315-3505